

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Band: 77 (1979)

Heft: 9-10

Artikel: Die Beziehung zwischen Mutter und Frühgeborenem

Autor: Mottu, Delphine

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950651>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 15.10.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Einleitung

Anlässlich der Delegiertenversammlung in Bern wurden im Weiterbildungsseminar die zwei Referate «Die Beziehung zwischen Mutter und Frühgeborenem» von Frau Dr. Delphine Mottu und «Die Beziehung von Mutter und Kind bei der Frühgeburt» von Sylvia Därendinger gehalten, für deren Abdruckerklaubnis wir bestens danken.

Die Beziehung zwischen Mutter und Frühgeborenem

Delphine Mottu, Kinderärztin, Genf

Ihr Beruf führt Sie dazu, sich um Frauen, die Mutter werden, zu kümmern. Mein Beruf als Kinderärztin führt mich dazu, mich um Kinder und hauptsächlich um Neugeborene zu kümmern. Ich habe gedacht, dass es für Sie interessant sein könnte, von der Beziehung zwischen Mutter und Kind zu hören, denn wie es der englische Kinderpsychiater Winicott sagt: «Ein Neugeborenes kann nicht allein leben, es ist wesentlich Bestandteil einer Beziehung.»

Ihnen sind sicher all die Gefühle bekannt, die Freuden und Leiden der gebärenden Frauen, die dann ihr Kind entdecken und schon während ihres Klinikaufenthalts mit ihm einmalige Bande anknüpfen. Zuerst wollen wir kurz von den Beziehungen zwischen Müttern und vollausgetragenen Kindern reden, um sie dann nachher mit den Beziehungen zwischen Müttern und Frühgeborenen, die ja unser heutiges Thema bilden, zu vergleichen.

Wenn die Mutter eines Frühgeborenen eine aktive Unterstützung finden kann, sowohl bei der Hebamme, die sie während der ersten Tage nach der Geburt betreut, wie beim Kinderarzt, der das Kind mit den Schwestern der Intensivstation betreut, und wenn das ganze Team gut zusammenarbeitet und dem gleichen Ziel zustrebt, dann werden sich viele Schwierigkeiten ebnen, und die Beziehungen Mutter-Frühgeborenes werden sicher er-

leichtert, wenn auch unsere Beziehungen verbessert werden.

Ausspruch von Helene Deutsch: «Die Mutterschaft ist nicht nur ein biologischer Vorgang (Prozess), sondern auch eine einmalige psychologische Erfahrung, dank welcher die Frau die Gelegenheit hat, den Sinn der Unsterblichkeit und den Sieg des Lebens über den Tod aufs innigste zu empfinden.»

Während der Schwangerschaft

träumt die zukünftige Mutter sehr oft. Das entspricht einer Mobilmachung ihrer psychischen Reserven, damit sie ihrer neuen Rolle nachkommen kann. Während sich die Frau in ihrer neuen Rolle vorstellt, verbindet sie oft die Furcht, dazu ungeeignet zu sein, mit der Angst, während der Schwangerschaft oder der Geburt zugrunde gerichtet zu werden und auf irgendeine Weise unfähig zu sein, ihre Weiblichkeit ganz zu erfüllen. Gegen Ende der Schwangerschaft konzentrieren sich ihre Wünsche und Ängste auf die Leibesfrucht (Fötus). So nimmt die Persönlichkeit und die von seiner Mutter unabhängige Wirklichkeit (Realität) des Fötus Form an, schon lange bevor er von ihr getrennt leben kann. Meistens malt sich die Mutter ein Bild des gewünschten Kindes aus, wenn sie nicht allzusehr abergläubisch ist. Das Bild des perfekten Babys basiert natürlich auf der eigenen Erfahrung der Mutter und ihrer Kindheit. Doch wird das Bild oft auch durch die Massenmedien beeinflusst, die meistens ein sechs Monate altes Baby zeigen, das ganz anders aussieht als das rote Neugeborene, das mit Vervix oder Fruchtwasser bedeckt ist. In diesem Falle kann die Mutter dann tief enttäuscht sein.

Dazu kommt noch die ziemlich starke Befürchtung, das Kind könne mit einer Missbildung behaftet sein. Wenn dieser Fall eintritt, stellt die Mutter die Missbildung ziemlich schnell in Verbindung mit ihren eigenen Ängsten, ungeeignet und unfähig zu sein, und sie fühlt sich sofort schuldig und für diesen körperlichen Fehler verantwortlich. Das führt meistens zu einer übertriebenen Schutzhaltung dem Kinde gegenüber. Im Laufe der Tage wird die Beziehung zwischen Mutter und Kind komplexer. Das Kind ist für die Befriedigung seiner physiologi-

schen Bedürfnisse von seiner Mutter abhängig, während die Mutter selber physiologische Bedürfnisse kennt, die mit instinktiven Reaktionen zur Bemutterung vermischt sind.

