



RALPH FRENKEN

GEFESSELTE KINDER:

Geschichte und Psychologie des Wickelns





Ralph Frenken

Gefesselte Kinder

Geschichte und Psychologie des Wickelns

Wissenschaftlicher Verlag Bachmann
Badenweiler
2011

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im
Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Umschlagbild:

Gewickelter Säugling, ca. 1644,
Anbetung der Hirten (Detail) von Georges de la Tour (1593 – 1652),
(Musée du Louvre, Paris)

Alle Rechte vorbehalten. Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und Einspeicherung bzw. Verarbeitungen in elektronischen Systemen.

© Wissenschaftlicher Verlag Dr. Michael P. Bachmann
Badenweiler 2011

Gedruckt auf säurefreiem und alterungsbeständigem Papier
Druck und Einband: fgb Freiburg i. Br.

ISBN 978-3-940523-10-5
<http://www.bachmann-verlag.de>

Inhalt

Einleitung	9
Teil 1: Wissenschaftliche Diskurse zum Wickeln	25
Entwicklungspsychologische und kinder- psychotherapeutische Überlegungen zum Wickeln	25
Medizinische Aspekte des Wickelns	39
Vorbemerkungen	39
Wickeln und Laufbeginn	44
Wickeln und Schlaf	47
Wickeln und Exzessives Schreien	53
Wickeln und Plötzlicher Kindstod	58
Empirisch nachgewiesene negative Wirkungen von Wickeln	60
Empirische Studien zu traditionellem Wickeln	67
Die Studie von Danzinger und Frankl	67
Untersuchungen zu drei indianischen Cradleboard-Kulturen	75
Hopi	75
Apachen	80
Navajo	85
Der anthropologische Diskurs zum Wickeln (Mitte des 20. Jahrhunderts)	94
Teil 2: Historische Untersuchung	103
Vorzeit und Antike	103
Soranus von Ephesus	113
Weitere Ärzte und Autoren der Antike	122
Frühe Kindheit in der Antike	129
Wickeln als kulturelles Thema in der Antike	133
Wandel der Kindheit in der Spätantike	137
Mittelalter	141
Wickeln als kulturelles Thema im Mittelalter	177
Wickeln als Thema der Mystik	177
Wickeln als Thema der mittelalterlichen Kunst	196
Neuzeit (16. bis 21. Jahrhundert)	231
Felix Würtz	231

Frühneuzeitliche Ärzte und Gelehrte zum Wickeln	243
Hebammenliteratur und Wickelpraxis	255
Wickeln als kulturelles Thema der Neuzeit	258
Die Abschaffung des Wickelns	267
William Cadogan	269
Philosophen und Ärzte gegen das Wickeln	275
Zur historischen Motivation	
für die Abschaffung des Wickelns	303
Strammes Wickeln heute	307
Exkurs: Auseinandersetzung mit <i>in-utero</i> -Argumenten	321
Teil 3: Zusammenfassung der Ergebnisse	
und Schlußbetrachtung	325
Anhänge	341
Anhang 1: Zeitliche und geographische	
Verbreitung des Wickelns	341
Anhang 2: Zeitdauer des Wickelns	350
Anhang 3: Zitate zum Wickeln aus	
Felix Würtz' <i>Kinderbüchlein</i> (16. Jh.)	352
Anhang 4: Übersetzung einer Passage von	
Caelius Aurelianus zum Wickeln	356
Literatur	359
Abbildungsnachweis	391
Namensregister	393
Sachregister	398

Dank

Ich möchte zuerst meinem Freund und Kollegen Peter Dinzelbacher danken. Wir diskutierten anfängliche Auffassungen zum Thema, und er bereicherte das Buch durch seine Ideen, seine sorgfältigen Übersetzungen, Bildmaterial und diverse historische Rahmungen. Mein weiterer Dank gilt Lloyd deMause, der mich letztlich für das Thema Wickeln sensibilisiert hat. Außerdem danke ich Ksenia Bystrova, Eva Cignacco, Isabelle Schaub, Lilian Stoffel, Martin Dürschnabel, Natalia Kigai, Erika Feucht, Katarina Horst, Nils Engberg, Ebbe Nyborg, Joel Halpern.

