

Die Emotionelle Erste Hilfe (EEH) für Eltern und Babys

“Emotionelle Erste Hilfe” – EEH (Emotional First Aid) for Parents and Babies

Notburga Egerbacher-Anker & Regina Kamper

Themenschwerpunkt Gastartikel

Zusammenfassung

Die Emotionelle Erste Hilfe (EEH) ist ein bindungs- und körperorientierter Beratungs- und Therapieansatz rund um Schwangerschaft, Geburt und Babyzeit. Ängste, überwältigende Geburts- oder Trennungserfahrungen, ein untröstlich weinendes Baby, Schlafprobleme, Stillschwierigkeiten, Sorgen um die Entwicklung des Kindes, psychische Krisen/Erkrankungen der Eltern (wie die postpartale Depression) oder elterlich ablehnende Impulse dem Kind gegenüber können zur Herausforderung und Belastung für alle Beteiligten werden. Die EEH bietet Unterstützung für Eltern und Babys. Neben verbalen Interventionen wird auf die Sprache des Körpers fokussiert. Ziel dabei ist, die Eltern zu stärken und ihnen Werkzeuge an die Hand zu geben. So kann es ihnen gelingen über die Regulierung des eigenen physiologischen Zustandes im Sinn von ansteckender Gesundheit ein sicherer Hafen und eine gute Orientierungsmöglichkeit für ihre Kinder zu sein. Damit werden die körperlichen und psychologischen Grundlagen für stärkende Bindungserfahrungen gelegt. Die Einsatzmöglichkeiten der EEH erstrecken sich vom präventiven Bereich über Krisenintervention bis zur Traumabehandlung bzw. Eltern-Baby-Therapie.

Abstract

“Emotionelle Erste Hilfe” (EEH – translates as “emotional first aid”) is a counselling and therapeutic approach focused on attachment and physical methods concerning pregnancy, birth and infancy. There is a number of possible sources of tension for young families: fear, overwhelming experiences of birth or separation, inconsolable crying babies, problems concerning sleep or feeding,

worries about the development of the child, postpartum depression, or parental rejection of the baby. EEH offers support for parents and babies using verbal interventions and the language of the body aiming at the empowerment of the parents. The intention is to give parents several tools and methods to regulate their physiological state in order to help them to function as a safe haven and point of orientation for their children. In that way the somatic and psychological basis is formed to experience bonding and development of a profound relationships between parents and children. EEH can be applied in preventive contexts, crisis intervention, and trauma therapy settings.

1. Einleitung

Viele Eltern erleben die Geburt ihres Kindes als eine wunderbare Zeit voll Glück und Freude und können sich gut auf die Veränderungen ihres Lebens einlassen. Nicht bei allen Eltern stellt sich dieses Glück und die Freude nach der Geburt ein: Das Baby ist sehr unruhig, es schreit oft, hat vielleicht besonders viele Bedürfnisse oder auch Erkrankungen. Anstatt glücklich zu sein, sind Eltern mit Angst und Sorge beschäftigt. Die Schwangerschaft und die Geburt können bei Eltern und Kindern ihre Spuren hinterlassen haben. Viele Mütter, aber auch Väter sind nach einer heftigen Geburt traumatisiert und weit weg von Gefühlen der Glückseligkeit. Die Wucht solcher Krisen wird oft unterschätzt. Das bisherige Leben gerät aus den Fugen, nichts ist mehr so, wie es war. Genau deshalb wurde die EEH von Thomas Harms, Psychologe und Körperpsychotherapeut aus Deutschland, entwickelt.

2. Die Grundprinzipien der EEH

Die Emotionelle Erste Hilfe (EEH) ist eine körperorientierte und bindungsorientierte Methode.

Für Klinische PsychologInnen bedeutet die explizite Körperorientierung in der Anwendung eine neue Perspektive: berühren – nicht nur mit Worten, sondern mit den eigenen Händen. Dieser Ansatz geht über die gewohnten kognitiv-verhaltensorientierten Interventionen weit hinaus. Durch sanfte Berührungen können wir in Bereiche vordringen, die mit Worten nicht zu erreichen sind. Gleichzeitig begleiten verbale Interventionen die Körperberührungen und geben somit Information, Orientierung und Sicherheit. Die körperbasierten Interventionen können sich an die Bezugspersonen richten oder direkt an den Säugling bzw. das Kleinkind. Das begründet eine weitere Besonderheit der EEH im Vergleich zu anderen psychoanalytischen oder verhaltenstherapeutischen Ansätzen der Eltern-Baby-Arbeit (Harms, 2016). Die achtsame Wahrnehmung des subjektiven Körpererlebens, Berührungen (z. B. schmetterlingszarte Massage), Ateminterventionen und Imaginationen dienen dazu, den psychovegetativen Zustand aller Beteiligten positiv zu verändern. Dabei geht es nicht nur um die Entspannungsfähigkeit – das ist lediglich die Basis. Ziel ist es, die Regulations- und Kontaktfähigkeit des ganzen Systems zu verbessern (Harms, 2013). Langsamkeit bei der gesamten Vorgehensweise, speziell bei den schmetterlingszarten Berührungen, ist ein wichtiger Wirkfaktor (Deyringer, 2016). Dabei ist es notwendig, die eigene Geschwindigkeit bewusst herunterzufahren und an das langsame Tempo der Babywelt anzupassen: Säuglinge sind „Steinzeitbabys“, die „von Natur aus langsam sind und sich mit wenig Neuem begnügen“ (Harms, 2018). Sie können ihre Bedürfnisse nicht dem Industriezeitalter anpassen! Um ihre Sprache zu verstehen und in ihre Welt eintauchen zu können, müssen Erwachsene (Eltern, genauso wie EEH-BegleiterInnen) den Rhythmus wechseln, um zur Langsamkeit zu finden.

Die Bindungsorientierung beinhaltet in der Emotionellen Ersten Hilfe mehrere Dimensionen: Sie umfasst einerseits die Beziehung zwischen dem/der BegleiterIn und der Familie, andererseits die Eltern-Kind-Bindung.

Die EEH stellt einen sicheren Rahmen zur Verfügung, damit die Kontaktfähigkeit von Eltern gefördert oder wiederhergestellt werden kann.

Bindungssicherheit stellt somit die Basis dar für Potenzialentfaltung und Integration von traumatischen Bezie-

hungserfahrungen, je nach persönlicher Situation und Auftrag der Familien. Bindungsorientierung bedeutet auch, den emotionalen Ausdrucksprozessen von Eltern und Babys – sollten sie an die Oberfläche kommen – in einem sicheren und Halt gebenden Rahmen Raum zu geben. Dabei ist es absolut notwendig, diese Prozesse nicht zu forcieren. Das Erleben von Sicherheit und das Verbleiben der Eltern in einem präsenten Modus haben oberste Priorität. Das wiederum ermöglicht es dem Kind, von seiner erlebten Ohnmacht, von seiner Ausweglosigkeit zu erzählen. Eltern können von der Wucht eines solchen Ausdrucksprozesses sehr überrascht werden. Deshalb ist ein tragfähiger Kontakt und Vertrauen zwischen BegleiterIn und Mutter/Eltern vonnöten.