Die Besenkung, die durch somatische Empfindungen erfolgt, erzeugt den Wunsch der Wiederholung dieser Empfindungen. So erleben die Mutter und ihr Kind grosses Vergnügen, und der Kreis beginnt dann sich endlos fortzusetzen. So werden die physiologischen Bedürfnisse und ihre Befriedigung zur dauerhaften Basis für die Bindung zwischen Mutter und Kind. Der Wunsch, das Kind zu ernähren, sei es an der Brust oder mit der Flasche, ist das Zeichen einer beginnenden Beziehung zwischen Mutter und Kind. Fehlt dieser Wunsch, so müssen wir darauf achten und schnell einspringen, bevor die Beziehungen sich verschlechtern.

Da stehen wir dann vor der Wahl zwischen der Ernährung an der Brust oder mit der Flasche. Für diese Wahl müssen sehr viele persönliche und kulturelle Momente (Elemente) berücksichtigt werden. Das ist ein dermassen komplexes Problem, dass ich jetzt hier nicht davon reden möchte, weil es uns zu weit vom Thema abbringen würde.

Nun, kommen wir auf die neonatologische Zeit zurück. Während der ersten Tage muss die Mutter ständig ihre Träume und Wünsche den Realitäten ihres Kindes anpassen. Manchmal wird die Mutter euphorisch nach der Geburt. Aber manchmal sind es auch negative Gefühle mit einer gewissen Enttäuschung, die die Mutter zu der bekannten «depression post-partum» oder «blauen Periode» führen. Dies ist der schöne, von Amerikanern erkorene Ausdruck für diese verschwommene (ungenau) Zeit.

Aber der Beitrag des Kindes ist bei dieser beginnenden Beziehung sehr wichtig. Er beeinflusst die Entwicklung und das Werden dieser Beziehung stark. Meistens bemerken die Mütter ziemlich schnell, mit welcher Kraft und in welcher Weise das Kind auf seine Umgebung reagiert. Während einer kurzen Zeit (von 1 bis 3 Stunden) nach der Geburt ist das Kind hellwach und reagiert lebhaft auf Stimuli.

Später kommt dann die Periode der Desorganisation (gestörte Zeitspanne) von ein paar Tagen, während deren ein gewisser Rhythmus von Schlafen und Wachen allmählich einsetzt. Dieser Zeitabschnitt ist den äusserlichen Verschiedenartigkei-

ten stark unterworfen (Umstände und Verlauf der Entbindung, Reifegrad des Zentralnervensystems des Kindes usw.). Ebenfalls während dieser ersten Woche verwirklicht sich die Homöostase des Kindes mit Bezug auf die Reaktionen seiner Mutter. Die Mutter und das Kind spielen beide eine wichtige Rolle, indem sie sich gegenseitig anpassen, um eine gute Beziehung herzustellen. Nach dieser ersten Periode kann die Zuneigung von Mutter und Kind weiterverfolgt werden durch die Beobachtung von fünf wichtigen Verhaltensweisen des Neugeborenen:

- das Saugen
- das Festklammern
- die Reaktion des Verfolgens
- das Weinen
- das Lächeln und das Zwitschern.

Beginn der aktiven Rolle beim Kind

Sobald das Kind zwei Monate alt ist, spielt es eine aktive Rolle: aus eigener Initiative wird es den Kontakt mit seiner Mutter suchen. Vom 4. bis 12. Monat gestaltet sich das (Zuneigungsbenehmen, Liebesverhältnis) Anhänglichkeitsverhalten zwischen Mutter und Kind; je stärker es sein wird, desto weniger Hemmungen wird es geben und um so mehr Erforschung. Das Kind muss sich, dank seiner liebenden Mutter, auf seine Basis und seine eigene Sicherheit verlassen können, damit es nach aussen vorzudringen wagt.

