

## Wendepunkt Geburt - Unvereinbarkeit von Frau- und Muttersein als Gesundheitsrisiko in westlichen Industrieländern

### Turning Point Birth - The Incompatibility of Being a Mother and a Woman as a Health Risk in Western Industrial Countries

Joachim Bensel & Gabriele Haug-Schnabel

**Zusammenfassung:** Der Übergang zur Mutterschaft gehört zu den kritischen Lebensereignissen. Er kann in westlichen Ländern mit dem Wechsel von einer gesellschaftlich akzeptierten und integrierten Position der Frau hin zu einer zweitklassigen Stellung, verbunden mit sozialer Desintegration und persönlicher Verunsicherung, einhergehen. Übergangsriten, die in traditionellen Gesellschaften noch anzutreffen sind, fehlen weitgehend. Die mütterliche Kompetenz, die ererbten intuitiven Geburts- und Betreuungskompetenzen werden von Spezialisten mit erlernter Berufskompetenz nicht beachtet oder in Frage gestellt. „Kranken“häuser regeln Geburtszeitpunkt und verlauf, Rhythmusfindung und Nahrungsbedarf für das gesunde Mutter-Kind-Paar. Der Erfolg der gesellschaftlichen Wiedereingliederung nach der Geburt eines Kindes hängt fast ausschließlich von den persönlichen Anstrengungen der Mutter ab.

Verschiedene psychosomatische Reaktionen, die mit der Überlastung durch diese anspruchsvolle Aufgabe zusammenhängen, zeigen sich u. a. in Phänomenen wie Heultage, Wochenbettdepression oder Überforderungsreaktionen, auch als Konsequenz einer alleinigen und somit unbiologischen 24-Stunden-rund-um-die-Uhr-Betreuung des Säuglings. Kommen zusätzliche Probleme in der Nachgeburtsphase seitens des Säuglings hinzu, wie z. B. die berüchtigte 3-Monats-Kolik, kann das mütterliche Ressourcensystem endgültig zusammenbrechen. Diskutiert werden in diesem Zusammenhang Prävention und Intervention, um die intuitiven Fähigkeiten der Frau im Übergang zu stützen, die intuitiven Fähigkeiten des Vaters zu erkennen und zuzulassen, das soziale Netz der Eltern zu stabilisieren und psychische und physische Folgeereaktionen einer fehlenden Passung zwischen elterlichen bzw. kindlichen psychobiologischen Bedürfnissen einerseits und angebotener Kulturwelt andererseits zu vermeiden.

**Abstract:** The transition to motherhood is one of the most critical events in the life of a woman. In western countries it can be accompanied by a shift from a socially accepted and integrated position as a woman to a second-class status associated with social disintegration and personal insecurity. Transition rituals, or rites of passage, as still to be found in traditional societies, are for the most part missing. The maternal competence, the inherited intuitive birth and nurturing abilities, are either ignored or viewed sceptically by specialists with their skills learned in professional training.

Hospitals determine the time of birth, the course of labour, the establishment of sleep rhythms and feeding regimens for the healthy mother-baby pair. The success of social reintegration after the birth of a child depends almost exclusively on the personal efforts of the mother. Various psychosomatic reactions arise as a consequence of this demanding task, which often proves overwhelming. These manifest themselves in the form of phenomena such as maternity blues, post-partum depression or "overload"-reactions, in part due to the mother having sole responsibility for the newborn around the clock - a totally unbiological demand. When additional problems arise on the part of the baby in the period after birth, such as the notorious 3-month colic, the mother's resource system may be overtaxed to the breaking point. In this context, prevention and intervention are discussed, with the goals of supporting the intuitive capabilities of the woman in transition, recognizing the intuitive abilities of the father and giving them a chance for meaningful expression, stabilizing the social network of the parents, and avoiding possible psychic and physical reactions resulting from inadequate matching between the parental and child's psychobiological needs on the one hand and opportunities provided by the cultural world on the other.

**Keywords:** Kulturenvergleich, Geburt, Wochenbett, Humanethologie, Übergangsriten, angeborenes Elternprogramm, Frau und Mutter, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, crosscultural comparison, birth, puerperium, human ethology, rites of passage, intuitive parental care, woman and mother, compatibility of family and work

#### Mutter (Eltern) werden ohne Rituale

Einschneidende Veränderungen in der Lebensbiographie eines Menschen werden bei traditionellen Gesellschaften von kulturell genau festgelegten Riten begleitet. Deren Lebensweisen erleichtern uns die Vorstellung über unsere Vergangenheit, dienen uns als evolutionäres Modell. Obwohl traditionale Gesellschaften - wie wir - Angehörige der Spezies *Homo sapiens* mit allen intellektuellen Potentialen dieser Entwicklungsstufe und deshalb nicht mit unseren stammesgeschichtlichen Urahnen identisch

sind. Doch ihre Lebensweisen und sozialen Strukturen, wie sie etwa bei traditionellen Gesellschaften in Südamerika, Südafrika und in Neuguinea zu finden sind, ähneln nach unserem heutigen Kenntnisstand dem Leben unserer Vorfahren mehr, als dies unser Leben in den industrialisierten Großgesellschaften der Jetztzeit tut. Ein Vergleich zeigt, dass beispielsweise zur Pubertät gehörende Initiationsriten bei den traditionellen Gesellschaften den Übergang vom Adoleszenten zum Erwachsenen erleichtern, während dieser Entwicklungsabschnitt bei uns nahezu ohne Initiationsäquivalente zu einer Krisenperiode geworden ist (KLOSINSKI 1991, HAUG-SCHNABEL 1993).

Noch interessanter und aussagekräftiger erscheint ein Vergleich, der die soziale Einbettung der beginnenden Mutterschaft in beiden Lebenswelten vorstellt. Der Begriff „rites de passage“ (GENNEP 1960) kennzeichnet die Zeit der Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft als eine Übergangszeit, in der die Frau in den meisten Kulturen durch präzise Vorschriften, familiäre Unterstützung und Kulturhandlungen auf ihren neuen Status als Mutter vorbereitet wird. Eine kurzfristige Separation aus ihrem gewohnten Lebensbereich, kombiniert mit Riten der Reinigung und Säuberung, gehören dazu. Der alte Status wird aufgehoben, deutlich gemacht an der Konfrontation mit speziellen neuen Anforderungen sowie mit einer den Umstellungsprozess symbolisierenden Warteperiode. Vor allem aber ist hier eine mit Feierlichkeiten vollzogene Wiedereingliederung in die Gesellschaft zu finden, die mit Hilfe von Privilegien den neuen Status bewusst werden lässt (SEEL 1986).

Selbst für den Vater gibt es in manchen Kulturen eine so genannte „Couvade“, eine Geburtsvorbereitungsphase speziell für Männer, die eine Kindstötung unwahrscheinlicher macht (ELWOOD & MASON 1994).