Mittels achtsamer Körperbeobachtung und Halt spendenden Körperberührungen durch dem/die EEH-FachberaterIn kann es den Eltern gelingen, in einem präsenten Modus zu bleiben und das Schreien ihres Kindes nicht nur auszuhalten, sondern heilsam zu begleiten. Die verkörperten Erinnerungen an traumatisierende Erlebnisse während Schwangerschaft oder Geburt, die ihren Ausdruck im „Erinnerungsschreien“ finden (Terry, 2014), können somit besser integriert werden. Die Eltern können sich als selbstwirksam erleben: Es gelingt ihnen, während des Weinens an der Seite ihrer Kinder und gleichzeitig in Kontakt zu sich selbst zu sein. Sie bleiben gleichsam „online“ in Verbindung zum Baby und müssen nicht als Selbstschutz „offline“ in den Überlebensmodus gehen wie dort und damals in der akuten traumatisierenden Situation. Die in der EEH gelebte Kombination aus körperlicher Berührung und positiver psychologischer Unterstützung dürfte günstigere Effekte auf die Stressreduktion erzielen als eine der beiden Interventionen allein (Uvnäs Moberg & Petersson, 2005).

Ein weiteres zentrales Prinzip – als Tool für KlientInnen und auch für Fachpersonen (in der Arbeit und ebenso als Selbstfürsorge) – besteht in der sogenannten „Selbstanbindung“ (Harms, 2018). Damit ist die bewusste und achtsame Wahrnehmung des eigenen Körpers (etwa über die eigene Atmung oder über den Kontakt der Füße zum Boden) und des eigenen inneren Zustandes gemeint. Kinder orientieren sich an ihren Eltern, an deren körperlichen und emotionalen Zuständen. Anders ausgedrückt: Gelingt es den Eltern, physiologisch und psychologisch „Fels in der Brandung“ zu sein und immer wieder in diesen Modus zurückzukehren, wird es ihnen leichter fallen, ihr weinendes oder wütendes Kind zu begleiten. Im Sinne von „ansteckender Gesundheit“ (Harms, 2018) kann es dadurch den Babys besser gelingen, wieder zur Ruhe und in ihren Rhythmus zu finden. In der EEH sprechen wir von einer Leuchtturm-Funktion der Eltern, die dem Baby zur Orientierung selbst in Sturm und Nebel dienen. Die hohe Kunst dabei besteht darin, in der dualen Aufmerksamkeit zu bleiben – beim eigenen Körperzustand und gleichzeitig in Verbindung mit dem Kind und dessen Ausdruckssprache. Der Fokus vieler Eltern im Hochstresszustand richtet sich zu 100% auf ihr schreiendes Baby und blockiert damit den Ressourcenaufbau über die eigene Selbstan-

bindung. Die Achtsamkeit für die Reaktionen und den Zustand des Körpers der Erwachsenen geht verloren. Die Wiederanbindung an das eigene Selbst und damit die Möglichkeit, gezielt Einfluss zu nehmen, erfolgt über die sogenannte Bauchatmung: Durch die Lenkung der Aufmerksamkeit auf die eigene Atmung und bewusstes Atmen in den Bauchraum mit genügend Zeit für die Ausatemphase kann der Körper Schritt für Schritt aus dem Alarmzustand wieder in einen weniger stressreichen Bereich zurückkehren. Gleichsam wird über den Weg der Atmung der Kampf-Flucht-Modus heruntergefahren und physiologisch wieder ein bindungsbereiter Modus erreicht. Wenn dies gelingt, kann eine positive Kaskade in Gang gesetzt werden. Wenn Eltern wieder ganz „bei sich selbst sind“, können sie einen sicheren Raum bieten, in dem ihr Baby auch wieder zur Ruhe finden kann.

Um Menschen in Not gut begleiten zu können (vor allem, wenn es um einen starken Ausdruck wie Weinen geht), bedarf es auch bei Fachpersonen einer gut geschulten Selbstanbindung. Das bedeutet, EEH-BegleiterInnen lernen von Beginn ihrer Ausbildung an, immer wieder – vor allem auch während der Arbeit – auf die eigene Körperwahrnehmung zu achten und in den Zustand der Selbstanbindung zu kommen. Damit können sie den Menschen, die sie begleiten, einen sicheren haltgebenden Rahmen bieten. Die BegleiterInnen dienen den Eltern als wichtiges Vorbild in Bezug auf die eigene Selbstfürsorge und Selbstanbindung. Ganz im Sinne der ansteckenden Gesundheit bzw. die Spiegelneuronen (Bauer, 2006) betreffend, liegt deshalb in der Ausbildung der Fokus darauf, sich dieses grundlegende Tool anzueignen. In der Selbsterfahrung wird darauf Wert gelegt, eigene Anzeichen für Stress besser zu erkennen und auf kognitiver Ebene zu reflektieren. Erst das genaue Wahrnehmen und Differenzieren ermöglicht es dem/der BegleiterIn, wieder in eine gute Selbstanbindung zu kommen und mit Kopf und Herz da zu sein. Für die Mutter/den Vater kann dies richtungsweisend sein, da von ihnen als Eltern ebenfalls eine gute Selbstanbindung gefordert wird. Erst wenn sie diese in ausreichendem Maße aufbauen können, ist es ihnen möglich, ihr Baby gut zu begleiten, vor allem während des Schreiens und bei allgemeinen Unruhezuständen.

Das Setting wird individuell an die Bedürfnisse und den Auftrag der Familie angepasst. Vorteilhaft ist, wenn die Eltern gemeinsam mit ihrem Kind in die Beratung/Therapie kommen können. Sollte es zu schwierigen Erfahrungen während Schwangerschaft und/oder Geburt gekommen sein, sind nicht nur die Babys und Mütter betroffen, auch die Väter können sehr belastet sein. Wenn ein Baby vermehrt schreit, ist es wichtig, dass auch der Vater verschiedene Beruhigungsstrategien kennenlernt. Er kann dadurch aktiv seine Partnerin und sein Baby unterstützen und muss sich nicht hilflos und ohnmächtig fühlen. Gerade am Beginn der Elternschaft ist es organisatorisch oft leichter möglich, dass die Väter mitkommen können, da sie möglicherweise noch auf „Papa-Urlaub“ zu Hause sind. Wenn die Kinder älter sind und es darum geht, die Mutter in ihrer Rolle zu stärken bzw. ihre