Wenn die körperliche Betreuung des Babys durch sozialen Verkehr (Austausch) unterbrochen wird (Lächeln, Worte, Streicheln, Zwitschern, Wiegen), werden diese zu Instrumenten der gegenseitigen Zuneigung von Mutter und Kind. Die Entwicklung einer gesicherten Zuneigung kann durch die Beobachtung beurteilt werden, ob zwischen Mutter und Kind ein physischer und fortwährender Kontakt besteht, sowie der Fähigkeit, der Mutter ein unglückliches Kind durch ihren Kontakt zu beruhigen; andererseits, indem man die Aufnahmefähigkeit der Mutter für die vom Kinde ausgestrahlten Signale abschätzt, und zuletzt auch, indem man beurteilt, ob die Umwelt des Kindes so ist, dass sie es dem Kinde erlaubt, in seinem Handeln einen Sinn zu entdecken (folglich muss das Verhalten der Mutter kohärent sein).

Die Qualität der Beziehung

Sind diese Bedingungen erfüllt, so wird die Mutter-Kind-Beziehung zu einer Quelle der Freude für beide Partner. Ein Bemutterungsmangel kann vorkommen oder auch eine Mehrbelastung, falls die Mutter den vom Kinde ausgestrahlten Zeichen gegenüber wenig sensibel ist und ständig die Initiative ergreift, um seine Aufmerksamkeit in Anspruch zu nehmen. Wie wir es schon gesehen haben, können die ersten Lebensstunden einen ausschlaggebenden Einfluss auf die Qualität der Beziehung haben. Und der bevorzugte Moment für die ersten Beziehungen ist das Ernähren, sei es an der Brust oder mit der Flasche. Lezime und Robin haben dieses Füttern in der Frauenklinik beobachtet und kamen zu dem Schluss, dass es verschiedene Verhaltensweisen gebe, je nach dem Geschlecht und dem Geburtenrang (der Reihenfolge bei der Geburt). Die Knaben haben einen langsameren Saugrhythmus und häufigere spontane Pausen während des Essens.

Die Mütter greifen während der Mahlzeiten der Mädchen mehr ein, entweder indem sie die Flasche schütteln oder drehen oder indem sie forcieren oder die Flasche zur Unzeit zurückziehen. Andererseits, wahrscheinlich weil sie ängstlicher sind, passen sich die Erstgebärenden dem Saugrhythmus ihres ersten Babys weniger gut an.

Auf ersten Anhieb finden sie nicht immer die geeigneten Gesten, um das Kind auf geschmeidige und geschickte Weise richtig zu fassen und zu behandeln, um es zu beruhigen oder seine Bedürfnisse in beschenkender Weise zu stillen.

Etwa am 4. Tag erreicht der Saugrhythmus des Kindes ein gewisses Gleichgewicht, während die Mutter die vom Kinde ausgestrahlten Zeichen besser begreift. Die Gier des Kindes kann bei der Mutter entweder Erschrecken oder Stolz bewirken. Manche Mütter befürchten, ein langsames Saugen, das öfters unterbrochen wird, sei das Zeichen zukünftiger Ernährungsschwierigkeiten.

Angeichts der Ernährungsbedürfnisse ihres Kindes sind die Reaktionen der Mütter von ihrer eigenen Erfahrung auf diesem Gebiet stark abhängig. Die visuelle Aktivität des Kindes spielt ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Schaffung der Beziehung zu seiner Mutter, für die sie von lebenswichtiger Bedeutung ist, als das bestersichtliche Merkmal ih-

res Kindes Eigenschaft als lebendiges Wesen.

Doch während der ersten Wochen scheint der Blick der Mutter weniger von den Augen als von dem Mund des Kindes angezogen zu werden, weil ihre Sorge über den Verlauf der Mahlzeit so gross ist. Die Rolle des Gesichtes seiner Mutter ist für die emotionelle Entwicklung des Kindes wesentlich.

Das Kind entdeckt sich selbst im Gesicht seiner Mutter, das die Rolle eines Spiegels spielt; und umgekehrt sieht sich die Mutter im Gesicht ihres Kindes. Die von der Mutter eingenommene Stellung, von welcher die Orientierung des Kindergesichtes abhängt, hat einen Einfluss auf die Qualität der visuellen Kontakte sowie den verbalen Austausch. Die häufigen verbalen Äusserungen führen nur wenige visuelle Kontakte nach sich: das Kind reagiert auf eine ganz bestimmte «Qualität» der menschlichen Stimme.

Auch was den Blick betrifft, ist das Baby aktiv. Oft ist das Kind der Anreger des Kontaktes von Auge zu Auge. Die Mütter stellen oft Fragen, die sich auf das Sehvermögen des Kindes beziehen: sie fragen, mit welchem Alter es sehen wird, was es zuerst wahrnehmen wird. Obwohl sie an seiner Sehfähigkeit zweifeln, sprechen sie zu ihrem Kinde mit Worten, die beweisen, dass sie trotzdem glauben, das Kind sehe und erkenne sie. Wenn wir Paare von Müttern mit einjährigen Kindern beobachten, wie es David und Appel 1966 taten, müssen wir feststellen, dass jede Mutter mehr oder weniger sensibel ist und den verschiedenen (Kundgebungen) Äusserungen des Benehmens und der Entwicklung ihres Kindes offen gegenübersteht.

