

Fördert oder behindert die Institution „Krankenhaus“ den Bonding-Prozeß zwischen Mutter und Kind?

E.-M. Müller-Markfort

Ahlen, Deutschland

Abstract

A midwife reports about the way in which the customary practice of examination during pregnancy and the usual course of events in the delivery room and during the weeks following childbirth have an extremely negative influence. The experience of pregnancy and birth is disrupted and strained by feelings of uncertainty and anxiety induced in the mother. Consequently, self-awareness seminars and psychological instruction for all those involved in the various aspects of birth is called for, as well as more importance to be given to the role of midwives. Interdisciplinary supervision groups seem to be important in this context. The women themselves are encouraged to develop more self-confidence and to assume more personal responsibility.

Zusammenfassung

Eine Hebamme berichtet über die erheblichen negativen Einflüsse der üblichen Praxis der Untersuchungen während der Schwangerschaft und der üblichen Abläufe im Kreißsaal und während der Wochenbettzeit. Hierdurch entstehen Störungen und Belastungen der Schwangerschaft und der Geburt durch Verunsicherung und Ängstigung der Mütter. Als Konsequenz werden fundierte psychologische Selbsterfahrung und Ausbildung von allen, die „rund um die Geburt“ tätig sind und eine Aufwertung der Position der Hebamme gefordert. Wichtig sind ebenso interdisziplinäre Supervisionsgruppen. Die

Correspondence to: Eva-Maria Müller-Markfort, Hebamme, Wallstraße 17, D-59227 Ahlen

Vortrag auf der 4. Arbeitstagung der ISPPM „Die pränatale Beziehung und die elterliche Individuation“, Heidelberg, 2.–4.10.1992.

Frauen werden zu mehr Selbständigkeit und Eigenverantwortung ermutigt.

Einleitung

Die letzten zwei Tage haben wieder sehr deutlich gezeigt, wie wichtig die körperliche und seelische Interaktion zwischen Mutter und Kind für die normale Entwicklung des Ungeborenen ist, und welche zum Teil verheerenden Folgen die Interferenz mit bzw. die Suppression oder Distortion dieses fein abgestimmten Prozesses für das weitere Leben des Menschen haben kann.

Es kann also gesagt werden, daß alles, was in irgendeiner Weise den natürlichen Ablauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett stört, das Kind langfristig beeinträchtigen kann und somit einen direkten Einfluß auf unsere Gesellschaft hat.

Ronald D. Laing schrieb schon vor zehn Jahren in einem leider unveröffentlichten Brief an den "Daily Telegraph": „Gibt es eine Verbindung zwischen der Art und Weise, wie wir geboren werden, und der derzeitigen Gewalttätigkeit?“

Gerade in der heutigen Zeit ist diese Frage aktueller denn je, und für mich persönlich besteht kein Zweifel daran, daß diese Frage mit „Ja“ beantwortet werden muß. Im weiteren Verlauf dieses Exposés möchte ich versuchen, meine Gedanken darzustellen.

Vorüberlegung

Wie nun äußert sich dieses „Gewaltantun“?

- a) Die Entwicklung des Bonding-Prozesses wird in der Schwangerschaft gestört, und dadurch wird Einfluß auf Geburt und Wochenbett genommen.
- b) Die Geburt selbst wird zum negativen, traumatisierenden Erlebnis.
- c) Das Kind selbst wird körperlich und seelisch „mißhandelt“ – nicht seinen Bedürfnissen entsprechend behandelt.

Die „andere“ Wirklichkeit der Schwangerschaftsuntersuchungen

Sehen wir uns nun an, wie die Mehrzahl der werdenden Mütter hier bei uns zum großen Teil ihre Schwangerschaft erlebt. Wenn eine Frau glaubt, schwanger zu sein, geht sie zum Arzt, welcher ihr die schon erfüllte Schwangerschaft bestätigt. Und so betritt sie diesen Teufelskreis, diese sich zuspitzende Spirale von Hoffnung, Angst, Untersuchungen jeglicher Art: Wieder Hoffnung, alles möge „in Ordnung“ sein, wieder Angst, weil hier und da ein „Wert“ nicht DIN-konform ist, erneute Untersuchung, Verdacht auf „...“, erneute Ängste, angebliche Risiken wie Kopf zu groß, zu klein, Kind über-/untergewichtig, vermehrte Untersuchungen, „das wird bestimmt ein Kaiserschnitt werden“ (Prognose im sechsten Monat), „hoffentlich geht's nicht über den Termin, es ist ja schon so groß“ (heißt: Wie soll das da nur rauskommen?), mehr Angst, Bluthochdruck, vorzeitige Wehen, Risiko, Ultraschall bei jeder Untersuchung (bei ca. 30 % der Frauen), Angst

und Hoffnung, Gefühle des Versagens, des Nicht-gut-genug-seins für das eigene Kind.