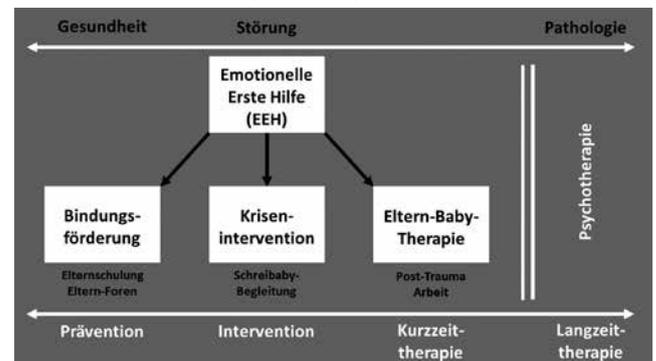
eigenen Themen hochkommen, wird oft nur mit Mutter und Kind oder auch nur mit der Mutter gearbeitet. Sollten Hinweise auf eine postpartale Depression vorliegen, ist es unumgänglich, zusätzliche Ressourcen zu mobilisieren: So können weitere unterstützende Personen wie Vater, Großmutter oder Tante mit eingebunden werden, damit sichergestellt ist, dass Mutter und Kind nicht allein sind und ein gewisses Maß an Sicherheit gewährleistet ist.

Zusammenfassend gesagt, kann der Schwerpunkt der EEH-Arbeit auf drei Bereiche gelegt werden: auf die Eltern (Feinfühligkeits-Stärkung, Ko-Regulation der Eltern z. B. beim begleiteten Babyweinen, bei Psychoedukation, Trauma-Arbeit), auf das Kind (durch körperbasierte Stärkung der Regulationsfähigkeit, Trauma-Arbeit, nachreifende Erfahrungen) oder auf die Eltern-Kind-Interaktion (z. B. „Bindung durch Berührung“, „Baby-Lesen“, Anleitung der Eltern-Kind-Interaktion).

3. Die drei Säulen der EEH

In der Emotionellen Ersten Hilfe gibt es unterschiedliche Möglichkeiten, ein passgenaues Angebot zu erstellen – die 3 Säulen der EEH umfassen präventive Ansätze, Krisenintervention und Eltern-Baby-Therapie (siehe Abbildung). Diesen Säulen entsprechen die Stufen der Ausbildung: Basic-Bonding-LeiterIn, EEH-FachberaterIn und EEH-TherapeutIn.

Abb. 1: Die 3 Säulen der EEH (Harms, 2016)



Die EEH-Angebote im Bereich der Prävention reichen von Bindungsförderung über Elternschulung (Vorbereitung auf den Umgang mit zukünftigen Weinphasen ihres Babys, Vorträge zu verschiedenen Themen wie Babyweinen, Schlafen, Stress etc.) bis zu Gruppenangeboten (z. B. das Konzept von „Bindung durch Berührung“). Hat man die Chance, mit Schwangeren arbeiten zu können, die „normale“ Belastungen mitbringen, wird man besonders auf die Ressourcen achten, diese ausbauen und den körperorientierten Ansatz miteinbeziehen. Der präventive Ansatz bietet viele Möglichkeiten, den Übergang zur Mutterrolle zu erleichtern. Durch die eigene Körperwahrnehmung kann die werdende Mutter unter-

stützt werden, Kontakt zum Kind aufzunehmen. Somit kann bereits während der Schwangerschaft Bindungsförderung stattfinden. Zunächst wird auf eine bequeme, durch Kissen gut untergestützte Lagerung geachtet. Die Mutter wird zu Beginn angeleitet, ihre Sitzposition bewusst wahrzunehmen, immer auch mit dem Angebot, etwas zu verändern, wenn es für sie noch nicht angenehm ist. So begleitet der/die EEH-FachberaterIn mit Worten das Wahrnehmen der verschiedenen Körperbereiche. Sollte dies für die Frau noch schwierig sein, wird sie eingeladen, lediglich an die Körperregionen zu denken, ohne den Druck, etwas spüren zu müssen. Je öfter diese Einstimmungsübung gemacht wird, desto besser wird die Spürfähigkeit für sich selbst entwickelt. Als nächstes erfolgt die Einladung an die Mutter, ihre eigene Atmung wahrzunehmen. Ohne etwas verändern zu müssen, wird zunächst der Fluss des Atems beobachtet. Mit der Zeit kann man die Klientin anleiten, sich vorzustellen den Atem gezielt zu ihrem Baby zu lenken, sodass es beim Ein- und Ausatmen sanft geschaukelt wird. Manchen Frauen hilft es, die Hände dabei auf den Bauch zu legen. Diese Übung kann für Klientinnen schwierig sein, die gewohnt sind auf der kognitiven Ebene zu „funktionieren“ und sich viele Gedanken zu machen. Dann ist es eine hilfreiche Möglichkeit, wie mit einem Scanner über den Körper zu fahren und beispielsweise zu erspüren, wo es sich warm/neutral/kühl oder angespannt/entspannt anfühlt (vgl. Bodyscan nach Kabat-Zinn, 2013). Wenn die Klientin ihren Körper spürt und auch offen dafür ist, kann man mit langsamen schmetterlingsartigen Berührungen zu arbeiten beginnen. Dies geschieht entweder durch ruhiges Halten oder durch zartes, aber präsent abstreichen mit der flachen Hand. Wenn ein Paar gemeinsam kommt, ist dies eine wunderbare Möglichkeit, diese Art der Berührung kennenzulernen und aneinander auszuprobieren, um sie während der Geburt anzuwenden bzw. in weiterer Folge dem Kind angedeihen zu lassen. Nicht nur auf der äußeren physischen Ebene entwickelt sich etwas Wichtiges für den Bindungsaufbau, auch im Körperinneren auf hormoneller Ebene entsteht Erstaunliches: Bei der Person, die berührt und abstreicht, ist die Oxytocin-Ausschüttung sogar höher als bei der Person, welche die Berührung erhält (Uvnäs Moberg, 2016). Das Hormon Oxytocin spielt eine signifikante Rolle unter anderem im Hinblick auf Geburtswehen, Stillen, Rückbildung der Gebärmutter sowie Mutter-Kind-Bindung.

Wesentlich ist in diesem Zusammenhang das „Minimum-Stimulus-Prinzip“ (Deyringer, 2016): Es bedeutet, bei den Berührungsinterventionen gut auf die Reaktionen des Gegenübers zu achten, um dessen Grenzen nicht zu überschreiten, für jede Berührung sein Einverständnis einzuholen und kein „fertiges Schema“ abzuarbeiten. Das Prinzip des minimalen Stimulus ermöglicht die Erfahrung von Halt und Sicherheit und soll einem zusätzlichen Erleben von Ohnmacht und Hilflosigkeit entgegenwirken.

Die zweite Säule umfasst die Krisenintervention und meint typischerweise die Schreibbegleitung, betrifft aber auch andere Fragen früher Regulations-, Interaktions-

oder Bindungsstörungen (z. B. Schlaf- oder Fütterungsprobleme) im Alter von 0 bis 3 Jahren.