In den Industrienationen fehlen solche Übergangsriten weitgehend. Zwar sind einige Autoren der Ansicht, dass zumindest die Rituale der ersten 2 Übergangsabschnitte, Separation und Aufhebung des alten Status, auch in veränderter Form bei uns noch existieren (KUMAR 1994). Aber die eine moderne Geburt begleitenden rituellen Handlungen im Krankenhaus, wie das Rasieren der Schamhaare, der Einlauf, das Bad sowie die Gratulation nach der Geburt (KITZINGER 1980), aber auch schon zuvor die Geburtsvorbereitungskurse bzw. Selbsthilfegruppen (ALBRECHT-ENGEL 1995) sind wohl nur ein schwacher Ersatz für die eine Frau im Übergang aufrüttelnden, stützenden und nachhaltig beeinflussenden Stammesriten. Die Geburtsvorbereitungskurse haben sich in den letzten Jahren weiter entwickelt von reinen Gymnastik- und Atemtechnikübungsstunden hin zu einer auch psychologischen Vorbereitung auf das Geburtsgeschehen. Aber sie bleiben dennoch vorrangig ein Programm für die Mittelschicht und bieten wenigen Frauen Hilfe für die postpartale Zeit.

Neu ist, dass die Schwangerschaft zeitlich primär durch die zum Geburtstermin hin immer häufiger werdenden medizinischen Vorsorgetermine gegliedert wird. Ab dem Bekanntwerden der Befruchtung liegt das Schwangerschaftsmanagement - nahezu unabhängig vom Gesundheitszustand von Mutter und Kind - in medizinischer Hand. Es steht nicht zur Diskussion, dass die medizinische präventive Versorgung eine wichtige, Menschenleben rettende und somit humanitäre Errungenschaft zunehmenden Wissens und immer weiter entwickelter Technologie ist. Und dennoch sollte die Risikokomponente nicht automatisch, nahezu „naturgemäß“ das Werden eines Kindes dominieren. „Wird auch alles gut gehen?“ „Mach' ich die Geburt richtig?“ „Ist unser Kind gesund?“ Neben einer durchorganisierten Schwangerschaft bleibt die Einstimmung auf das Kind individuelle Privatsache, sehr oft sogar allein Sache der Frau. Ist sie aufgeschlossen, kontaktfreudig und wohnt sie zudem günstig, so trifft sie sich mit Frauen, die ihr bislang unbekannt waren, und deren einzige Gemeinsamkeit mit ihr der in etwa zum gleichen Zeitpunkt bevorstehende Geburtstermin ist. Die Gemeinsamkeiten nehmen zu, der wachsende Bauch, die Kurzatmigkeit, das Sodbrennen und die Gespräche über die Geburt. Über die Zeit danach wird weit weniger gesprochen. Der Geburtstermin bildet gedanklich eine Zäsur, zumindest beim ersten Kind, die Zeit danach ist noch außerhalb der Vorstellungsmöglichkeiten. Außerdem wird man sich danach in dieser Gruppenkonstellation kaum mehr wiedersehen; man wird sich wieder fremd. Dennoch kommt es in der etwa dreimonatigen Kontaktzeit - ermöglicht durch den allen gemeinsamen besonderen Zustand - zu vertraulichen Gesprächen über höchst Intimes, bis hin zu offen ausgesprochenen Ängsten. Im Gespräch wird nach Gemeinsamkeiten gesucht und Unterschiede werden zumindest anfangs mit Erschrecken wahrgenommen. Die wenige Erfahrung, nicht das wenige Wissen, verstärkt wie in allen Verunsicherungsmomenten des Erlebens den Wunsch nach Übereinstimmung, nach sozialer Rati-fizierung durch die Mehrheit.

Schwangerschaft und Geburt sind aus dem Normalleben ausgegliedert. Erst für Betroffene werden

sie zum Thema, doch der Betroffenenstatus lässt sie dann nicht mehr angstfrei erleben und erfahren.

Gerade jetzt wären Übergangshilfen wichtig für eine Neuorientierung der werdenden Eltern in der Gesellschaft, für die Einstimmung auf eine völlig neue Lebenssituation, nämlich die eines Paares mit Kind oder Kindern. Das Sicherheitsnetz einer Großfamilie existiert kaum noch. Selbst auf dem Land sind Flexibilität und Mobilität mit ihren Folgen der räumlichen Aufgliederung der Familien und der Distanzierung der Angehörigen gang und gäbe, und selbst wenn noch mehrere Generationen zusammenleben, ist die Weitergabe von Wissen und Erfahrung über die Grundregeln der Familienentstehung nicht gewährleistet (ALBRECHT-ENGEL 1995: 32). Der sich hieraus ergebende Traditionsbruch hat auch positive Seiten, könnte er doch die Chance einer Neudefinition des Umgangs und Lebens mit dem Neugeborenen bedeuten sowie eine individuelle Gestaltung des Erziehungsstils und der Familienprägung. Unsere westliche, körperdistanzierte, von Verwöhnungsängsten bestimmte Tradition reicht kulturgeschichtlich weit zurück (DEMAUSE 1980), und es scheint notwendig, mit ihr immer mehr zu brechen.

### Geburtsituation

Werfen wir doch einmal einen Blick auf die eigentliche Geburtssituation. Ohne Vorerfahrung durch frühere Teilnahme an einem Geburtsvorgang befreundeter oder verwandter Frauen oder stützende Hilfe durch eine intime Begleitperson ist vor allem die Erstgebärende oft in einer Situation der Hilflosigkeit und gibt die Geburtsverantwortung an das ihr zumeist gänzlich unbekanntes medizinische Personal ab. Es ist noch nicht einmal gewährleistet, dass dieselbe Hebamme vor, während und nach der Geburt die Schwangere begleitet. Ist diese Verantwortungsübergabe aus situativer Not heraus erst einmal erfolgt, so ist es „... offensichtlich, daß Schwangere und Gebärende nicht als aktive, kraftvolle Frauen gesehen werden, die „von Natur aus“ die Fähigkeit haben, Kinder auszutragen und zu gebären, sondern daß der Ansatz der Medizin ist, einen potentiell Frau und Kind gefährdenden Vorgang zu überwachen und zu optimieren“ (ALBRECHT-ENGEL 1995: 37). Und auch in Bezug auf den Säugling, den zweiten am Geschehen beteiligten Akteur, schreibt SCHLEIDT (1989: 15) angebracht provokant: „Beim Umgang von ‚Fachleuten‘ ... mit dem Säugling bekommt man manchmal den Eindruck, daß ein Neugeborenes als eine sehr unvollkommene Konstruktion eines Lebewesens angesehen wird, das unbedingt auf ein ‚verbesserndes‘ Eingreifen von außen angewiesen ist. Daß ein Säugling im Laufe der Evolution alles mitbekommen hat, um erfolgreich zu überleben, wird oft übersehen.“

Anonymer Geburtsbeistand ist an die Stelle einer vertrauten Person getreten, eine medizinisch funktionelle horizontale Gebärdposition („Steinschnittlage“) an die Stelle selbst gewählter vertikaler sitzender, kniender oder stehender Geburtsstellungen. Risikominimierung steht im Vordergrund, mit dieser Begründung ist die Anzahl der mitunter auch unnötigen Kaiserschnitt-Entbindungen gestiegen (z. Z. ca. 15 %, ALBRECHT-ENGEL 1995). Sectiogeburten bergen jedoch eigene Gefahren: Es wird auf eine erhöhte psychosomatische Anfälligkeit der Mütter im 1. Jahr hingewiesen (GAREL et al. 1988). Langzeitfolgen zeigten sich noch nach 4 Jahren, durch Sectio entbundene Mütter hatten seltener weitere Kinder, häufiger Empfängnischwierigkeiten, sie waren erschöpfter und ihre Kinder waren häufiger im Hospital (GAREL et al. 1990). Auch waren Säuglinge, die mit einem ungeplanten Kaiserschnitt auf die Welt kamen, in der von uns durchgeführten „Freiburger Säuglingsstudie“ vorübergehend einige Wochen lang unruhiger als normal entbundene Babys. In Bezug auf weitere Verhaltens- oder Entwicklungsvariablen entsprechen die Ergebnisse von Kaiserschnittkindern unterschiedslos den bei normal entbundnen Kindern gewonnenen Werten.