Manche (?) werden vom Kinde aufgenommen, gewürdigt, valorisiert, und dadurch auch verstärkt. Ignoriert und nicht wahrgenommen, werden sie nicht gepflegt. In aktiver Weise untersagt und deswegen gehemmt, können sie Anlass zu Konflikten werden.

Die Wechselbeziehung

Jedes Kind bietet sich durch seine (Eigenart) Individualität seiner Mutter als ein «Objekt» an, das durch seine Natur, seine Reaktionen, seine eigenen Impulse in ihr Unruhe

und Erwidern hervorrufen, je nach ihrer Art. Gemäss diesen Regungen von einem zum andern hin, kommt ein Spiel der Wechselbeziehungen zustande, welchem das Kind ständig ausgesetzt ist. Das Kind tritt ihm mit seinen eigenen Reaktionen entgegen, die dann ihrerseits die Reaktionen der Mutter erzeugen und orientieren. Diese Wechselbeziehungen erfolgen nach einem ganz bestimmten Modus, der persönlichkeitsbildend wirkt und der einmalig ist. Dieser Modus ist bei jedem Mutter-Kind-Paar verschieden. Alle spezifisch menschlichen Prozesse, das heisst die Fähigkeit, die Sprache und andere Symbole zu benützen, die Fähigkeit, Modelle zu planen und aufzustellen (aufzubauen), die Fähigkeit, eine Beziehung dauerhafter Zusammenarbeit herzustellen, verwurzeln und entstehen in den drei ersten Lebensjahren, zu dem Zeitpunkt also, da die Wechselbeziehung zwischen Mutter und Kind am wichtigsten ist.

Wenn wir jetzt auf unser heutiges Thema zu sprechen kommen:

Die Beziehungen zwischen Mutter und Kind bei Frühgeburten

so möchte ich vorerst daran erinnern, dass in Genf die Frühgeburten etwa 5% der Termingeburten ausmachen. Bei einer globalen Sterblichkeitsziffer von 3,6% während der Entbindung und der ersten Lebenswoche erhebt sich die Sterblichkeitsquote der Frühgeborenen unter 1500 Gramm auf 10%. In den letzten Jahren ist diese Sterblichkeit, dank der Ventilatoren und seit kurzem auch der Anlagen, welche die (immaturen) unreifen Lungen der Frühgeborenen ständig unter positivem Druck halten, wesentlich gesunken. Die Lebensprognose hat sich daher verändert, und dank dieser Anlagen kann man jetzt ein 24 Wochen altes Kind in Amerika als lebensfähig betrachten und mit 26 Wochen in den schweizerischen Frauenkliniken. Das bringt natürlich eine ganz neue Pathologie mit sich, weil diese viel zu früh Geborenen noch empfindlicher sind, was Lungen, Nieren und das zentrale Nervensystem betrifft. Da man heutzutage zerebrale Scanning machen kann, hat man zum

Beispiel festgestellt, dass ein Drittel der Frühgeborenen von weniger als 1500 Gramm Gewicht an einem zerebralen Bluterguss leiden, manchmal minimal und ohne klinische Zeichen. So kann man sich gut vorstellen, dass die psychomotorische Entwicklung eines sehr früh Geborenen nicht problemlos verläuft. Während der ersten Lebensjahre wird ein Frühgeborenes von weniger als 30 Wochen Kräftestörungen, ein Mangel an Posturkontrolle, eine gewisse Reizbarkeit mit Störungen der Lateralität und einer schlechten Koordination aufzeigen. Zu diesen neurologischen Problemen kommt noch eine Verzögerung der Entwicklung, die wohl bei allen Frühgeborenen vorhanden ist, doch bei den Knaben mehr als bei den Mädchen. Diese Verspätung wird verschwommener mit zunehmendem Alter, die Frühgeborenen des 8. Monats gleichen sie im Alter von etwa einem Jahr aus; die vom 7. Monat bei drei Jahren, und die vom 6. Monat bei 5–6 Jahren.