Thomas Harms begleitete als Student ein Forschungsprojekt von Müttern nach einem Kaiserschnitt, deren Kinder heftig weinten. Seine Idee bestand darin, körperorientiert mit den Betroffenen zu arbeiten, die Wahrnehmung bewusst auf den eigenen Körper zu richten – die Anfänge des Prinzips der Selbstanbindung. Auch jetzt, mehr als 30 Jahre danach, hat sich dieses Prinzip nicht verändert. Gerade am Beginn der Begleitung könnte es für Mütter/Väter schwierig sein, sich auf die körperorientierte Arbeit einzulassen. In diesem Fall bieten Interventionen auf der kognitiven Ebene wie z. B. die Vermittlung von Elternwissen (über das Schreien, Schlafen, die Befürchtung, das Baby zu verwöhnen) einen guten Zugang. Ist ausreichendes Vertrauen vorhanden, kann man Schritt für Schritt den körperbezogenen Zugang in einem entspannten Zustand entwickeln. Dadurch kann ein erstes Handwerkszeug erlernt werden, um stressige Situationen, wie etwa während der Geburt oder wenn ein Kind heftig weint, mit Hilfe dieser Selbstanbindung besser zu bewältigen.

Als dritte Säule der EEH ist die Eltern-Baby-Therapie anzuführen, d. h. Traumabegleitung (von Fachpersonal mit Phase-III-Ausbildung) von Eltern und Babys nach überwältigenden Belastungen rund um die Geburt. Leider sind solche Erlebnisse keine Einzelfälle und durch weit verbreitete Routinen ohne ausreichende Evidenz bei Geburten im Krankenhaus (Stichwort „Interventionskaskade“ nach Geburtseinleitung oder Wehenmittelgabe) mitbedingt (Hildebrandt, Schacht & Cotiga, 2021). Ein negatives Geburtserleben ist ein wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung von mütterlichen postpartalen Depressionen, Bindungsstörungen und Stillproblemen, insbesondere für Frauen, die bisher psychisch gesund waren (Simen & Schwab, 2021). Trauma blockiert den Aufbau sicherer tragfähiger Bindungen (Brisch & Hellbrügge, 2003). Hilfe für betroffene Familien und Förderung der Eltern-Kind-Bindung in diesen belastenden Situationen stellen einen essenziellen Beitrag dar, um zu verhindern, dass die Traumatisierung in die nächste Generation weitergetragen wird. Negatives Geburtserleben und postpartale Depressionen erschweren es den Betroffenen, das emotionale Band zum Baby zu knüpfen und wirken sich zusätzlich negativ auf einen feinfühligem Umgang mit dem Neugeborenen aus. Einen erheblichen Einfluss haben dabei in Kindheit oder Jugend erlebte Traumatisierungen der Mutter (auch des Vaters), insbesondere körperliche und emotionale Vernachlässigung sowie emotionaler Missbrauch. Dabei ist die hohe Prävalenz in der Bevölkerung zu bedenken: Die Zahlen einer repräsentativen deutschen Stichprobe (Häuser et al., 2011) entsprechen dabei US-amerikanischen Ergebnissen (Thombs et al., 2006): Von den befragten Frauen berichten 13,8% über körperliche Missbrauchserfahrung, 10,4% über sexuellen Missbrauch sowie 25,7% über emotionale Vernachlässigung. Sexuelle Gewalt dürfte dabei im gesamten Familiensystem und über mehrere Generationen hinweg wirksam sein: Erfahrungen zeigen,

dass Schwangere (obwohl sie selber keinen Missbrauch erlebt haben, sondern ihre Mütter oder andere Familienmitglieder) vermehrt traumatische Geburten erleben (König, 2021).

Besondere Berücksichtigung sollte auch die Gruppe der von einer posttraumatischen Belastungsstörung Betroffenen (egal ob Vater oder Mutter) finden. Das Schreien des Säuglings kann zu Flashbacks und den damit verbundenen Leidenszuständen führen: 18 % der frisch gebackenen Mütter berichten an PTSD-Symptomen zu leiden, 9 % der befragten Mütter erfüllen sogar alle formalen Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung (Declercq et al., 2008). Gerade bei traumatisierten Müttern/Vätern ist es von großer Bedeutung, das traumatische Erleben aufzugreifen, da ein anhaltender körperlicher Stress- und Spannungszustand die Beziehungs- und Resonanzfähigkeit einschränkt (Bauer, 2006; Bauer, 2019; Porges, 2010; Rizzolatti, 2008) und damit den Bindungsaufbau zumindest erschwert. Betroffene beschreiben, dass sie nicht die Muttergefühle für das Kind empfinden, die eigentlich vorhanden sein sollten oder die sie sich wünschen: Fluchtgedanken können auftauchen oder die Mutterschaft bzw. das Kind wird als Bedrohung erlebt. Erst wenn sich diese „Traumanebel“ durch eine gezielte Bearbeitung lichten, können die Betroffenen ihr Herz für das Baby öffnen. Dies sind äußerst berührende Momente in der Arbeit und ermöglichen einen Bindungsaufbau, der sich geradezu wie von selbst einstellt.

Aus der Sicht des Kindes können sich belastende Geburtserfahrungen u. a. aus einer Beschleunigung des Geburtsvorganges durch Wehenmittel, einer vaginal operativen Geburtsbeendigung mittels Saugglocke, einer vitalen Bedrohung, einem Notkaiserschnitt oder einer Trennung nach der Geburt ergeben. Ausdruck können diese Belastungen in unstillbarem Weinen und frühen Regulationsproblemen finden. Die EEH kann hier lösende und heilsame Prozesse für Bindungspersonen und Baby begleiten. Dafür ist es unbedingt notwendig, dass die Eltern gemeinsam mit dem Kind in die Psychotherapie oder psychologische Behandlung kommen – nach wie vor keine Selbstverständlichkeit. Oft drücken Kinder – etwa durch Berührungen an immer derselben Stelle am Kopf oder durch bestimmte Bewegungsmuster – aus, in welchen Abschnitten der Geburt sie schmerzhaft oder überwältigende Erfahrungen machen mussten. Leider werden diese Zeichen der Babys auch von Fachpersonen übersehen oder falsch gedeutet. Manchmal ist es ein schmaler Grat vom beobachtbaren Ausdruck des Babys zu den Bedeutungen, die die Erwachsenen diesem zuschreiben.

4. EEH und die Polyvagal-Theorie

Bei allen Ebenen der EEH – Bindungsförderung, Krisenberatung und Eltern-Baby-Therapie – wird auf die

Grundlagen der Polyvagal-Theorie von Stephen Porges (Porges, 2010) zurückgegriffen: Erklärungen über die Funktionsweise unseres Nervensystems (z. B. unter welchen Voraussetzungen ein Baby sich öffnen und in Kontakt gehen kann) helfen oft, von Schuldgefühlen und Schuldzuweisungen wegzukommen. Weder das Baby noch die Eltern sind schuld, sondern es ist die schwierige Situation, in die das Familiensystem gerät.