Eine frühe postpartale Kontaktaufnahme zwischen Mutter und Säugling mit erstem Anlegen kurz nach der Geburt ist mit ihrer positiven Wirkung bereits auf die frühe Mutter-Kind-Interaktion durch verschiedene Studien gut belegt. Sie scheint jedoch weder eine essentielle Voraussetzung für den Start des Bindungsprozesses noch des Stillgeschehens zu sein, vergleichbar einer sensiblen Phase, in der nur in einem begrenzten Zeitrahmen spezielle Erfahrungen und deren Verarbeitung möglich sind. So nutzen keineswegs alle traditionellen Gesellschaften die Kontaktmöglichkeiten in den ersten Stunden nach der Geburt intensiv aus (LOZOFF 1983), und auch für westliche Mutter-Kind-Paare, bei denen einer der beiden Beteiligten zuerst medizinisch notfallmäßig versorgt werden muss, besteht nicht die Gefahr, aufgrund fehlenden Frühkontaktes keine enge und liebevolle Beziehungen aufbauen und nicht stillen zu können. Die körperliche Nähe zwischen Mutter und Neugeborenem bietet eine durch wechselseitige Signalgebung gestützte Möglichkeit der Natur, den Bindungsprozess einzuleiten (HAUG-SCHNABEL



1984, 1987).

Die Beziehungsaufnahme wird nicht allein durch frühes Anlegen in Gang gebracht, sie geschieht en passant, von allein, wenn die Schwangerschaft und Geburt begleitenden Umstände stimmen. Es könnte sein, dass ein positiver Effekt eines möglichst sofortigen Kontakts dann besonders zum Tragen kommt, wenn es darum geht, Folgen bevorstehender Trennungen zwischen Mutter und Säugling in der Wochenbettzeit aufzufangen (LOZOFF 1983). Diese messbare Bedeutung käme frühem postpartalem Kontakt mit Anlegen in Industrieländern zu, da hier die bei traditionellen Gesellschaften überall anzutreffenden postnatalen Rooming-in Bedingungen noch nicht selbstverständlich sind, vor allem aber die mütterliche Einweisung in das neue Leben und mütterliches Selbstbewusstsein in dieser Übergangsphase noch nichts Selbstverständliches sind.

Rooming-in findet in fast 98 % von 123 untersuchten nonindustriellen Gesellschaften statt. 81 % dieser Kulturen stillen mindestens 2 Jahre lang (Lozoff 1983). Nach einigen Rooming-in-Studien der 70er Jahre und dem Aufgreifen des Begriffs an vielen Kliniken ist allgemein der Anschein erweckt worden, Rooming-in wäre an deutschen Kliniken gang und gäbe. Es handelt sich jedoch in Wahrheit um eine Inflationierung des Begriffs, da es sich in den allermeisten Fällen nur um ein Teil-Rooming-in mit nur zeitweisem Zusammensein von Mutter und Kind handelt. Zitat BARTOSZYK (1984: 95): „... leider führt der starke Konkurrenzkampf zwischen den Geburtskliniken dazu, daß häufig fortschrittliche Methoden wie ‚sanfte Geburt‘ und ‚Rooming-in‘ versprochen werden, die dann in der Praxis nicht konsequent durchgehalten werden ...“. In einer Osnabrücker-Studie waren es gerade mal 5 % der Mutter-Kind-Paare mit „echtem“, d. h. Voll-Rooming-in, bei dem Kind und Mutter tags wie nachts zusammen waren (SCHIEFENHÖVEL 1993).

Die Belege des positiven Einflusses von echtem Rooming-in mehren sich: Es hat einen fördernden Einfluss auf Stillrate und -erfolg und damit auf die körperliche Entwicklung, führt zu einer geringeren Infektionsgefahr des Kindes und hat eine stabilisierende Wirkung auf das Befinden der Mutter (s. hierzu Übersicht in Schiemann 1993). Auch unterstützt es den Aufbau der Mutter-Kind-Interaktion (MARX 1981). Babys, die unter Rooming-in Bedingungen im Krankenhaus untergebracht sind, schreien dort weniger (KEEFE 1987, WOLKE 1991) und dieser Effekt zeigte sich in unserer Studie auch noch in den Wochen nach der Entlassung.

Wir gebären in Krankenhäusern. Krankenhausgeburten haben sich in Deutschland erst seit etwa 40 Jahren durchgesetzt. Sie sind somit eine Erscheinung der neuesten Zeit (SCHIEFENHÖVEL 1993). Ein verunsichernder Wechsel vom heimischen in ein fremdes Territorium - und das alles unter den Extrembedingungen einer beginnenden Geburt - ist jedoch sicher nicht nur bei Säugetier-Verwandten problematisch (NAAKTGEBOREN & SLIJPER 1970). Trotz des damit verbundenen Heimvorteils ist die Hausgeburt mehrheitlich mit Angst verbunden, weniger als 1 % aller Geburten in Deutschland finden zu Hause statt. Eine generelle Angst bezüglich der nicht direkt vor Ort präsenten High-Tech-Medizin ist sicher unbegründet. Hausgeburt ist eine verantwortbare Alternative für einen Teil der Schwangeren (SACK & SCHIEFENHÖVEL 1995), da sie in viel stärkerem Maße unsere Jahrmillionen erprobte biologische Ausstattung, aber auch psychologische Aspekte beim Ablauf einer Extremsituation berücksichtigt und auf die prinzipiell gegebene Eigensteuerung des Geburtsgeschehens setzt (SCHIEFENHÖVEL 1988). Fehlt eine eher ideologische Angstschürung, so werden heute noch ein Drittel aller Kinder, wie z. B. in den Niederlanden, mit fachkundiger Hilfe zu Hause entbunden und dies ohne erhöhte Mortalitätsrate (POP et al. 1995).

Ambulante Geburten scheinen ein akzeptabler Kompromiss zwischen Krankenhausgeburt mit stationärem Aufenthalt während der Wochenbettzeit und einer Hausgeburt für all diejenigen Mütter zu sein, die während der Entbindung das gesamte technische Inventar in Griffnähe und das fachmedizinische Risiko-Know-how aus Sicherheitsgründen nicht missen wollen oder dürfen, aber bei unbedenklichem Befinden von Mutter und Kind möglichst schnell wieder in ihre vertraute Umgebung zurückkehren möchten.