Verhaltensstörungen

Darüber hinaus zeigen die Frühgeborenen mehr Verhaltensstörungen als die Terminkinder. Diese Störungen haben die Tendenz, sich mit dem Alter zu verstärken. Bei den Mädchen sind es hauptsächlich launische Anfälle, schwacher Appetit oder Appetitausfall, sehr grosse Trägheit bei Tisch, und dies bis zum 10. oder 11. Monat. Falls es im Brutkasten Schluckbeschwerden oder Hindernisse bei der künstlichen Ernährung gab, mündet das Ganze sehr schnell in mütterliches Forcieren und Störungen des Ernährungsvorganges. Bei den Knaben sind es meistens Zornausbrüche, Instabilität (Unbeständigkeit), plötzliche Entladungen und Unruhe. Bei Knaben und Mädchen gibt es häufig Schlafstörungen. Die meisten Autoren stellen fest: je länger der Aufenthalt im Brutkasten, desto grösser die Erziehungsschwierigkeiten. Diese Erziehung wird meistens durch eine übertriebene Schutzhaltung gekennzeichnet, die beim ehemals Frühgeborenen einen gewissen affektiven Infantilismus verursachen. Man muss versuchen zu verstehen, warum die Mütter so handeln. Für Ajuriaguerra stellt die gegenseitige Anpassung von Mutter und Kind heikle und frühzeitige Probleme.

Diesem zerbrechlichen Wesen, das ihnen gehört, gegenübergestellt, werden die Frauen oft sehr stark von ihm abhängig; oft zeigen sie aber auch eine grosse Ambivalenz dem Kinde gegenüber, das nicht so gestaltet ist wie sie es wollten, weil dieses Kind so viel Energieaufwand von ihnen verlangt und nur langsame Fortschritte aufzuzeigen hat.

Psychologische Probleme der Frühreife

In der Abteilung (Klinik) von Prof. Prodhom hat Cramer die klinische Realität dieser psychologischen Schwierigkeiten studiert. Für ihn gibt es drei verschiedene Arten psychologischer Probleme, die mit der Frühreife verbunden sind: Erstens haben die Mütter ein sehr starkes *Gefühl des Misserfolgs*. Die Frühreife wird empfunden als eine tiefe Verletzung des Selbstgefühls, als eine Verhöhnung der Unversehrtheit des mütterlichen Körpers; die Frau befürchtet, ihre Geschlechtsorgane seien defekt oder ihre Weiblichkeit sei nicht gross genug. Sie hat Angst, eine neue Schwangerschaft zu beginnen. Dies wird durch die Trennung vom Kinde noch unterstrichen, welche die Verletzung des Selbstgefühls vertieft, da sich die Mutter ungeeignet fühlt, ihr Kind zu betreuen. Diese Abwesenheit des manchmal in Lebensgefahr schwebenden Kindes schafft eine Lücke und ein Gefühl der Unwirklichkeit. Jede Identifizierung wird unmöglich, oder wenigstens aufgeschoben. Das Kind ist weder vorstellbar noch darstellbar. Das führt uns dazu, von der zweiten Art der Probleme zu sprechen. Die Mütter empfinden also eine Amputation und erleben eine *vorzeitige (verfrühte) Trauerreaktion*. Sie müssen sich gegen eine wohlverständliche Beunruhigung betreffs des Überlebens ihres Kindes wehren; sie malen sich oft ein schlimmes Ende aus und sind häufig ohne Hoffnung. Und deswegen können sie sich natürlich die zukünftige Beziehung zu ihrem Kinde nicht mehr vorstellen. Es besteht das Risiko, dass eine Verneinung der Realität des Kindes sich einspielt. Dem pflegenden Team kann dies bewusst werden, wenn die Eltern, und insbesondere die Mutter, nicht von ihrem Kinde zu ihrer Umwelt sprechen, wenn sie keinen Vornamen auswählen und sich entschuldigen, das

Kind nicht zu besuchen, weil sie wegen des Todesrisikos sich lieber nicht an das Kind binden wollen. So stellen wir manchmal fest, dass die Eltern ihre Besuche seltener werden lassen, wenn sich der Zustand des Kindes verschlechtert. Der Entzug der Umschliessung des Kindes kann schlimm werden und später zu tiefen Problemen führen, wie zum Beispiel das Problem der geschlagenen Kinder, von denen laut Statistik 50% Frühgeborene waren. Man findet auch viele Frühgeborene bei Kindern, die so wenig Lebenslust haben, dass sie auch nur wenig essen, wenig schlafen, nicht grösser werden und einsam bleiben.