5. Vielfältige Einsatzmöglichkeiten der Emotionellen Ersten Hilfe

5.1. EEH in der Schwangerschaft

Es ist von großem Vorteil, dass inzwischen ein Hebammengespräch in der Schwangerschaft über den Mutter-Kind-Pass ermöglicht wird. Dies wäre für psychologische/psychotherapeutische Begleitung ebenso erstrebenswert, um mit aufkommenden Ängsten konstruktiv umgehen zu lernen und etwaige schwierige Vorerfahrungen spätestens jetzt aktiv einzubeziehen, um „sich wiederholende Dramen“ zu verhindern. Ängste bezüglich Schwangerschaft und Geburt sind ein häufiges und normales Phänomen. Bei 6,3 % bis 14,8 % aller schwangeren Frauen in westlichen Ländern tritt sogar eine sogenannte Tokophobie (große Geburtsangst) auf (Nilsson et al., 2018). Damit sind Ängste hinsichtlich einer möglichen Unzulänglichkeit des Körpers, vor unerträglichen Schmerzen während der Geburt, vor Ungewissheit und Verlust der Selbstkontrolle gemeint. Von vielen wird befürchtet, rund um die Geburt nicht angemessen unterstützt zu werden: Diese Ängste können medizinische Interventionen und Komplikationen umfassen und sich bis hin zu Todesängsten steigern. Die Behandlung von Ängsten in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt hat eine zentrale präventive Funktion: Angst vor der Geburt stellt einen der häufigsten Gründe für den Wunsch nach einem elektiven Kaiserschnitt dar und ist ein wesentlicher Risikofaktor für ein negatives oder traumatisches Geburtserlebnis, für die Entwicklung von Symptomen einer PTBS oder postpartalen Depression sowie für die Beeinträchtigung des Bindungsaufbaus mit dem Neugeborenen (Striebich & Ayerle, 2020). Die EEH bietet viele Möglichkeiten, mütterliche Ängste in der Schwangerschaft zu reduzieren. Auf die Notwendigkeit präventiver Ansätze wird von Fachleuten und Betroffenen hingewiesen (Simkin & Hull, 2011). Wie sinnvoll Prävention in diesem Bereich ist, wird u. a. durch eine prospektive Studie aus den Niederlanden untermauert (Huizink et al., 2017): Beinahe alle elterlichen Stresszeichen nach der Geburt (wie depressive Symptome, soziale Isolation, Stress in der Partnerschaft, Probleme im Aufbau der Bindung zum Kind) standen im Zusammenhang mit in der Schwangerschaft bestehenden Ängsten und auch

dem Ausmaß an Angst als Eigenschaft (trait anxiety). Auf der anderen Seite können negative Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes (aufgrund von mütterlichen Ängsten in der Schwangerschaft oder einer postpartalen depressiven Symptomatik) durch Körperkontakt mit der Mutter oder streichelnde Berührung reduziert werden (Norholt, 2020). Schmetterlingszarte Berührungen und Streichungen sind wesentlicher Bestandteil des Angebotes „Bindung durch Berührung“ aus dem EEH-Methodenkoffer.

Die Förderung des vorgeburtlichen Bindungsaufbaues zum Kind im mütterlichen Bauch stellt einen weiteren zentralen Aspekt der EEH-Arbeit in der Schwangerschaft dar. Was die Geburtsvorbereitung anbelangt, kann mit den Methoden der EEH Handwerkszeug erlernt werden, um für die Geburt wichtige Ressourcen mitzubringen und gestärkt in diesen Prozess zu gehen.

5.2. EEH während der Geburt und im Wochenbett

Gerade während der Geburt, wo das Erleben von Geborgenheit, Halt und Sicherheit große Auswirkungen auf das Geburtsgeschehen hat (Odent, 2016), kann durch die EEH für alle Beteiligten ein Feld aufgebaut werden, in dem selbstbestimmtes Gebären erleichtert wird. Techniken wie die Selbstanbindung, das bewusste Atmen, Visualisierungen oder verschiedene Berührungssequenzen können hilfreich sein, um den physiologischen Geburtsvorgang zu unterstützen. Somit würde hintangehalten werden, dass ein erhöhtes Stress- und Schmerzerleben (und mögliche geburtshilfliche Interventionen wie Sectiones oder Epiduralanästhesien) dazu führen, dass die so wichtige Oxytocin-Ausschüttung des Körpers verringert wird. Häufige Folgen davon sind Still-Probleme und ein negativer Einfluss auf die Entwicklung der Mutter-Kind-Interaktion (Ransjö-Arvidson et al. 2002). Gerade wenn sich während der Geburt Probleme entwickeln, ist es hilfreich, wenn die Hebamme/die ÄrztIn/der Arzt für Schutz und Sicherheit sorgen kann. Die werdenden Eltern brauchen eine klare Ansprechperson, die durch Informationen Ängste reduzieren kann. Betroffene berichten häufig über Situationen, in denen der Kontakt abbrach und sie sich hilflos, ohnmächtig und ausgeliefert fühlten. Konnte dies durch eine gute Begleitung verhindert werden, kam es viel weniger zu tiefgreifenden Traumatisierungen.

Nach der Geburt ist es oft sehr entlastend, wenn die betreuende Hebamme als Ansprechperson weiter zur Verfügung steht. In stressvollen Zeiten ist es schwierig, sich auf eine neue, fremde Person einzustellen und für sich Hilfe zu organisieren. Die bereits aus der Schwangerschaft vertrauten Hebammen erleben Mutter, Vater und Baby im häuslichen Umfeld und können wichtige Vernetzungsarbeit leisten. Sei es, dass zusätzlich zu den geplanten Terminen KinderärztInnen, GynäkologInnen oder auch PsychiaterInnen, PsychologInnen oder PsychotherapeutInnen hinzugezogen werden müssen.

5.3. Krisenbegleitung und Geburtsverarbeitung

Durch belastende Situationen in der Schwangerschaft oder schwierige Geburtserlebnisse kann es bei allen Beteiligten zu nachgeburtlichen Krisen kommen. Dabei wird das Schreien des Babys häufig als Trigger erlebt und die Mütter/Väter befinden sich wieder inmitten des Geburtsgeschehens und erleben Gefühle von Ohnmacht, Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein. Mittels ressourcenorientierter Techniken (z. B. Körperberührungen, Visualisierungen, Innere-Helfer-Technik, Kamera-Technik, Nabelschnur-Arbeit, Herzarbeit) werden Familien durch diese Krise begleitet.