### Das Wochenbett

Ambulante Entbindungen und Hausgeburten zeigten in der Freiburger Säuglingsstudie wie auch in einer holländischen Studie (POP et al. 1995) keine erhöhte Inzidenz von Heultagen und Wochenbettdepression. Aufhorchen lassen im Gegensatz dazu die hohen Werte kurz- oder längerfristig depressiv gestimmter Mütter im stationären Wochenbett nach einer Krankenhausentbindung (in manchen Indu-

striationen bis zu 85 %, KUMAR 1994, KAPFFHAMMER 1994). Die häufig zitierten hormonellen Ursachen der sog. Heultage sind umstritten, es liegt bis heute kein eindeutiger Kausalnachweis für den direkten Zusammenhang zwischen Hormonumstellungen und Stimmungsveränderungen vor (BÖLTER et al. 1986). Die als Heultage oder Baby-Blues benannte Phase ist gekennzeichnet durch Weinerlichkeit, Ängstlichkeit und Erschöpfung als Begleitphänomene einer instabilen Stimmungslage, die nach wenigen Tagen von selbst und ohne Folgewirkung abklingt (RINGLER 1991). Vor allem Erstgebärende zeigen diese vorübergehende Gestimmtheit nach der Geburt (BÖLTER et al. 1986, POP et al. 1995). Diese Daten konnten von uns bestätigt werden. Auch dieser Umstand passt nicht in das Bild der Hormonhypothese. Vor dem Hintergrund einer deutlich erhöhten Anfälligkeit für depressive Gestimmtheit bei stationär untergebrachten Wöchnerinnen sollten mögliche Ursachen auch in den eher unbiologischen prä-, peri- und postnatalen Geburtsbedingungen, die in den Industrienationen überwiegen, gesucht werden.

Bei der gravierenderen und länger anhaltenden Wochenbettdepression, Inzidenz 10 -14 % (RINGLER 1991), fanden sich Hinweise auf die Bedeutung sozialer Unterstützung durch Kindsvater, Familie und Freunde. Langzeitfolgen auf die sozioemotionale Entwicklung des Kindes wie auch der partnerschaftlichen Beziehung sind bekannt (KAPFFHAMMER 1994). Die wichtigsten auslösenden Faktoren werden in Problemen, die mit der Elternschaft einhergehen, gesehen (CHALMERS & CHALMERS 1986) sowie in negativen Lebensereignissen während Schwangerschaft und Wochenbett (KAPFFHAMMER 1994, KUMAR 1994). STERN und KRUCKMAN (1983) fanden nur vereinzelt Hinweise von Wochenbettdepression in Nigeria, Nepal, China und Südostasien, dort sind allerdings auch bedeutsame Übergangsrituale für die werdende Mutter die Regel. Jedoch gibt es bislang noch methodische Probleme beim Vergleich der Befragungsergebnisse zur postnatalen Depression über verschiedene Kulturen hinweg, und häufig sind auch nur anekdotenhafte Hinweise vorhanden (KUMAR 1994). SCHIEFENHÖVEL (1991) interpretiert Wochenbettdepression als eine iatrogene Pathologie: die Trauerreaktion auf das weggenommene Kind. Dies könnte für einen Teil der Mütter zutreffen, aber auch ambulant oder zu Hause Gebärende zeigen - ohne institutionell bedingte Trennung vom Kind - depressive Gestimmtheit, die wohl eher auf Umstellungsschwierigkeiten oder Überforderungs- und vorübergehende Ohnmachtsgefühle zurückzuführen sind.

In Deutschland ist die Geburtsteilnahme der Väter inzwischen obligatorisch (90 %, ALBRECHT-ENGEL 1995). Dies ist im Kulturenvergleich eher ungewöhnlich. Nur in 27 % der untersuchten traditionellen Gesellschaften sind die Väter bei der Geburt anwesend (LOZOFF 1983), jedoch zeigen sie in der Zeit danach ein verstärktes Engagement bei der Versorgung von Mutter und Kind. In westlichen Ländern ist das Engagement während der postnatalen Säuglingsphase jedoch nahezu unverändert im Verantwortungsbereich der Mütter verblieben. Väter wurden zwar Geburtsväter, blieben dann aber meist wie gewohnt Feierabend- und Feiertagsväter. Deutsche Väter gehen meist wenige Tage nach der Geburt wieder zur Arbeit. Auch wenn in unserer Studie sich 48 % aller Wöchnerinnen eine stärkere Präsenz des Vaters und anderer familiärer Stützen wünschen würden, kamen die Väter durchschnittlich erst nach 18 Uhr nach Hause und hatten weniger als 1 Stunde Zeit mit ihrem Baby, bis dieses wieder schlief. LEYENDECKER-SCHÖLMECH (1991) fand etwas höhere väterliche Präsenz-Zeiten für die gesamte Wachzeit (2 Stunden 35 Minuten), die Zeiten betragen jedoch nur ein Drittel der mütterlichen. Es wäre angemessen, eine mindestens dreimonatige „Triadenkennlernzeit“ nach der Geburt einzuführen, bei der sich Mutter und Kind, Vater und Kind, aber auch Vater und Mutter in ihrer neuen Rolle und jedes Elternteil für sich mit der neuen Situation intensiv vertraut machen könnten. Wäre das die Forderung nach etwas ganz Neuem oder gab es schon einmal Ähnliches?

Vergleichen wir doch den Mutter-Säugling-Alltag in den traditionellen Gesellschaften und bei uns.

In den *traditionalen Gesellschaften* wird die *junge Mutter* bei ihren *Haushaltstätigkeiten* entlastet. Anfangs, direkt nach der Geburt eines Kindes, übernehmen ihre Mutter, Geschwister und andere Verwandte einen Großteil der Alltagsaufgaben, damit sie sich weit gehend ungestört dem Kind widmen kann (HERZOG-SCHRÖDER 1995). Nach dieser speziellen Art des Wochenbetts erhält sie dann Hilfe bei der Betreuung des Kindes. Das sog. Allo-mothering, d. h. die Situation, dass mit Mutter und Kind zusammenlebende und beiden vertraute Personen des Sozialverbandes das Baby mitbetreuen, entlastet die Mutter, trennt jedoch Mutter und Kind nicht. Sobald das Kind Zeichen gibt, zur Mutter zu wollen, Hunger hat, sich erschreckt, müde wird oder aus anderen Gründen weint, wird es sofort der Mutter zurückgegeben. Die Hälfte der Wachzeit verbringt das Kind in Körperkontakt mit seiner Mutter. Die andere Hälfte übernehmen andere Bezugspersonen, von denen der Vater nach der Mutter die zweit-

wichtigste Rolle spielt (SCHIEFENHÖVEL 1984).

Ganz wichtig: die Frau verbleibt auch als junge Mutter in ihrem Lebens- und Aktivitätsbereich, anstehende Veränderungen werden traditionsgemäß eingeführt, die gesellschaftliche Wiedereingliederung geschieht in einer feierlichen, die Mutter ästimmernden Form. Kinder erhöhen die Attraktivität ihrer Eltern im Sozialverband, speziell auch in der Altersgruppe der jungen Erwachsenen zu der die neuen Eltern gehören. Das Kind wird zur „sozialen Drehscheibe“ (SCHIEFENHÖVEL 1984). Es gibt keine Fremdbetreuung für Säuglinge und Kleinkinder, ein risikoreicher Einflussfaktor auf die Eltern-Kind-Beziehung entfällt (BENSEL 1994), es gibt nur eine Mitbetreuung durch sowohl der Mutter als auch dem Kind vertraute Personen in „häuslicher“ Umgebung und - vor allem - in schnell erreichbarer Nähe der Mutter.