In Anbetracht dessen, daß ja ca. 90 % aller Frauen eine normale Schwangerschaft haben, aber nur ca. 10 % der Frauen wirklich unbehelligt von Angstmacherei diese Schwangerschaft erleben, muß doch gesagt werden, daß hier irgendetwas nicht stimmt!

Aus der Palette der Untersuchungsmethoden möchte ich noch gerne den Ultraschall herausheben: So, wie er jetzt angewandt wird, bringt er mehr Negatives als Positives. Die Ungefährlichkeit ist immer noch nicht hundertprozentig bewiesen, Diagnosen sind nicht 100 % zuverlässig, und von daher sollte er, wie überhaupt alle Untersuchungsmethoden, nur bei begründeter Indikation angewandt werden.

Zur Zeit artet der Ultraschall hie und da ja schon zur Volksbelustigung aus, im Video mit nach Hause genommen – abartig meines Erachtens! Und ein anderer Punkt kommt da noch zum Tragen und sollte nicht unterschätzt werden – ich zitiere Frau Heider, Bremen: „Der Ultraschall ist weit mehr als eine diagnostische Methode zu Beginn der Schwangerschaft vorgenommen, entweder zur Feststellung der Schwangerschaft oder zur Terminbestimmung, wird die Frucht lange bevor sie spürbar wird für die Frau, scheinbar herausgeholt aus ihrem Körper, wird zum eigenen *Objekt*, das anhand vorgegebener Normen bewertet wird.“

Im Nu wird dann aus dem „Objekt“ der „Fet als Patient“, quasi eine eigenständige Person, mit eigenen Rechten, und Anspruch auf u. a.: „Zugang zu den modernsten Techniken der antenatalen Bewertung, zur chirurgischen und Pharmako-Therapie, zu den neuesten Methoden der Datenverarbeitung.“

So beschlossen von den PerinatalmedizinerInnen auf ihrem 7. Kongreß im August 1991 in Bonn. D. h., der Fötus wird zur Person erklärt, die Frau bestenfalls zum Behältnis – austauschbar bald, ersetzbar – oder, schlimmer, zur Gefahr für ihr Kind. Was einst die Geborgenheit im Mutterleib war, ist heute ein Zustand der Bedrohung und erfordert den Schutz durch Dritte – die Mutter, quantité négligeable, lästige Hülle, die man irgendwie noch wegrationalisieren muß. Die gläserne Gebärmutter läßt grüßen!

Oder andersherum gefragt: Wie kommt es, daß z. B. in Hessen in 1991 68 % der Frauen als Risikoschwangere geführt wurden? War dies wirklich „nur“, um die Betreuung durch eine Hebamme und eventuell eine Hausgeburt zu verhindern, oder spielen da noch andere Überlegungen mit?

Nun sind es ja gerade oft die Diagnostikmethoden, die das Ungeborene krank machen:

- Dünndarmverklebungen durch den Farbstoff Methylenblau, der bei Fruchtwasseruntersuchungen benutzt wird;
- Chorionzottenbiopsien können deformierte Kiefer und Gliedmaßen nach sich ziehen;
- vermehrte Atemschwierigkeiten Neugeborener nach Amniozentese,
- Ohren- bzw. Hörschäden durch die intra-uterine Druckveränderung nach Fruchtwasserentnahme.

Immer mehr und immer invasivere Kontrollen sind wohl nicht die Antwort auf die natürlichen Ängste der Frauen, ja, vermehren diese eher noch.

Die Frau als Ganzes anzunehmen, und ihr ein angemessenes Umgehen mit ihrer Angst anzubieten, wird sicher eher helfen, diese Ängste auf ein realistisches Maß zurückzuführen.