5.4. Gruppen in der EEH

Vor Corona-Zeiten war es für viele „frischgebackene“ Mütter (es sind meist die Mütter, die in dieser frühen Zeit die Versorgung des Babys übernehmen) von großer Wichtigkeit, Eltern-Kind-Gruppen aufzusuchen, um sich mit anderen Müttern zu treffen, sich auszutauschen und gemeinsam mit anderen in die neue Rolle hineinzuwachsen. Bei der körperorientierten Bindungsförderung (Bindung durch Berührung) finden die Treffen einmal pro Woche für 2 Stunden statt. Dabei lernen die TeilnehmerInnen, wie es sich anfühlt mit sich selbst verbunden zu sein und wie ihr Körper im akuten Stress (Weinen des Babys, Unruhezustände, Schlafprobleme des Babys) reagiert sowie Möglichkeiten des Umgangs damit. Zu beobachten, wann ihr Baby bereit ist für eine kurze „Schmetterlings“-Berührungseinheit und wann es dem Baby zu viel wird, fördert einen feinfühligem Blick. Die verschiedenen Möglichkeiten der Berührung werden an sich und dem Baby erprobt. Durch diese Erfahrungen kann das Entstehen einer tiefen Verbundenheit zwischen Mutter und Kind gefördert werden.

Anschließend an die „Bindung durch Berührung“-Gruppen können Baby-Beobachtungs-Gruppen besucht werden: Das Konzept für „Bindung und Autonomie“-Gruppen wurde von Ursula Henzinger (2017) auf Basis der EEH entwickelt. In einer ruhigen Atmosphäre wird den Babys bzw. Kleinkindern Raum gegeben. Während dieser Zeit finden keine Gespräche der Mütter untereinander statt, es wird nur mit den Kindern kommuniziert. Die Mütter können beispielsweise wahrnehmen, wie ihr eigenes die anderen Kinder beobachtet, ob und wann es auf andere Kinder zugeht, wie es mit diesen interagiert, was passiert, wenn Spannung auftaucht, weil zwei dieselbe Idee haben. Nicht nur das Beobachten der Kinder, sondern das Wahrnehmen der eigenen Reaktionen als Mutter ist hierbei wichtig. Anschließend erfolgt ein Austausch in der Gruppe darüber, was die Bindungsperson entdecken konnte, was für sie leicht/schwierig war.

Im Rahmen der EEH gibt es noch weitere Gruppenangebote zu verschiedenen Themen: „Babylese“, Frühge-

burtlichkeit, Kaiserschnitt usw. Darüber hinaus werden auch Gruppen für „Verwaiste Eltern“ angeboten, die oft wenig Raum und Möglichkeiten haben, sich mit anderen betroffenen Eltern auszutauschen. Gerade der Verlust eines Kindes in der Schwangerschaft, während oder nach der Geburt ist ein Tabu-Thema, mit dem die Eltern oft alleine bleiben.

Gruppen als „Spielwiese der Erwachsenen“ können ermöglichen, vieles aus einem anderen Blickwinkel betrachten zu lernen, zu reflektieren und eine erstaunliche Vielfalt an Herangehensweisen und Ideen bei anderen Menschen in einem geschützten Rahmen zu beobachten.

5.5. Gespräche zur erneuten Orientierung und Krisenintervention

Wenn Eltern (vor allem Mütter) die EEH bereits als eine hilfreiche Methode kennengelernt haben, kommen sie auch später wieder, bei Fragen und Schwierigkeiten bezüglich des Abstillens, der Eingewöhnung in eine Kinderkrippe, Ängsten und Belastungen in einer nachfolgenden Schwangerschaft usw. Gerade bei diesen Anfragen geht es darum, Erlerntes (Selbstanbindung, den eigenen Körper wahrzunehmen etc.) wieder aufzufrischen, um mit der aktuellen Situation besser klarzukommen.

5.6. Elternschulung

Die Emotionelle Erste Hilfe bietet im Rahmen der Elternschulung Vorträge zu verschiedenen Themen an, wie Babyschlaf, Babyweinen, Stressmanagement, postpartale Depression usw.). Während der Corona-Pandemie werden diese als Online-Vorträge angeboten und gerne angenommen.

6. Erfahrungen aus der Praxis: Fallbeispiele

6.1. Prävention (Schreiprozess-Begleitung in der Gruppe)

Eine junge Mutter kommt mit ihrem 6 Wochen alten Baby in eine „Bindung durch Berührung“-Gruppe, um andere Mütter kennenzulernen und mit ihrem Kind die Schmetterlings-Babymassage zu erlernen. Wichtige Aspekte bei diesen Treffen sind die Selbstanbindung, diese wird durch eine bewusste Bauchatmung und das Erspüren des Körpers etabliert. Erst wenn die Mutter gut bei sich ist, wird das Baby informiert und dann erfolgen erste haltgebende Griffe. Während jeder kurzen Berührungseinheit wird die Mutter angeleitet, genau zu beob-

achten, wie sich diese Berührung für das Baby anfühlen könnte und wie es ihr selbst dabei geht. Sollten kleine Zeichen von Abwehr zu sehen sein, wird gestoppt und dann entweder erneut versucht oder die Berührung verändert. Anschließend wird das Beobachtete besprochen. Durch kleine Visualisierungseinheiten werden positive Augenblicke verstärkt und mit dem Körpererleben verbunden. Dadurch kann eine gute Selbstanbindung direkt gespürt werden.

Oft kommt es im Rahmen dieser Gruppen zu einem sehr tragfähigen Feld, und manche der Babys nützen diese Möglichkeit, um in einen Ausdrucksprozess einzusteigen. Auch wenn diese Situation für die betroffene Mutter, deren Baby schreit, sehr schwierig ist (Gefühle von Scham und Schuld können hochkommen), ist es oft eine wichtige Erfahrung für die anderen Teilnehmerinnen. Diese können beobachten, wie die betreffende Mutter von der Begleiterin angeleitet wird, und ihr Baby nach einem Schreiprozess wieder zur Ruhe kommen kann. Auch diese Erfahrung wird danach gemeinsam besprochen, da bei allen Müttern und Babys eine große Betroffenheit da sein kann, aber auch große Erleichterung, wenn sich das schreiende Baby wieder beruhigt hat (Harms, 2018).

6.2. Krisenbegleitung (Beratung zum Thema Schlaf)

Eine Mutter meldet sich mit ihrem 8 Monate alten Sohn zu einem EEH-Termin an, da sie sehr erschöpft und ausgelaugt sei und ihr Sohn in der Nacht ständig wach werde. Sie habe das Gefühl, dass sie nicht mehr kann und möchte Unterstützung, was das Schlafen ihres Babys anbelangt.