Betrachtet man den Mutter-Säugling-Alltag in unserer Zivilisationsform, bringt die Geburt eines Kindes und der Start in die Mutterschaft zumindest für die Frau oft einschneidende Veränderungen mit sich. Ein neuer Lebensabschnitt beginnt, vor allem für die bislang berufstätige Frau, der erschreckend wenig mit dem bisherigen Leben gemeinsam, kaum Anknüpfungspunkte an die Zeit zuvor haben kann. Der häusliche Beruf Mutter und Hausfrau muss bewusst vorbereitet werden, da sich vieles durch den Übergang von der Berufstätigkeit zur Familientätigkeit ändert. Ist dieser Übergang erwünscht, ja ersehnt, wird die Umstellung einfacher werden. Dennoch bleibt es eine Umstellung, die allein schon so Fundamentales wie die Strukturierung des Tagesablaufs betrifft. Einige wenige Sätze, zusammengestellt aus Artikeln in Eltern- und Frauenzeitschriften der Jahre 1995 und 1996, sollen Einzelpunkte des neuen Szenarios verdeutlichen:

- Eine größere Familie braucht eine größere Wohnung, die geräumiger, aber günstiger sein sollte, da zumindest zeitweilig ein Gehalt entfällt. Der Umzug aufs Land kann anstehen. Das bedeutet ein Wechsel der bisherigen Lebensumwelt.
- Falls Bekannte bisher fast ausschließlich über die Ausbildung oder die Arbeit gefunden worden sind, müssen neue Wege zur Kontaktaufnahme eingeschlagen werden.
- Die Erfahrung zeigt, dass jungen Müttern aus dem Berufsleben kommend die regelmäßige Ansprache und der Kollegenkreis fehlen können.
- Ohne eigenes Einkommen, ohne finanzielle Selbstständigkeit, vom Gehalt des Mannes zu leben, bedeutet eine Umstellung, vor allem einen nötig werdenden Einstellungswandel.
- Und eine ganz wichtige Frage zum Schluss. Wie schätzt die junge Mutter selbst den Wert von Erziehungs- und Familienarbeit ein? Von der Antwort auf diese Frage hängt ihr Bedürfnis nach Anerkennung ihres Opfers oder nach Bestätigung für ihre Überzeugung ab.

Mutter-Säugling-Alltag kann Alleinsein mit dem Kind bedeuten, wenn nicht ein engagierter Eigeneinsatz und die bewusste Unterstützung durch den Vater diese sich zuerst einmal fast automatisch ergebende Situation grundlegend verändern. Ohne Eigenmotivation und väterlichen Einsatz wird aus der Mutter-Kind-Beziehung die gemeinsame Mutter-Kind-Isolation (HAUG-SCHNABEL 1992, 1993b). Spätestens dann wird Mutterschaft als „ausgliedert aus dem Normalleben“ empfunden.

Wir haben erfreulicherweise den Mutterschutz und den 3jährigen Erziehungsurlaub, doch viele Mütter hängen mit ihren Kindern gerade in dieser Zeit am Rande des sozialen Netzes. Frauen können allein erziehend sein, aus Überzeugung oder weil der Partner und Kindsvater fehlt. Zwar ist ihr finanzielles Existenzminimum gesichert, regional erkämpfte Mutter-Kind-Projekte (HASSENSTEIN 1990) erlauben das so wichtige Zusammensein zwischen Mutter und Kind, doch vor sozialer Isolation, gesellschaftlichem Außenseitertum können sie allein eigene Energie und Kontaktfreudigkeit retten. Zudem bekommen diese Mütter die soziale Kontrolle ihrer Umgebung bei typischem, Erwachsene jedoch oft störendem Kinderverhalten ungedämpft und nicht „geteilt durch zwei“ zu spüren. Hier sind „Übermütter“ gefordert, und das 24-Stunden-rund-um-die-Uhr.

Kinder erhöhen die Attraktivität ihrer Eltern im Sozialverband. Das hatten wir für die traditionellen Gesellschaften gesagt. Mit Kind oder Kindern zu leben und aufzutreten, hebt bei uns nicht mehr automatisch den sozialen Anerkennungsstatus der Eltern, schon gar nicht in der Gruppe der gleichaltrigen jungen Erwachsenen. Im Gegenteil, Kinder werden oft als störend erlebt - und dies wird auch ihren Eltern nahe gebracht.

Bei diesen Konflikten sind die Mütter immer in exponierter Angriffsstellung. Ob allein erziehend oder verheiratet haben sie oft durchaus vergleichbare Probleme: Die Überbewertung der außerhäuslichen Erwerbstätigkeit und die strikte Trennung zwischen Arbeitsleben und Familienleben schufen die

Voraussetzungen für einen weit gehend kinderfreien Berufsalltag - zumeist für den die Familie finanzierenden Vater. Die Überbewertung der außerhäuslichen Erwerbstätigkeit und die strikte Trennung zwischen Arbeitsleben und Familienleben schufen aber ebenso die Voraussetzungen für einen weit gehend anerkennungsfreien Familienkinderalltag der im häuslichen Bereich managenden Mutter. Unsere Frauen können zumeist nur zwischen der bereits genannten 24-Stunden-rund-um-die-Uhr-Betreuung oder einer Berufstätigkeit, kombiniert mit einer stundenlangen völligen Trennung vom Kind wählen. Das Kind wird dann in vielen Fällen nicht zu Hause von vertrauten Personen betreut, sondern in fremder Umgebung von Menschen, deren Vertrauen Kind und Mutter erst noch gewinnen müssen. Und umgeben von vielen Gleichaltrigen mit gleichen Bedürfnissen und in gleichen Nöten! Die Situation der Fremdbetreuung muss als reine Kulturerscheinung gewertet werden. Jedoch aus der Situation der Mütter und Familien in unseren heutigen Lebensbedingungen wird der Wunsch nach Fremdbetreuungsmöglichkeiten schnell verständlich. Bei weitem nicht alle Familien fangen die Säuglings- und Kleinkindzeit durch Betreuung des Kindes im bezüglich Emotionen, Erziehungsstil und Lebensumfeld „nahen“ Familienkreis auf. Es ist noch eine kleine Gruppe von Idealisten, in der sich Vater und Mutter Familienarbeit und Erwerbsarbeit während der Zeit der Kindheitsjahre teilen, um sowohl am Familienleben als auch am Erwerbsleben teilnehmen zu können. Die biologische Ausstattung für Väter als aktive Miterzieher ihrer Kinder ist durchaus vorhanden, wie uns die langsam vermehrt zur Verfügung stehenden Ergebnisse über intuitive Elternkompetenz der Väter zeigen. Vieles, was eine „gute Mutter“ ausmacht, haben Väter auch in ihrem Verhaltensinventar (EIBL-EIBESFELDT & HERZOG 1987, PARKE et al. 1972, PARKE & O'LEARY 1976).