Ich zitiere noch einmal Frau Heider: „Immer mehr Untersuchungen können zwar vordergründig eine Erleichterung bringen; die zugrundeliegenden Ängste können jedoch dadurch nicht behoben werden, wenn sie nicht eine gesonderte, angemessene Bearbeitung erfahren. Diese scheinbare Sicherheit hat also einen hohen Preis. Die Schwangerschaft ist eine entstehende und wachsende Beziehung zwischen der Frau und ihrer Frucht. Wenn dieser *Beziehung* nicht genug Aufmerksamkeit geschenkt wird, sondern die beiden Objekte immer wieder überprüft werden, liegt es nahe, daß sich diese Beziehung nicht ungestört entwickeln kann.“

Noch zu erwähnen wäre die steigende Rate der Krankenhauseinweisungen Schwangerer u.a. wegen Bluthochdrucks und sogenannter vorzeitiger Wehen: Zwei Krankheitsbilder, die zum größten Teil seelischen Ursprungs sind, aber in allen Fällen rein medikamentös behandelt werden – und dies völlig sinnlos! Hier eine Kurzmeldung aus „Der Spiegel“ 37/1992:

Wehenhemmer ohne Wirkung

Wegen ihrer teils schweren Nebenwirkungen – Herzrasen, Schwindel oder auch Lungenödeme – sind wehenhemmende Medikamente längst umstritten. Dennoch werden die sogenannten Beta-Sympathomimetika schwangeren Frauen häufig schon bei den geringsten Kontraktionen der Gebärmutter verordnet.

Daß Frühgeburten damit nicht verhindert werden können und das lange Liegen am Wehenhemmertropf nutzlos ist, haben kanadische Mediziner in einer großangelegten Vergleichsstudie nachgewiesen. Die Gynäkologen überprüften die Wirkung des in den USA und in Kanada gebräuchlichsten Wehenhemmers Ritodrine (deutscher Marktführer: Partusisten) an 708 Freiwilligen, die wegen vorzeitiger Wehen an sechs Universitätskliniken behandelt wurden. Die Frauen erhielten in Form einer Veneninfusion Ritodrine oder ein Traubenzuckerscheimedikament. Die Entbindung, so berichten die Ärzte im „New England Journal of Medicine“, konnte mit Hilfe des Wehenhemmers zwar um 24 bis 48 Stunden hinausgezögert werden, auf die Gesamtdauer der Schwangerschaft hatte das Mittel jedoch keine Auswirkung. Auch habe der Ritodrine-Tropf weder Einfluß auf die Sterblichkeit der Neugeborenen noch auf ihr Gewicht gehabt.“

Noch eine weitverbreitete Unsitte ist die Fruchtwasserspiegelung gegen Ende der Schwangerschaft – absolut nicht aussagekräftig, wie auch von Ärzten zugegeben wird, und trotzdem zum Repertoire frauenärztlicher Routineuntersuchungen gehörend. Dies bedeutet, daß auch bei noch geschlossenem Muttermund versucht wird, ein 1 – 1½ cm dickes Rohr durch die Öffnung zu zwängen, was den Frauen wahnsinnige Schmerzen bereitet, Wehen auslösen kann, und mitunter zu einem vorzeitigem Blasensprung führt. Im Nachhinein stellt sich eventuell eine Schmierblutung ein, die wiederum Angst auslöst, oder die Frau aus Unkenntnis ins Krankenhaus treibt.

Einmal der Termin überschritten, müssen die Frauen jeden zweiten Tag – und bei manchen Ärzten jeden Tag – eine Fruchtwasserspiegelung, ein CTG, d.h. elektronische Aufnahme der kindlichen Herztöne und mütterlichen Wehen, und eine vaginale Untersuchung über sich ergehen lassen – wozu, wenn die Schwangerschaft normal verlaufen ist?

Die „andere“ Realität des Kreißsaals

So kommt also die Frau, nachdem sie neun Monate lang schon so einiges mitgemacht hat, mit Wehen ins Krankenhaus. (Ich gehe wiederum von der normalen Schwangerschaft/Geburt aus.) Je nachdem, in welches Krankenhaus sie kommt, wird sie mehr oder weniger der ganzen Palette unserer „Möglichkeiten“ unterworfen:

- Sie bekommt einen Einlauf, eine Rasur, wird nüchtern gehalten, und ein Venenzugang wird gelegt – klassische Vorbereitung auf eine Operation!
- Einschränkung der Mobilität durch CTG-Kontrollen bis hin zur Dauerkontrolle, am besten liegend im Bett, das erleichtert den Hebammen die Arbeit, und sie können den ab und zu hereinschauenden Ärzten ein schönes CTG vorzeigen;
- Verbot eines Entspannungsbades aus irgendwelchen fadenscheinigen Gründen;
- Setzen einer Periduralanästhesie, d.h. die Frau ist von der Taille abwärts gelähmt;
- Cervixdilatation zur Beschleunigung der Geburt;
- erhöhter Gebrauch von Schmerzmitteln (Tramal, Monzal, Dolantin, Fortral);
- Wehenmittelgabe;
- die Kreißende wird passiv gehalten und abhängig, dies erzeugt oft
- eine verkorkste Austreibungsphase, in der nachgeholfen werden muß durch
- Dammschnitt,
- Kristellern, d.h. ein sehr gewalttätiges Pressen auf den Bauch, um das Kind passiv herauszuquetschen.

Hat die Frau das Pech, noch bevor die Wehen einsetzen einen Blasensprung zu bekommen, sieht das Szenario etwas anders aus: Schon in der Schwangerschaft wird ihr gesagt, daß sie in diesem Falle unbedingt *sofort* ins Krankenhaus gehen muß, u.a. wegen der Infektionsgefahr. Die Mutter wird also wieder zum Gefahrenherd für ihr Kind! Dabei lauert die Gefahr ja gerade im Krankenhaus mit seiner bunten Palette von Keimen aller Art – und den Hebammen und Ärzten, die ganz versessen darauf sind, die Frau immer wieder zu untersuchen und so eine Infektion erst begünstigen.

Die Frau ist jetzt auch im Zugzwang und steht unter Zeitdruck – sie muß innerhalb von einigen Stunden Wehen produzieren! Ansonsten wird die Geburt mit Minprostin und eventuell Wehentropf eingeleitet – mit allen Konsequenzen, die damit heraufbeschwört werden.

Eingeleitet werden natürlich auch die Geburten der Frauen, die den Geburtstermin überschreiten: Früher waren 14 Tage vor oder nach dem errechneten Termin immer noch „Termin“; heute werden Frauen auch schon mal 3 – 5 Tage nach Termin eingewiesen – „zur Beobachtung“.

Dies bedeutet, sie liegen im Bett, wissen nicht, was kommt, langweilen sich, ängstigen sich, zweifeln an sich, an ihrem Körper, schränken ihre Mobilität ein, sorgen sich um Mann und eventuell Geschwisterkinder zu Hause – und wir tun nichts, außer beobachten, was immer man darunter versteht! Es werden pro Tag zweimal die Herztöne und nicht vorhandene Wehen kontrolliert – das ist alles. Zum Schluß steht die Frau kurz vor dem Krankenhauskoller. Frau, Hebamme, Arzt gehen sich gegenseitig auf die Nerven, und es wird, um irgendwas zu tun, vielleicht ein Belastungstest gemacht, vielleicht Minprostin eingelegt – irgendwie muß man diesen Uterus doch zum Wehen bringen! Und so nimmt das Unheil dann oft seinen Lauf, und das Ganze endet mit einem Kaiserschnitt.

Zum Thema Kaiserschnitt bei Erstgebärenden wegen einer Beckenendlage des Säuglings muß noch gesagt werden, daß dieser oft der Bequemlichkeit halber in die 38. – 39. Schwangerschaftswoche vorverlegt wird, weil es so besser ins OP-Programm eingebaut werden kann. „So können wir das schön in Ruhe machen“, wird den Frauen gesagt, und diese fühlen sich besonders umsorgt. Es heißt aber, daß die Kinder zwei bis vier Wochen vor ihrem physiologischen Geburtstermin mit Gewalt aus dem Bauch ihrer Mutter gezerrt werden. Ich glaube kaum, daß das für das Seelenleben des Kindes optimal ist!

Das Traurige an der Sache ist ja auch, daß die Hebammen, die noch lernen, wie frau eine Beckenendlage entwickelt (und die Alten haben es jahrelang gemacht) – die Hebammen dürfen es nicht mehr, aber die Ärzte, die es dürfen, können es nicht, und weil es ihnen deswegen zu bedrohlich erscheint, werden diese Kinder heute alle per sectio auf die Welt geholt.

Wir gehen nun zurück zu der Geburt im Kreißsaal – wie ist es da wohl dem Kind ergangen? Welche sanfte Landung haben wir ihm da vorbereitet? Wie sehr wird es sich willkommen fühlen?