Leon ist ein neugieriges und offenes Baby, er ist gerade dabei, krabbeln zu lernen und geht gut in Blickkontakt. Anfangs bleibt er in der Nähe seiner Mutter, mit der Zeit erobert er den ganzen Raum und ist mit allem beschäftigt, was er entdecken kann. Seine Mutter beschreibt ihn als fröhlich, sie komme gut mit ihm zurecht, allerdings seien die Nächte ein Gräuel. Leon werde zwei-stündlich munter und wolle gestillt werden, anschließend schlafe er sofort wieder weiter. Die Mutter brauche zum Einschlafen viel länger und habe oft das Gefühl, nur zehn Minuten geschlafen zu haben, bis ihr Sohn wieder wach sei. Sie glaube, dass es nicht richtig war, ihn im Elternbett schlafen zu lassen, dass es besser gewesen wäre, wenn ihr Sohn früher ins Bett im eigenen Zimmer übersiedelt wäre. Das Kind ihrer besten Freundin sei einen Monat jünger, werde nicht gestillt und schlafe schon durch. Die Mutter habe auch schon über das Abstillen nachgedacht, allerdings gab es viele Probleme mit dem Stillbeginn und sie und ihr Sohn genießen das Stillen.

In der EEH-Beratung wird zuerst der Auftrag mit der höchsten Priorität für die Mutter herausgearbeitet: Das Thema Schlafen, den Schlafplatz verändern, das Abstillen oder ihre Erschöpfung? Wir einigen uns auf das

Thema des Schlafens ganz allgemein und erkunden ihre gemeinsamen Schlafgewohnheiten. Viele Informationen zum Thema Baby-Schlaf sind der Mutter neu und sie kann besser nachvollziehen, warum ihr Kind öfter wach wird. Wir überlegen Strategien, wie sie in der Nacht reagieren kann, wenn ihr Sohn wach wird, aber auch wie es ihr gelingen kann, wieder selbst zur Ruhe zu kommen. Mit Hilfe der Selbstanbindung und der „Schlafduche“ fühlt sie sich besser gerüstet für die kommenden Nächte. Es folgen noch zwei weitere Treffen, die Erschöpfung der Mutter wird thematisiert. Ein Telefonat nach einem Monat macht klar, dass sie zum jetzigen Zeitpunkt keine Beratung mehr braucht. Mit der Vereinbarung, dass sich die Klientin jederzeit wieder melden kann, wird die Beratung beendet.

6.3. Psychotherapie (nach Verlust der Tochter, während der späteren IVF-Behandlung, in der neuerlichen Schwangerschaft und anschließend mit dem Baby)

Ein Vater meldete sich auf Anraten des Krankenhauses, da er und seine Partnerin Begleitung brauchen. Ihr Kind ist in der 38. SSW verstorben, es sei ein großer Schock und sie wissen nun nicht, wie ihr Leben weiter verlaufen solle. Die Frau befinde sich noch im Krankenhaus, es sei dem Paar allerdings sehr wichtig, dass sie so bald wie möglich einen Termin für eine Psychotherapie bekommen können. Im Krankenhaus wurde das Paar sehr behutsam begleitet, was die stille Geburt betraf, aber auch das Kennenlernen und Verabschieden des Kindes. Es gab schon während des Krankenhausaufenthaltes Unterstützung durch die Gruppenleiterin der „Verwaisten Eltern“ bezüglich Beerdigung und sämtlicher Formalitäten.

Die Frau hatte schon gute Erfahrungen mit Psychotherapie gemacht, als ihr eigener Vater plötzlich verstarb, deshalb kam das Paar schon drei Wochen nach dem Verlust ihres Kindes zu einem ersten Termin. Anfangs gemeinsam, dann hatte der Vater das Gefühl, für ihn passe es jetzt, er würde aber jederzeit dazukommen, wenn es für ihn oder seine Partnerin wichtig sei.

In den ersten Monaten war es wichtig, der Trauer Raum zu geben und die Panikattacken der Klientin in den Griff zu bekommen. Da es in der Familie der Frau schon einige Verlusterfahrungen gab, wurden auch diese zum Thema. Ihr verstorbenes Kind war in jeder Stunde präsent. Es wurde auch nach Ressourcen gesucht und wie diese wieder lebbar werden könnten. Ein wichtiges Thema war, wann das Paar wieder bereit sein würde, sich auf eine neuerliche Schwangerschaft einzulassen. Dies wurde erst nach einem Jahr überhaupt wieder vorstellbar. Da schon die erste Schwangerschaft mittels IVF entstanden war, konnten sie auch diesmal nur mit medizinischer Hilfe auf eine erneute Schwangerschaft hoffen. Während des ganzen Prozederes und während der Schwangerschaft wurde die Familie – insbesondere die Frau –

psychotherapeutisch unterstützt. Ein wichtiges Thema dabei war immer, welchem Kind wann wie viel Aufmerksamkeit geschenkt wird. Die Klientin hatte große Angst, ihrem verstorbenen Kind nicht mehr genügend Zeit und Zuwendung zukommen zu lassen, was sie daran hinderte, sich auf ihr Ungeborenes in ausreichendem Maße einzulassen. Mittels körperpsychotherapeutischer Maßnahmen lernte sie, schon im Bauch in einen guten Kontakt mit dem ungeborenen Kind zu gehen und sich gut auf die Geburt vorzubereiten. Diese verlief leider dramatisch, ihr Kind kam viel zu früh per Kaiserschnitt zur Welt. Nach der Geburt wurde die Familie noch ein halbes Jahr traumapsychotherapeutisch mittels verschiedener EEH-Methoden begleitet. Es wurde bei jedem Termin darauf geachtet, wer momentan am meisten Bedarf hatte – die Mutter, der Vater oder das Baby.

Während der gesamten Zeit hatten die Eltern immer die Möglichkeit, einmal pro Monat die Gruppe „Verwaiste Eltern“ zu besuchen. Gerade der Austausch mit anderen Betroffenen war eine äußerst wichtige Ergänzung zur psychotherapeutischen Arbeit.

7. Fazit und Ausblick

Menschen zu begleiten, die in die Rolle als Vater oder Mutter hineinwachsen oder als Kind gerade auf die Welt gekommen sind, birgt eine große Chance für Wachstum und Heilung für die betroffenen Eltern und gleichzeitig eine lebenslange Ressource für das Kind. In dieser Transitionsphase ist das System Familie besonders offen für Einflüsse – die gesundheitsfördernden und heilsamen Maßnahmen bieten eine Entwicklungsmöglichkeit für alle Beteiligten, egal an wen sich das Angebot primär richtet. Der Wirtschafts-Nobelpreisträger James J. Heckman drückt die Kosteneffizienz von früherer Unterstützung von Kindern (und Familien) in Zahlen aus: Pro investiertem Euro kommen etwa 8 Euro zurück (Garcia, 2017). In diesem Sinn „zahlt“ sich EEH auf unterschiedliche Art und Weise „aus“ und stellt eine vielseitig einsetzbare Methode in einem spannenden Arbeitsfeld dar, das nach wie vor zu wenig im Blick der Gesellschaft ist.