Realisieren lassen sich väterliche Potenzen am besten, wenn Mann selbst das Glück hatte, seinen eigenen Vater als präsenten Vater erlebt zu haben. Wenn seine Partnerin den aktiven Vater neben sich duldet, ja gut heißt (weil sie auch nach der Geburt eines Kindes in verschiedensten Bereichen Anerkennung erfährt, nicht nur als Mutter, ein Zustand, der fast zwingend zur Folge hätte, einen Alleinanspruch auf die Mutterposition zu erheben). Und - nicht zuletzt - unsere Gesellschaft anerkennt, wie wichtig die häusliche Erziehungsarbeit ist. Eine gesellschaftliche Aufwertung der Familienarbeit gegenüber der Berufstätigkeit würde jedem Vater und jeder Mutter den Umdenkprozess in diese Richtung erleichtern.

#### Allein mit den ersten Problemen - Fachinstruktionen versus angeborenem Elternprogramm

Häufig allein gelassen von erfahrenen Helfern und mit Gefühlen der Unsicherheit, ob des Umgangs mit ihrem jüngsten Familienmitglied, sind es auch hier wieder vor allem Erstgebärende, die sich in der Not an den Kinderarzt wenden oder Ratgeberjournale oder -bücher in Anspruch nehmen, wenn sie mit den ersten anstehenden und zu lösenden Alltagsproblemen mit ihrem Kind konfrontiert werden. Anstatt den eigenen angeborenen intuitiven Fähigkeiten zu vertrauen (PAPOUSEK & PAPOUSEK 1987), werden häufig starre Schemata aufgegriffen, die, vergleichbar einem erprobten Rezept, Sicherheit im Umgang mit dem Baby geben sollen. Die in den 70er Jahren eingeführte goldene Regel des 4-Stunden-Mahlzeiten-Intervalls (LOZOFF et al. 1977) hat sich in den Köpfen vor allem des Krankenhauspersonals festgesetzt, und es braucht einer gesunden Portion Selbstbewusstseins, um statt dessen ein biologisches „Füttern-nach-Bedarf“ mit seinen interindividuell höchst unterschiedlichen Intervallen zu praktizieren. Die Stillrate nahm in den letzten Jahren leicht zu, nach einem situativ bedingten Anstieg während der beiden Weltkriege auf über 95 %, einem anschließenden starken Abstieg und einem leichten Wiederanstieg seit den letzten 20 Jahren ist sie momentan wieder auf dem Niveau von 1869, d. h. etwa 20 % der Mütter stillen noch mit 3 Monaten (ENDE 1979, KORFMANN 1992).

Herauszufinden, was dem Baby fehlt, wenn es als mehrdeutiges Unwohlssignal nur Schreien zur Verfügung hat, ist eine Herausforderung für jedes junge Elternpaar. Auch hier sind es wiederum die Erstgebärenden, die deswegen häufiger den Kinderarzt konsultieren. Und die weniger belastbaren und unstrukturierten Familien, die ihr Kind fälschlicherweise als exzessiven Schreier einstufen (RÄIHÄ et al. 1995). Das Schreien in seiner Bedeutung zu entschlüsseln, ist eine anspruchsvolle Lernerleistung, die von den primären Bezugspersonen mühsam in den ersten Monaten gelernt werden muss und bei vielen zunehmend besser klappt. Wird das Schreien zu einem täglich mehrstündigen Problem, fallen viele Eltern in ein soziales Loch. Sie bilden unter dem zunehmenden Gefühl fehlender Elternkompetenz private Theorien über die möglichen Ursachen und bedienen sich aus einem bunten Strauß von Familienhausmittelchen und Therapieempfehlungen des Kinderarztes. Die Empfehlungen der Ärzte selbst haben wenig mit den von diesen vermuteten Ursachen zu tun (KELLER et al. 1990). Die meisten Thera-



pieversuche haben lediglich Placebowirkung, da Schreien nach dem 2. Monat jedoch spontan zu remittieren pflegt, glaubt man an einen Therapieerfolg, und die Eltern haben das beruhigende Gefühl, endlich etwas Effektives beitragen zu können, das Elend zu beenden. Anhaltendes exzessives Schreien kann die Bindung zwischen Säugling und Eltern stark belasten und kann im schlimmsten Fall bei Kindesmisshandlung enden (vgl. Übersicht in BENSEL & HAUG-SCHNABEL 1997). Langzeitfolgen werden diskutiert, ein ehemaliges Schreikind, auch wenn es in der späteren Entwicklung nicht mehr besonders unruhig ist, kann in der Wahrnehmung der Eltern zu einem besonders anfälligen Kind werden. Gerade in diesem Fall, der sog. „3-Monats-Kolik“, spielen vielfältige psychosoziale Faktoren, gerade in der Übergangszeit und Anfangszeit als junge Familie eine große Rolle. RAUTAVA et al. (1993) fanden in einer großangelegten finnischen Studie folgende, die Babyunruhe vermindern Faktoren: Eine positive sexuelle Beziehung der Partner, ein positives Selbstbild als Frau, ein verständnisvoller Partner, wenig Stress während der Schwangerschaft, keine soziale Isolation beider Eltern während der Schwangerschaft, keine Unsicherheit bei der Geburt und beim Gedanken an danach, keine körperlichen Schwierigkeiten während der Schwangerschaft, ein positives Geburtserlebnis, kein feindliches Krankenhauspersonal und kein enttäuschter Vater über den Geburtsverlauf und über sein reales Baby. Es scheint uns interessant, dass vieles davon Faktoren sind, auf die traditionale Übergangsriten einen förderlichen und entspannenden Einfluss haben können.

Wie sehr unsere westliche Kultur, mit ihren künstlich geschürten „Verwöhn-Ängsten“ dem Säugling und Kleinkind gegenüber den biologisch sinnvollen Betreuungskonzepten enteilt ist, lässt sich auch gut am Beispiel Körperkontakt aufzeigen. Der menschliche Säugling gehört zum Jungentypus Tragling (HASSENSTEIN 1970, KIRKILIONIS 1992, LOZOFF & BRITTENHAM 1979), der darauf angelegt ist, nahezu ständigen Sicherheit gebenden Körperkontakt zu seinen Bezugspersonen zu halten, mitgenommen zu werden und reichhaltige Stimulation zu erfahren. Während Säuglinge auch heute noch in traditionellen Gesellschaften wie den Hochland-Papua 60 % und mehr der Tageszeit und nahezu 100 % der Nacht im Haut-zu-Haut-Kontakt mit ihren Bezugspersonen verbringen (SCHIEFENHÖVEL 1992), liegen die Werte in westlichen Nationen bei ca. 10 %. Gerade das gemeinsame Schlafen im Bett der Mutter (Eltern), co-sleeping genannt, wird von weniger als 10 % der deutschen Familien selbst im ersten Trimenon praktiziert (NOLTING et al. 1993). Gerade aber das co-sleeping wird ganz aktuell als Präventionsmaßnahme gegen plötzlichen Kindstod diskutiert (KONNER & SUPER 1987, MCKENNA 1990) und führt zu einer hohen Synchronisation des Aktivitätsrhythmus von Mutter und Kind (SIEGMUND et al. 1994). Anders und TAYLOR (1994) zeigen am Beispiel co-sleeping auf, wie im Laufe der westlichen Kulturgeschichte die Säuglinge erst aus dem Elternbett und dann aus dem Elternschlafzimmer vertrieben wurden. Parallel mit dem Trenntrennen von Bezugsperson und Kind entstand auch der elterliche Anspruch auf ein selbstständiges Ein- und Durchschlafen können des Säuglings und Kleinkindes. Säuglinge, die nachts wiederholt aufwachen und nicht von selbst wieder einschlafen können, werden als „night-waker“ tituliert, ihr Verhalten als Nachtterror bezeichnet. Unsere Zeit verlangt nach verhaltenstherapeutischen Maßnahmen, um den natürlichen Wunsch nach elterlichen Anwesenheitssignalen abzdressieren (KAST-ZAHN & MORGENROTH 1995).