Das sind wahrscheinlich die Ergebnisse eines sehr frühzeitigen Mangels an Liebe. Normalerweise sollten sich diese Reaktionen nach dem ersten Elternbesuch vermindern und besonders nachdem die Mutter das Kind berühren konnte. Wenn wir die Eltern dazu anregen, mit den Händen in den Brutkasten zu langen, müssen wir erstaunt feststellen, dass bestimmte Väter und auch bestimmte Mütter manchmal ein paar Tage brauchen, um sich dafür zu entschliessen. Beim ersten Kontakt mit ihrem Kind sind sie ängstlich, aber welche Freude kann es ihnen nachher verschaffen! Sehr wenige Eltern wagen es, mit dem Kinde im Brutkasten zu sprechen und ihm all die zarten Worte zu sagen, die von der Mutter eines vollausgetragenen Kindes benützt werden. Der mütterliche «Instinkt» muss durch eine gegenseitige Wechselwirkung angeregt werden, um sich äussern zu können.

Wenn während dieser empfindlichen Zeit eine Trennung notwendig wird, können bei der Mutter aggressive Pulsionen gegen ihr Kind aufkommen. Sie ist nicht mehr fähig, die tatsächlichen Bedürfnisse ihres Kindes, das zu einem «reparaturbedürftigen Objekt» wird, richtig zu bewerten. Dieses winzige Wesen wird dann unberührbar, und zum Schluss meidet die Mutter ihr Kind. Das kann zu einer Verhaltensweise führen, welche die ersten Lebensjahre des Kindes prägen wird.

Zuletzt, an dritter Stelle, kommt ein *starkes Schuldgefühl*, das von den meisten Müttern von Frühgeborenen empfunden wird. Sie machen sich den Vorwurf, schlecht zu sein, eine Strafe für irgendeinen Fehler zu erhalten, indem sie sagen, sie könnten es sich nicht verzeihen, wenn ihr Kind unterentwickelt bleibt oder stirbt. Manchmal verwandelt

sich das in ein Gefühl der Aggressivität gegenüber dem Personal oder dem Gatten. Bei anderen Gelegenheiten fühlt sich die Mutter unfähig, ihr Kind so zu betreuen, wie es die Kinderschwester tut. Die Kinderpflege erscheint ihr als allmächtige Technik, die besser sei als ihr Instinkt. Und mit der Dankbarkeit vermischt sich ein Minderwertigkeitsgefühl; dieses Gefühl ist natürlich noch viel mehr betont, wenn das pflegende Team die Anwesenheit der Eltern als belästigend und als Infektionsquelle betrachtet. Die Mutter wagt es nicht, Fragen zu stellen, insbesondere was die Ursachen der Frühreife betrifft, weil sie Angst hat, man könne ihr Fehler enthüllen.

Da das frühgeborene Kind auf die Stimuli wenig reagiert (durch Bewegungen oder Lächeln), erscheint es seiner Mutter wehrlos, und sie selbst wähnt sich gefährlich (wegen ihres Schuldgefühls), und das kann ihre innere Unruhe verstärken. Die Angst der Mutter ist wohl verständlich, da sie oft keine visuelle Kontrolle darüber hat, was mit ihrem Baby geschieht, das sie nur so kurze Zeit besuchen kann. Und oft wenn sie ihr Kind sieht, ist es an eine Maschinerie angeschlossen, die für die Eltern erschreckend und traumabewirkend ist, so dass sie nachher von Phantasmen geplagt werden.

Wie kann man mithelfen, das so brutal durchschnittene Band zwischen Mutter und Kind aufrechtzuerhalten? Und inwiefern ist es möglich, all die mütterlichen Gefühle, aus welchen sich spätere affektive Probleme beim Kinde ergeben können, zu begrenzen?

Eine der einfachsten Lösungen, die von uns Kinderärzten oft am schlechtesten benützt wird, besteht darin, eine möglichst weitläufige Information über das Kind zu vermitteln, und zwar mündlich. Man muss die Eltern beruhigen und sie dazu ermutigen, Pläne zu schmieden. Im Gegensatz dazu muss man vermeiden, den Akzent auf das Abnorme oder Pathologische zu setzen (da ja die Zukunft des Frühgeborenen sowieso relativ unvorhersehbar ist). Man muss auch die Identifizierung erleichtern. Eine gewisse Übereinstimmung in der vom Team gegebenen Information ist nötig. Und da ist die Zusammenarbeit mit den Hebammen, die mit der Mutter sprechen und sie betreuen, wichtig. Die Eltern übertreiben die kleinsten Meinungsverschiedenheiten des Personals, schmücken das unbe-

deutendste Detail aus und nähren ihre Angst mit den geringsten Anzeichen. Sehr oft sind die Mütter nur an der Gewichtszunahme ihres Kindes interessiert, als ob andere Dinge (Elemente), wie zum Beispiel der Schlaf oder die Toilette, für die Mutter eines Frühgeborenen unvorstellbar wären.