- Alles, was die Mutter körperlich erdulden muß (s.o.), hat einen direkten Einfluß auf das Kind;
- es gibt Untersuchungen über den negativen Effekt von Wehenmitteln unter der Geburt;
- es gibt Untersuchungen, die einen Zusammenhang von Schmerzmittelentnahmen unter der Geburt und Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen aufzeigt;
- Ruhigstellung der Mutter vermindert die Sauerstoffzufuhr zum Kind;
- in vielen Häusern wird noch routinemäßig eine Kopfschwartenelektrode angelegt, welche mittels einer Doppelspirale in die Kopfhaut des Kindes eingeschraubt wird – das *muß* wehtun!
- In vielen Häusern wird routinemäßig die Mikroblutuntersuchung, eventuell mehrere Male, durchgeführt; dazu wird mit einem Skalpell die Kopfhaut des Kindes eingeschnitten und Blut abgesaugt – in beiden Fällen steckt das Kind fest im Geburtskanal und kann den Kopf nicht wegdrehen, kann sich nicht wehren – kann noch nicht mal schreien!

- In beiden Fällen muß vorher die Fruchtblase gesprengt werden;
- bei nicht-physiologischem Geburtsverlauf erhöht sich die Zahl der Zangen- und Saugglockengeburten. (Druck der Saugglocke auf den kindlichen Kopf: 8 kg pro cm² – die Glocke Nr. 6, die am meisten gebraucht wird, hat eine Fläche von 20 cm²!)
- Routinemäßiges Absaugen des Kindes sofort nach der Geburt, obwohl dies nicht nötig ist: „Routinemäßiges Absaugen ist nicht angebracht. Die vagale Reizung kann sogar zur Bradycardie führen.“ Deutsches Ärzteblatt, 16.2.1989. Und die Saubermänner und -frauen pumpen dann gleichzeitig noch den Magen leer – rein und raus, rein und raus –, und dann kann man ja auch noch mal kurz 1 – 2 Mal in die Trachea 'reingehen, vielleicht ist da noch etwas Fruchtwasser zu holen. Und das alles mit dem Absauger dickeren Kalibers, der *nur* zum Absaugen der Mundhöhle gedacht ist.
- Zu frühes Durchtrennen der Nabelschnur – es wird nicht das Ende der Nabelschnurpulsaktion abgewartet.
- Oft nochmaliges Absaugen – das Kind hustet vielleicht oder atmet unnatürlich, geschockt, verletzt vom ersten Absaugen; dies wird aber nicht erkannt.
- Oft sehr frühe erste Untersuchung, Minuten nach der Geburt, Kontrolle aller Reflexe, anstatt das Kind bei der Mutter zu belassen, damit es sich von der Geburt erholen kann.
- Oft nochmalige Blutentnahme an der Ferse, um den pH-Wert des Blutes zu bestimmen, auch bei gesunden Neugeborenen.

Es versteht sich, daß diese Dinge sehr nützlich sein können, dort, wo sie angebracht sind – ich prangere hier nur den gedankenlosen, routinemäßigen Mißbrauch an. Es ist erstaunlich, was Mütter und Kinder alles aushalten – manchmal hat man nicht so sehr das Gefühl, der Geburt eines Menschen beizuwohnen, sondern man ist eher an die Schlachthöfe von Chicago erinnert – es gibt Geburten, die vergißt man sein Leben lang nicht! Gottseidank sind sie jedoch in der Minderzahl.

Aber da sind die vielen „normalen“ Geburten mit der ganz alltäglichen, „normalen“ Gewalt, an die man sich so gewöhnt hat, daß man sie schon gar nicht mehr wahrnimmt. Und solange sich das nicht ändert, brauchen Sie sich keine Sorgen um Ihre Existenz zu machen. Die heutige Geburtsmedizin liefert Ihnen weiterhin immer mehr gestörte, unangepaßte, verängstigte, unsichere Menschen.

Denn in den Krankenhäusern herrscht die Angst, und mit Angst werden Menschen gefügig gemacht.