Der Blick auf unsere Stammesgeschichte und der Kulturenvergleich offenbaren eklatante Mängel der westlichen Industrieländer beim Umgang mit werdenden und gewordenen Müttern einerseits und den Neugeborenen andererseits. Dank der menscheigenen Plastizität und Anpassungsfähigkeit an die unterschiedlichsten Lebensbedingungen und immer wieder neu entwickelter zivilisatorischer Kompensationsmechanismen bedeutet dies nicht zwangsläufig eine existenzielle Gefährdung für Mutter und Kind. Aber Zivilisation in dieser Form kostet etwas. KENT BAILEY (1996: 8) schreibt dazu lakonisch: „Es ist keine Frage, ob der moderne Mensch fehlangepasst ist oder nicht, aber es ist die Frage, ob eine ausreichende Zahl von Passungen erreicht und pathologische Fehlpassungen vermieden werden oder nicht, um seelisch gesund und glücklich zu sein“.

#### References

- ALBRECHT-ENGEL, I. 1995. Geburt in der Bundesrepublik Deutschland. In: *Gebären - Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege*. Hrsg. W. SCHIEFENHÖVEL, D. SICH und C. E. GOTTSCHALK-BATSCHKUS, S. 31-42. Curare Sonderband 8. VWB Berlin.
- ANDERS, T. F. & T. R. TAYLOR. 1994. Babys and Their Sleep Environment. *Children's Environment* 11,2: 123-134.
- BAILEY, K. 1996. Mismatch Theory 1: Basic Principles. Across Species Comparison and Psychopathology (ASCAP) Newsletter 9,2: 7-9.

- BARTOSZYK, J. 1984. *Vorbereitung auf die Elternschaft und die ersten drei Lebensmonate des Kindes: Eine empirische Untersuchung unter besonderer Berücksichtigung des Vaters*. Dissertation, Universität Düsseldorf.
- BENSEL, J. & G. HAUG-SCHNABEL. 1997. Primär exzessives Schreien in den ersten 3 Lebensmonaten. In: *Handbuch der Kleinkindforschung*, 2. rev. Aufl. Hrsg. H. KELLER. Huber Verlag Bern, im Druck.
- BENSEL, J. 1994. Ist die Tagesbetreuung in Krippen ein Risiko? Eine kritische Beurteilung der internationalen Krippenforschung. *Zeitschrift für Pädagogik* 40,2: 303-326.
- BÖLTER, D., M. KIRSCHBAUM and D. BECKMANN. 1986. Eine Verlaufsuntersuchung über Stimmungsschwankungen in den ersten fünf Tagen nach der Entbindung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 36,2: 75-82.
- CHALMERS, B. E. & B. M. CHALMERS. 1986. Post-Partum Depression: A Revised Perspective. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology* 5: 93-105.
- DEMAUSE, L. 1980. *Hört ihr die Kinder weinen. Eine psychogenetische Geschichte der Kindheit*. Suhrkamp Frankfurt.
- EIBL-EIBESFELDT, I. & H. HERZOG 1987. *Yanomami, Patanoetheri (Venezuela, Oberer Orinoko). Männer im Umgang mit Säuglingen*. Publikationen zu wissenschaftlichen Filmen. Sektion Biologie. Serie 19,8.
- ELWOOD, R. W. & C. MASON. 1994. The Couvade and the Onset of Paternal Care: A Biological Perspective. *Ethology and Sociobiology* 15: 145-156.
- ENDE, A. 1979. Zur Geschichte der Stillfeindlichkeit in Deutschland 1850-1978. *Kindheit* 1: 203-214.
- FIELD, T. M. & S. M. WIDMAYER. 1980. Developmental Follow-Up of Infants Delivered by Caesarean Section and General Anesthesia. *Infant Behavior & Development* 3,3: 253-264.
- GAREL, M., N. LELONG and M. KAMINSKI. 1988. Follow-Up Study of Psychological Consequences of Caesarean Childbirth. *Early Human Development* 16,2-3: 271-282.
- GAREL, M., N. LELONG and M. KAMINSKI. 1990. Psychological Consequences of Caesarean Childbirth in Primiparas. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology* 6,3: 197-209.
- GENNEP VAN, A. 1960. *The Rites of Passage*. Routledge and Kegan Pauls Press London.
- HASSENSTEIN, B. 1970. *Tierjunges und Menschenkind im Blick der vergleichenden Verhaltensforschung*. A. W. Gentner Stuttgart.
- HASSENSTEIN, H. 1990. Das Programm „Mutter und Kind“, Baden-Württemberg. Eine Hilfe für die alleinerziehende Mutter und ihr Kind. *Der Kinderarzt* 21: 37-41.
- HAUG-SCHNABEL, G. 1984. Kindgemäßes Angebot? - Verhaltensbiologische Überlegungen zur Pflege und Erziehung von Säuglingen und Kleinkindern. *Das öffentliche Gesundheitswesen* 46,1: 34-40.
- HAUG-SCHNABEL, G. 1987. Neues zur Mutter-Kind-Beziehung. *Der Kinderarzt* 18,1: 46-50.
- HAUG-SCHNABEL, G. 1993. Verunsichernde Zeit der Reife. *Psychologie Heute* 20, August: 36-40.
- HERZOG-SCHRÖDER, G. 1995. *Zeitzuteilung im Alltag der Yanomami Frauen. Eine ethnographische Analyse*. Vortrag auf dem Workshop „Biologische und kulturelle Aspekte der Zeit“ der Arbeitsgemeinschaft Humanethnologie in der GfA, Andechs.
- KAPFFHAMMER, H.-P. 1994. Psychische Störungen im Zusammenhang von Geburt und Wochenbett. In: *Psychiatrie für die Praxis* 19. Hrsg. H. HELMCHEN, H. HIPPIUS, W. M. GREIL, M. M. HAMBRECHT, M. M. LINDEN und J. M. TEGLER. S. 45-53. MMV Medizin Verlag München.
- KAST-ZAHN, A. & H. MORGENROTH. 1995. *Jedes Kind kann schlafen lernen*. O & P Ratingen.
- KEEFE, M. R. 1987. Comparison of Neonatal Nighttime Sleep-Wake Patterns in Nursery versus Rooming-In Environments. *Nursing Research* 36,3: 140-144.
- KELLER, H., C. UBOZAK and J. RISAU. 1990. The Concept of Colic and Infant Crying in Pediatrics: An Exploratory Study. *Early Child Development and Care* 65: 71-76.
- KIRKILIONIS, E. 1992. Das Tragen des Säuglings im Hüftsitz - eine spezielle Anpassung des menschlichen Traglings. *Zoologische Jahrbücher - Abteilung Allgemeine Zoologie und Physiologie der Tiere* 96: 395-415.
- KITZINGER, S. 1980. *Frauen als Mütter. Mutterschaft in verschiedenen Kulturen*. München.
- KLOSINSKI, G. 1991. *Pubertätsriten - Äquivalente und Defizite in unserer Gesellschaft*. Huber Verlag Bern.
- KONNER, M. J. & C. M. SUPER 1987. Sudden Infant Death Syndrome: An Anthropological Hypothesis. In: *The Role of Culture in Developmental Disorder*. Edited by C. M. SUPER. pp. 95-108. Academic Press San Diego.
- KOREMANN, A. 1992. *Dortmunder Längsschnittstudie zur Ernährung von Säuglingen: Auswertungen zu Art, Mengen und Einführungszeitpunkten der einzelnen Nahrungskomponenten sowie zur Energie- und Nährstoffzufuhr und zum Wachstum vom 1. - 12. Lebensmonat*. Dissertation, Universität Kiel.
- KUMAR, R. 1994. Postnatal Mental Illness: A Transcultural Perspective. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 29,6: 250-264.