Literatur

- Bauer, J. (2006). Warum ich fühle, was du fühlst: Intuitive Kommunikation und Spiegelneurone. München: Heyne.
- Bauer, J. (2019). Wie wir werden, wer wir sind: Die Entstehung des menschlichen Selbst durch Resonanz. München: Blessing.
- Brisch, K. H. & Hellbrügge, T. (Hrsg.) (2003). Bindung und Trauma. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P. & Applebaum, S. (2008). New Mothers Speak Out. National Survey Results Highlight Women's Postpartum Experiences. New York: Childbirth Connection.

- Deyringer, M. (2016). Bindung durch Berührung. Schmetterlingsmassage für Eltern und Babys. Gießen: Psychozial-Verlag.
- Garcia, J. L., Heckman, J. J., Leaf, D. E. & Prados, M. J. (2017). Quantifying the Life-cycle Benefits of a Prototypical Early Childhood Program. NBER Working Paper No. 23479 June 2017, Revised February 2019. Zugriff am 4.12.2021 unter <https://heckmanequation.org/www/assets/2017/01/w23479.pdf>.
- Harms, T. (2013). Eltern-Baby-Körperpsychotherapie im Spannungsfeld von Trauma und Bindung. In M. Thielen (Hrsg.), Körper – Gruppe – Gesellschaft. Neue Entwicklung in der Körperpsychotherapie (S. 233-256). Berlin: Psychozial-Verlag.
- Harms, T. (2016). Emotionelle Erste Hilfe. Bindungsförderung – Krisenintervention – Eltern-Baby-Therapie. Gießen: Psychozial-Verlag.
- Harms, T. (2016). Grundlagen und Methoden der Eltern-Säugling-Körperpsychotherapie. Körper-Tanz-Bewegung, 4. Jg., 2-16.
- Harms, T. (2018). Keine Angst vor Babytränen. Gießen: Psychozial-Verlag.
- Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E. & Glaesmer, H. (2011). Misshandlungen in Kindheit und Jugend. Deutsches Ärzteblatt, 108 (17), 287-294.
- Henzinger, U. (2017). Bindung und Autonomie in der frühen Kindheit: Humanethologische Perspektiven für Bindungstheorie und klinische Praxis. Gießen: Psychozial-Verlag.
- Hildebrandt, S., Schacht, J. & Cotiga, A. (2021). (Hrsg.) Geburtshilfe im Wandel. Traumatische Geburtserfahrung als lebenslanger Belastungsfaktor – Gesunde Geburtserfahrung als lebenslange Ressource. Heidelberg: Mattes.
- Huizink, A. C., Menting, B., De Moor, M. H. M., Verhage, M. L., Kunseler, F. C., Schuengel, C. & Oosterman, M. (2017). From prenatal anxiety to parenting stress: a longitudinal study. Archives of Women's Mental Health 20, 663-672.
- Kabat-Zinn, J. (2013). Gesund durch Meditation. München: Knauer.
- König, M. (2021). Unterstützungsmöglichkeiten für werdende Mütter mit frühen sexuellen Gewalterfahrungen. In S. Hildebrandt, J. Schacht & A. Cotiga (Hrsg.), Geburtshilfe im Wandel (S. 110-124). Heidelberg: Mattes.
- Nilsson, C., Hessman, E., Sjöblom, H., Dencker, A., Jangsten, E., Mollberg, M., Patl, H., Sparud-Lundin, C., Wigert, H. & Begley, C. (2018). Definitions, measurement and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. BMC Pregnancy and Childbirth 18 (1), 1-15.
- Norholt, H. (2020). Revisiting the roots of attachment: A review of the biological and psychological effects of maternal skin-to-skin contact and carrying of full-term infants, Infant Behavior and Development, 60, 1-19.
- Odent, M. (2016). Es ist nicht egal, wie wir geboren werden. Risiko Kaiserschnitt. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Porges, S. (2010). Die Polyvagal-Theorie. Emotion. Bindung. Kommunikation und ihre Entstehung. Paderborn: Junfermann.
- Ransjö-Arvidson, A. B., Matthiesen, A. S., Lilja, G., Nissen, E., Widstrom, A. M., Uvnäs Moberg, K. (2002). Maternal Analgesia During Labor Disturbs Newborn Behavior: Effects on Breastfeeding, Temperature, and Crying. Birth 28, 5-12.
- Rizzolatti, G. (2008). Empathie und Mitgefühl. Die biologische Basis des Mitgefühls. Berlin: Suhrkamp.
- Simen, S. & Schwab, S. (2021). Zusammenhänge von Traumatisierung, Schwangerschaftserleben, Geburtserleben und Feinfühligkeit im Umgang mit dem Kind. In S. Hildebrandt, J. Schacht & A. Cotiga (Hrsg.), Geburtshilfe im Wandel (S. 24-31). Heidelberg: Mattes.
- Simkin, P. & Hull, K. (2011). Pain, Suffering, and Trauma in Labor and Prevention of Subsequent Posttraumatic Stress Disorder. The Journal of Perinatal Education 20 (3), 166-176.
- Striebich, S. & Ayerle, G. M. (2020). Große Angst vor der Geburt bei schwangeren Frauen in Deutschland: Erfahrungen und Orientierung in Bezug auf die Schwangerenbetreuung und die Geburtsvorbereitung – eine rekonstruktive Studie. Zeitschrift für Hebammenwissenschaft 7, 1-24.
- Terry, K. (2014). Vom Schreien und Schmusen, vom Weinen zur Wonne: Babys verstehen und heilen. Wien: Axel Jentzsch.
- Thombs, B. D., Bernstein, D. P., Ziegelstein, R. C., Scher, C., Forde, D. R., Walker, E. A. & Stein, M. B. (2006). An evaluation of screening questions for childhood abuse in 2 community samples: implications for clinical practice. Archives of Internal Medicine, 166 (18), 2020-2026.
- Uvnäs Moberg, K. (2016). Oxytocin, das Hormon der Nähe. Berlin: Springer.
- Uvnäs Moberg, K. & Petersson, M. (2005). Oxytocin, ein Vermittler von Antistress, Wohlbefinden, sozialer Interaktion, Wachstum und Heilung. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 51 (1), 57-80.

Autorinnen

Notburga Egerbacher-Anker

ist Psychotherapeutin (Systemische Familientherapie), Säuglings-, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin, EEH-Therapeutin für Eltern und Babys, Therapeutin für Bindungsorientierte Körperpsychotherapie, Referentin, Supervisorin und Ausbildungsleiterin für Emotionelle Erste Hilfe Österreich.



Morsbach 41
A-6330 Kufstein
kontakt@babybegleitung.tirol
www.babybegleitung.tirol
www.zoi-tirol.at

Mag.^a Regina Kamper

ist Klinische Psychologin (Spezialisierung Notfallpsychologie) und Gesundheitspsychologin, EEH-Fachberaterin (in Ausbildung), Pränatal- und Geburtspsychologin sowie Psychoonkologin.



Ortsstraße 36
A-2724 Hohe Wand-Maiersdorf
regina.kamper@gmx.at
www.psychnet.at/reginakamper
www.emotionelle-erste-hilfe.org