Mithilfe der Mutter bei der Betreuung

Um dagegen anzukämpfen, muss man die Mutter auf der Station tatsächlich annehmen und sie dazu ermutigen, ihr Kind zu betreuen, es künstlich zu füttern und mit der Flasche zu ernähren. Das kann Ursache neuer Schwierigkeiten sein, weil es der Mutter klar werden kann, dass die künstliche Verpflegung (die zum Ernähren der Frühgeborenen, die noch keinen Saugreflex oder einen zu schwachen Reflex haben, benützt wird) eine etwas mühselige Erfahrung für das Kind ist, das manchmal aufstöhnt und Ausweichverhalten aufzeigt. Die Anpassung an die Saugflasche ist manchmal von beträchtlichen Ermüdungsanzeichen und neurovegetativem Unwohlsein gekennzeichnet, die in Blausucht und Atemnot münden können. Diese wirken beklemmend auf die Mutter. Aber diese Nachteile sind für die Zukunft geringfügiger als die Gefahr des Gefühls der Unrealität (Unwirklichkeit) und seelisch gestörter Verhaltensweise (*désinvestissement affectif*), die einem Frühgeborenen drohen, das seiner Mutter zurückgegeben wird, die sich nicht an ihr Kind anpassen konnte. Während der von den Müttern eingegebenen Essen auf der Frühgeborenenabteilung ist die Stimmung oft gespannt und von Emotionen überladen, weil diese Momente zu kurz sind. Die in einer gewissen Unbeweglichkeit verharrenden Mütter suchen nach einem engen Kontakt mit dem Kinde. Sie können und wagen es nicht, ihr Blick vom Gesicht des Kindes abzuwenden und bleiben auf den Mund und den Schnuller konzentriert. Man hat beobachtet, dass die Frühgeborenen eines ganz klaren Blickes fähig sind; sie können den obersten Teil des Muttergesichtes fixieren und diese Fixierung eine Weile aufrechterhalten.

Je nach der auf der Station gemeinsam mit ihrem Kinde verbrachten Zeit erleben die Mütter bessere Be-

ziehungen mit dem pflegenden Team und können sich daher besser über ihre negativen Gefühle äussern, was ihnen sehr behilflich sein wird. Indem sie den Kontakt weiterhin verbessern, werden die Mütter immer weniger irrationelle, von Schuldgefühlen getönte Erklärungen in sich bewahren. Wenn wir die Mutter bitten, ihre Milch selbst abzupfen, um ihr Kind zu ernähren, ist es auch eine Art, sie an seiner Betreuung teilhaben zu lassen und ihr eine Verantwortung anzubieten. Wir müssen ganz besonders auf die Mütter achten, die ihr Kind nicht besuchen, und dürfen nicht zögern, es von ihnen zu verlangen, während wir ihnen jedoch aufs äusserste beistehen.

Wir müssen uns dessen auch bewusst sein, dass die Probleme der Mutter sich vervielfältigen, je nach den Reaktionen des Vaters und der Familie; die Frauen, deren Ehemänner an allen Problemen der Frühgeburt teilnehmen und ihr Kind oft besuchen, passen sich ihrem Kinde viel leichter an. Wenn diese Anpassung schon während des Aufenthalts im Brutkasten und später im Bett stattfindet, wird sich die Rückkehr des Kindes nach Hause einfacher gestalten, weil die Mutter dann die Zeichen und die vom Kinde zum Ausdruck gebrachte Reziprozität schon kennt.

Falls die Mutter während der ersten Tage zu Hause ständig die Frühgeborenenabteilung anruft, um Ratschläge und Erklärungen zu erbitten, so bedeutet das, dass die Beziehung von Mutter und Kind noch zu prekär ist und dass das pflegende Team vielleicht nicht genügend geholfen hat. Sobald das Kind seine Mutter anzublicken scheint und ihr zulächelt, ist die Mutter im allgemeinen davon verklärt und fühlt sich gesichert, weil sie einen Kontakt von Auge zu Auge mit ihrem Kind gefunden hat. Von diesem Moment an wird sich das Benehmen des Kindes regulieren, und die Angst der Mutter wird nachlassen. In allen Fällen bleibt das seelische Band zwischen den Eltern und dem Pflegepersonal sehr stark. Es besteht aus Dankbarkeit und auch aus Groll.

