

Gebärschmerzen -eine evolutionsbiologische Perspektive

Einige verbreitete Techniken (vgl. Lamaze, Read) der Reduktion von Schmerz, Spannung und Angst unter der Geburt wurden unter der Vorstellung entwickelt, daß Frauen in traditionellen Kulturen nicht oder kaum unter Gebärschmerzen zu leiden hätten. Diese Vorstellung ist falsch, wie unsere Dokumentation des Gebärverhaltens in Neuguinea und anderen Ländern belegt.

Aus humanethologischer Sicht ist es problematisch, pharmakologisch in die kybernetische Feinsteuerung der Schmerzwahrnehmung, Schmerzverarbeitung und des durch beide beeinflussten Gebärverhaltens einzugreifen, denn bei Homo sapiens mit seinen schwierigen Geburtsbedingungen haben evolutionäre Selektionsmechanismen dazu geführt, daß die für Kind und Mutter kritische Phase des Gebärens keine per se hohe Pathologierate aufweist. Da wir trotz der Fortschritte in der Schmerzforschung noch viel zu wenig über das geburtsrelevante Gesamtgeschehen Schmerz-/Schmerzbewältigung wissen, sollten schmerzreduzierende oder -ausschaltende Eingriffe nur unter strenger Indikation vorgenommen werden. Es erscheint sinnvoller, bei normalen Geburtsverläufen der Selbststeuerung des Gebärvorgangs Raum zu geben.

Ein weiterer Grund für ein restriktives Einsetzen der Schmerzbekämpfung besteht darin, daß Gebärende, die keine sedierenden Medikamente oder Schmerzmittel erhalten haben, die Phase nach Austritt des Kindes als sehr stark glücksbetont erleben. Hier dürften nicht nur kognitive Mechanismen (Freude um das gesunde Kind, Erleichterung, daß die starke Belastung vorüber ist etc.) eine Rolle spielen. Vielmehr ist sehr wahrscheinlich, daß körpereigene Schmerzregulationsmechanismen (z.B. Endorphine) sich auch nach Austritt des Kindes auswirken und zusammen mit der glückserzeugenden Wirkung des Wehenhormons Oxytozin die Gemütsverfassung der Gebärenden positiv beeinflussen. So ist eine wesentliche Vorbedingung für die Bereitschaft der Mutter gegeben, sich des Neugeborenen anzunehmen und damit den so wichtigen Schritt des "Bonding" zu vollziehen.

Evolutionsbiologische und ethnomedizinische Postulate an die Geburtshilfe

1. Der Wunsch nach einer human gestalteten, autark vollzogenen und bewußt erlebten Geburt ist legitim
2. Die biokybernetischen Regelmechanismen, die die normale Geburt steuern, sind das Produkt einer langen Evolution und damit optimal angepaßt. In diesen Fällen sind Eingriffe Störungen der Eigensteuerung
3. Vertikale Gebärhaltungen haben klare Vorteile
4. Durch schmerzgesteuerte Verhaltensänderungen sind die Gebärenden in der Lage, selbständig günstige Gebärpositionen zu finden
5. Es bestehen biopsychologische Zusammenhänge zwischen Territorium und Geburt. Die Gebärende muß sich 'heimisch' fühlen
6. Archaische Weisen der Bekämpfung von Schmerz und Angst sind physiologisch und daher im Normalfall technomedizinischen und pharmakologischen Eingriffen vorzuziehen
7. Die Hauptbezugsperson (im Regelfall die Hebamme) muß die Geburt von Anfang bis Ende betreuen - also: kein 'Schichtwechsel' unter der Geburt
8. Sind die Ehemänner/Partner die idealen Laienbetreuer? - Wünschenswert wäre auch die Anwesenheit einer geburtserfahrenen Vertrauten und einer geburtsunerfahrenen jungen Frau (Lerneffekt)
9. Das plötzliche Ende des Wehen- und Durchtrittsschmerzes hat möglicherweise eine wichtige psychophysiologische Funktion: Starke positive Emotionen, auch die Folge der Ausschüttung von Oxytocin, Endorphinen und anderen Neuropeptiden, unterstützen das erste 'bonding'
10. Frauen, die sich für natürliches Gebären entscheiden, müssen und werden sicherlich auch mehr Verantwortung übernehmen

Oxytozin

von griechisch oxys: scharf, heftig und tokos: der Schlag

Funktionen:

- 1) Kontraktion des Uterus
- 2) Einschließen der Milch in die Ausführungskanäle der Brustdrüse
- 3) Aufnahme der Bindung zum Kind
- 4) Wichtiges Element beim Orgasmus

Oxytozin = Liebeshormon