- LEYENDECKER-SCHÖLMECH, B. 1991. *Alltagsumwelten von Säuglingen*. Dissertation, Fachbereich Psychologie, Universität Osnabrück.
- LOZOFF, B. & BRITTENHAM, G. 1979. Infant Care: Cache or Carry. *Journal of Pediatrics* 95,3: 478-483.
- LOZOFF, B. 1983. Birth and 'Bonding' in Non-Industrial Societies. *Developmental Medicine and Child Neurology* 25,5: 595-600.
- LOZOFF, B., G. M. BRITTENHAM, M. A. TRAUSE, J. H. KENNEL and M. H. KLAUS. 1979. The Mother-Newborn Relationship: Limits of Adaptability. *Journal of Pediatrics* 91,1: 1-12.
- MARX, G. 1981. *Die Sprache der Mutter zum Neugeborenen und Säugling. Eine Analyse von Umfang, Inhalt und Form*. Dissertation, Naturwissenschaftliche Fakultät, Universität Salzburg.
- McKENNA, J. J. 1990. Evolution and Sudden Infant Death Syndrome (SIDS); Part 1: Infant Responsivity to Parental Contact. *Human Nature* 1,2: 145-177.
- NAAKTGEBOREN, C. & E. SLIJPER 1970. *Biologie der Geburt. Einführung in die vergleichende Geburtskunde*. Parey Verlag Hamburg.
- NOLTING, H.-D., S. SCHLEGELMILCH, B. TRUMANN and K. W. TIETZE. 1993. *Schlaflagen, Schlafumgebung und Schlafverhalten von Säuglingen*. MMV Medizin Verlag München.
- PAPOUSEK, H. & M. PAPOUSEK. 1987. Intuitive Parenting: A Dialectic Counterpart to the Infant's Integrative Competence. In: *Handbook of Infant Development* (2nd ed.). Edited by J. OSOFSKY. pp. 669-720. Wiley New York.
- PARKE, R. D. & S. E. O'LEARY. 1976. Father-Mother Infant Interaction in the Newborn Period: Some Findings, Some Observations and Some Unresolved Issues. In: *The Developing Individual in a Changing World*. Eds. K. RIEGEL & J. MEACHAM. Mouton The Hague.
- PARKE, R. D., S. E. O'LEARY and S. WEST. 1972. Mother-Father-Newborn Interaction: Effects of Maternal Medication, Labor and Sex of Infant. *Proceedings of the American Psychological Association*: 85-86.
- POP, V. J., H. A. WIJNEN, M. VAN MONTFORT, G. G. ESSED, C. A. DE GEUS, M. M. VAN SON and I. H. KOMPROE. 1995. Blues and Depression During Early Puerperium: Home versus Hospital Deliveries. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 102: 701-706.
- RÄIHÄ, H., L. LEHTONEN and H. KORVENRANTA. 1995. Family Context of Infant Colic. *Infant Mental Health Journal*, in press.
- RAUTAVA, P., H. HELENIUS and L. LEHTONEN. 1993. Psychosocial Predisposing Factors for Infantile Colic. *British Medical Journal* 307: 600-604.
- RINGLER, M. 1991. Psychosexualität und Geburt. In: *Patient Frau. Psychosomatik im weiblichen Lebenszyklus*. Hrsg. M. SPRINGER-KREMSER, M. RINGLER und A. EDER. S. 185-203. Springer Verlag Wien.
- SACK, A. & W. SCHIEFENHÖVEL 1995. Analyse von 855 Hausgeburten im Münchner Raum. In: *Gebären - Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege*. Hrsg. W. SCHIEFENHÖVEL, D. SICH und C. E. GOTTSCHALK-BATSCHKUS. S. 271-286. Curare Sonderband 8. VWB Berlin.
- SCHIEFENHÖVEL, W. 1984. Bindung und Lösung - Sozialisationspraktiken im Hochland von Neuguinea. In: *Bindung und Besitzdenken beim Kleinkind*. Hrsg. C. EGGERS. S. 51-80. Urban & Schwarzenberg München.
- SCHIEFENHÖVEL, W. 1988. *Geburtsverhalten und reproduktive Strategien der Eipo*. Reimer Verlag Berlin.
- SCHIEFENHÖVEL, W. 1991. Ethnomedizinische und verhaltensbiologische Beiträge zur pädiatrischen Versorgung. *Curare* 14: 195-204.
- SCHIEFENHÖVEL, W. 1992. Kultur und biologische Rhythmen: Stillpraktiken und Behandlung von Säuglingen in Melanesien. *Wissenschaftliche Zeitschrift der Humboldt-Universität zu Berlin, Reihe Medizin* 41,2: 77-80.
- SCHIEFENHÖVEL, W. 1993. *Postnatales Rooming-in. Eine empirische Untersuchung - Konsequenzen für die Praxis*. Hans Huber Verlag Bern.
- SCHLEIDT, M. 1989. Die humanethologische Perspektive: Die menschliche Frühentwicklung aus ethologischer Sicht. In: *Handbuch der Kleinkindforschung*. Hrsg. H. KELLER. S. 15-29. Springer Heidelberg.
- SEEL, R. M. 1986. Birth Rite. *Health Visitor* 59: 182-184.
- SIEGMUND, R., M. TITTEL and W. SCHIEFENHÖVEL 1994. Time Patterns in Parent-Child Interactions in a Trobriand Village (Papua New Guinea). *Biological Rhythm Research* 25,3: 241-251.
- STERN, G. & L. KRUCKMAN. 1983. Multidisciplinary Perspectives on Postpartum Depression: An Anthropological Critique. *Social Science and Medicine* 17: 1027-1041.
- WOLKE, D. 1991. Psycho-biologische Aspekte der Pflege von Frühgeborenen. *Deutsche Krankenpflegezeitschrift* 44: 478-483.