Zum Schluss möchte ich Sie daran erinnern, dass sich die Beziehungen zwischen Mutter und Kind schon während der Schwangerschaft und besonders während der ersten Tage nach der Geburt anknüpfen. Diese Beziehungen sind im Falle der Frühreife viel schwieri-

ger herzustellen, und es obliegt dem Personal, den Kinderschwestern, Kinderärzten und Hebammen, auf die Schwierigkeiten zu achten. Je mehr die Eltern des Frühgeborenen am täglichen Leben ihres Kindes in der Frühgeborenenabteilung teilnehmen, desto enger werden die Beziehungen. Und wenn es einige Probleme verursacht, von denen Frau Därendinger sprechen wird, sollte es dazu führen, die Beziehung von Mutter und Kind zu verbessern und zu verstärken.

Die Beziehung von Mutter und Kind bei der Frühgeburt

Sylvia Därendinger

Mutter-Kind-Beziehung

Nachdem man in den letzten Jahren erreicht hat, auch im Spital eine günstigere Mutter-Kind-Beziehung bei Termingeburten aufzubauen, gehen die Bemühungen nun bei Frühgeburten weiter.

An erster Stelle steht wohl in jeder Entbindungsklinik die ideale medizinische Betreuung von Mutter und Kind.

Können wir aber unserer Aufgabe gerecht werden, wenn wir ein frühgeborenes Kind wohl medizinisch fachgerecht und optimal pflegen, es aber nach vielleicht 6 oder 8 Wochen als «Fremdling» der Mutter oder den Eltern nach Hause geben? Ich habe während meiner Ausbildungszeit erlebt, wie sich eine Mutter völlig von ihrem Kind entfremdete und nicht mehr imstande war, nach 12 Wochen Trennung das Kind als ihr eigenes gesund nach Hause zu nehmen. Wohl hatte sie die Gelegenheit, während des Spitalaufenthalts das Kleine zweimal am Tag durch die Glasscheibe zu sehen. Sie konnte auch mit der pflegenden Schwester über das Gedeihen sprechen. Als sie aber eine Woche vor Entlassung ihr Kind zum erstenmal in den Armen hielt, um ihm den Schoppen zu geben, war sie dazu nicht mehr imstande, und man realisierte das Drama. Natürlich ist das ein Extremfall. Aber ich frage mich, ob wirklich

jede Mutter voll gesunder Muttergefühle ihr zu früh geborenes Kind nach wochenlanger Trennung nach Hause nahm.

Natürlich, unter dieser Unmöglichkeit, ihr Kind jeden Tag über Stunden zu beobachten und zu pflegen, sahen die Mütter auch nicht, was für Probleme die Kinder boten und wie oft das Pflegepersonal lebensrettende Sofortmassnahmen einleiten musste, und solche Zwischenfälle unter Umständen mehrmals am Tag. Wenn man ein zu früh geborenes Kind aus der Intensivstation nach Hause gab, stolz, dass das Kind nun gesund sei, alle Hürden hinter sich habe, versicherte man der Mutter, ihr ein völlig gesundes Kind heimzugeben. Sie musste sich also freuen, und obwohl sie vielleicht vor vielen Fragezeichen und Unsicherheiten stand, wagte kaum eine Mutter, sich entsprechend zu äussern. Meistens kam dann zu Hause noch die grosse Ohnmacht dazu, alleine zu sein, ohne geeignete Hilfe.

Erfahrungen im Berner Frauenspital

Dank der grosszügigen Unterstützung von Prof. von Muralt konnten wir schon vor ungefähr vier Jahren beginnen, die Eltern intensiv in die Pflege ihrer kranken Kinder zu integrieren.

Anfangs liessen wir sie an die Brutkästen kommen und ihre Kinder aus unmittelbarer Nähe beobachten, um sich vor allem mit den Monitoren und der ganzen Umgebung einer Intensivstation vertraut zu machen. Wir glauben, als Nichtlaien unterschätzen wir oft die extreme psychische und physische Belastung einer solchen Umgebung. Wir erwarten oft, dass die Eltern einfach nur ihr Kind sehen. Aber schon beim Eintreten in eine solche Station kommt ihnen die feuchte, sehr warme Luft entgegen. Sie sehen mehrere Brutkästen nebeneinander, umgeben von blinkenden und pipsenden Monitoren und Maschinen, die mit Schläuchen und Kabeln mit den Kindern verbunden sind. Schon die Ungewissheit und Angst, welches von diesen Kindern wohl ihres sei, fordert im Moment viel. Wir versuchen also, die Eltern auf solche Eindrücke aufmerksam zu machen. Wir achten darauf, dass die pflegende Schwester immer so-