Die „andere“ Realität des Wochenbetts

Die Verunsicherung und Verängstigung der Mütter setzt sich auf den Wochenstationen fort, wo doch nun endlich Mutter und Kind zusammenfinden sollten:

- Babys werden über Nacht und auch tagsüber den Müttern fortgenommen „zur Kontrolle“ (Whose-Baby-Syndrom nach W. E. Freud);

- Babys werden oft als unterkühlt dargestellt (kalte Händchen!) und im Säuglingszimmer ins Wärmebett gelegt anstatt der Mutter auf den Bauch;
- oft wird gleich nach der Geburt das erste Fläschchen Glukose gegeben.

Konsequenzen

Was wäre zu tun?

- Alle Berufsgruppen, die „rund um die Geburt“ tätig sind, sollten eine fundierte psychologische-psychotherapeutische Zusatzausbildung haben, um mit den tagtäglichen kleinen Problemen besser umgehen zu können.
- Jede/r in dieser Berufsgruppe sollte sich einer Analyse unterzogen haben (warum bin ich Hebamme, Gynäkologin, Säuglingsschwester geworden?)
- Die außerklinischen Geburtsmöglichkeiten sollten mehr gefördert werden (Hausgeburt, Praxisgeburt, Geburtshäuser).
- Egal, wo sie stattfindet – die normale Geburt sollte wieder von einer Hebamme in alleiniger Verantwortung begleitet werden – sie ist die einzige Fachfrau hierfür.
- In den Krankenhäusern sollte die Wöchnerinnenstation von einer Hebamme geleitet werden.
- Die Säuglingszimmer sollten geschlossen werden.
- Fortbildungswillige MitarbeiterInnen sollten gezielt gefördert werden auf allen Ebenen.
- Interdisziplinäre Supervisionsgruppen sind längst überfällig – die Zusammenarbeit ist oft katastrophal bzw. nichtexistent.

Und zum Schluß müssen sich auch die Frauen ändern – anstatt angepaßt, passiv zu sein, sollten wir ihnen Mut machen, selbständiger zu werden, einen Teil der Verantwortung bewußt zu übernehmen. Dann kann die Geburt eines Kindes vielleicht als letztes großes Abenteuer im 20. Jahrhundert angesehen werden und sie in ihrem Reifungsprozeß ein kleines bißchen weiterbringen.

Schließen möchte ich mit einem Wort von Gerlinde Unger: „Wenn Frauen das gängige Modell von Schwangerschaft und Geburt in sich aufnehmen, lassen sie zu, daß ihre Ängste die Oberhand gewinnen über ihr Wissen, daß das Leben insgesamt ein Risiko ist, dennoch aber voll gelebt werden muß – nicht mit unvernünftiger Vorsicht, sondern mit vernünftiger Umsicht.“

Literatur

Laing, R.D. (1991). Letter to the Sunday Telegraph, March 1992. Aus: International Home Birth Movement, *Newsletter* Spring 1991

Schwangerschaftsdiagnostik:

New Scientist 23.03.1991; *GID* 57, 14.07.1990; *öko-Test Magazin* 02-91;

J. Frühauf, Info 01-91 des BfHD

M. Heider, Gynäkologin, Bremen, in Info-Blatt des BfHD 04-91

(BfHD = Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands)

Kloostermann (1989). Vortrag auf dem Kongreß „Gebären in Sicherheit und Geborgenheit“, Zürich

- Wagner, M. (1991). Regional Officer WHO für Europa – Abteilung: Sicherheit für Mutter und Kind, „Ein menschlicherer Umgang mit der Geburt“. Vortrag auf der „Journéee Geburt und Freiheit“, Toulouse
- Kennel and Klaus (o.J.). *Die Mutter-Kind Bindung*. Über die Folgen einer frühen Trennung. dtv Taschenbuch 15033
- Unger, G. (1990). Info-Blatt BfHD 04-90
- Kelm-Kahl, I. (o.J.). *Hausgeburt*. rororo Sachbuch 8762
- Kuntner, L. (o.J.). *Die Gebärhaltung der Frau*. H. Marseille
- Fedor-Freybergh, P. (1987). *Pränatale Psychologie und Medizin*. Saphir
- Freud, W.E. (1990–91). Das „Whose-Baby“ Syndrom. In: Stauber, M. et al. (eds.) *Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie*. Springer, pp. 123–137
- Verny, R.T. (1992). Obstetrical Procedures. A Critical Examination of their Effect on Pregnant Women and their Unborn and Newborn Children. In: Klimek, R. (ed.) *Pre-Peri-Natal Psycho-Medicine*. Cracow