Frankfurt am Main, im September 2010

Ralph Frenken

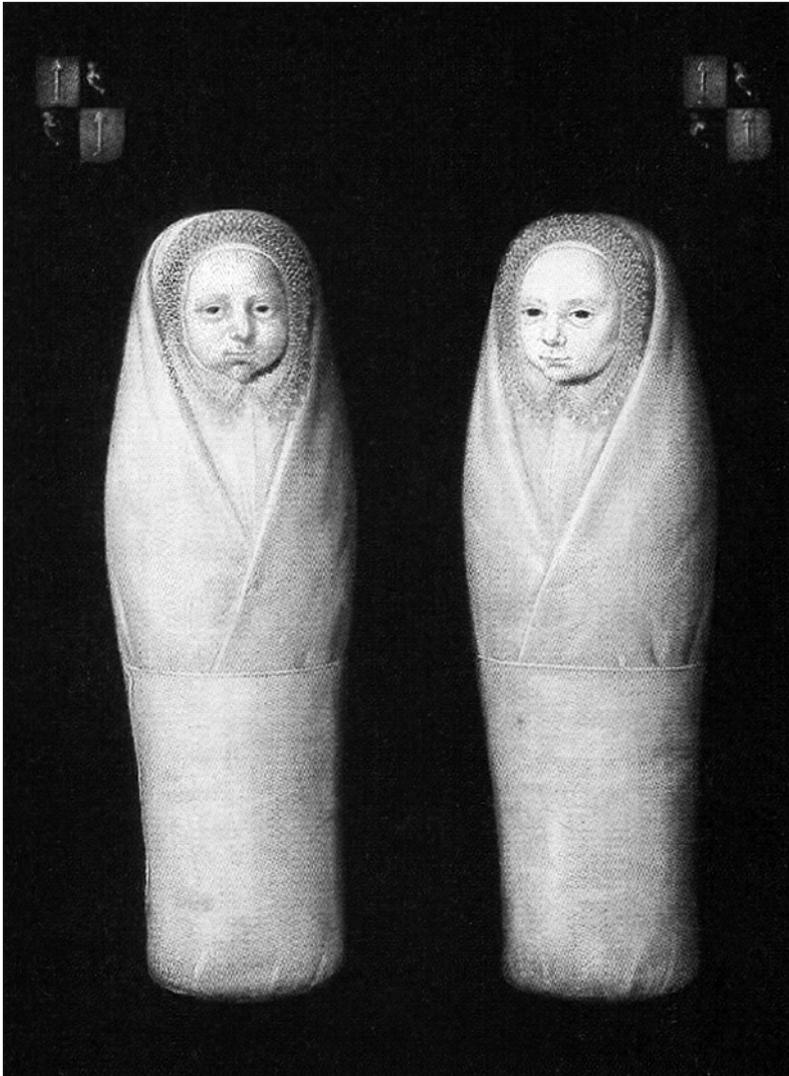


Abb. 1: Zwei Wickelkinder, 1617, unbekannter Künstler,
(The Muiderslot, Muiden, Niederlande)

Einleitung

Jesus, mein Viellieber! Befreie mich von meinen Banden!
(Mechthild von Magdeburg)

Eine jahrtausendealte und äußerst weit verbreitete Praxis bei der Pflege von Neugeborenen und Babys ist das feste Wickeln, das in zahlreichen und sehr unterschiedlichen Kulturen vorkam und auch heute noch vielfach üblich ist.¹ Dieses stramme Einbinden des Babys wird auch als „Fatschen“ oder „Faschen“ bezeichnet.² Im Deutschen hat sich dafür mittlerweile die Bezeichnung „Pucken“ eingebürgert, wobei meistens stark modifizierte Versionen der ursprünglichen Methode gemeint sind. Im vorliegenden Buch wird unter „Wickeln“ immer das feste Binden des Babys verstanden, nicht das heute im Westen übliche bloße Wickeln in Windeln.

Der Umgang mit Neugeborenen und Kleinkindern ist immer Teil eines kulturellen Musters, das aus Überzeugungen, Traditionen und Bräuchen besteht. Die daraus entstandenen Praktiken der Kinderpflege beeinflussen die sich entwickelnde Psyche des Kindes. Im Rahmen kindheitsgeschichtlicher Studien wird immer wieder deutlich, daß es Gemeinsamkeiten, aber auch extreme Unterschiede zwischen den verschiedenen Kulturen in bezug auf zahlreiche Merkmale der Säuglingspflege gibt.³ Wickeln ist aber auf erstaunlich ähnliche Weise in den verschiedensten Kulturen praktiziert worden.

Praktiken, die das Neugeborene an der Bewegung hindern, waren und sind weltweite Phänomene.⁴ Erst in den letzten Jahrhunderten wurde das Wickeln in Westeuropa aufgegeben. Heute geht die Verbreitung dieser

- 1 Belege für die ubiquitäre Verbreitung von strammem Wickeln finden sich bei: Ploß (1911), S. 232-293; Dingwall (1931), S. 55 ff.; Lipton et al. (1965), S. 522 ff.; de-Mause (1989 a), S. 62 ff. und (2002), S. 325 ff.; Etiene (1976), S. 144 (hier auch Abbildungen); Ewing (1977), S. 13-21; Shahar (1983), S. 292 und (1993), S. 100 ff.; Murken (2005), S. 3 ff. Vgl. auch Peiper (1966), Stichworte: Wickeln, Wickelkind.
- 2 Diese Bezeichnungen hängen mit lat. *fascis* (= Bündel) zusammen.
- 3 Für einen groben Überblick zum interkulturellen Vergleich von Merkmalen der Kindheit vgl. die klassische Arbeit von Whiting (1963), ferner Whiting & Child (1953).
- 4 Vgl. Barry & Paxson (1971). Vgl. ebenfalls die Tabelle im Anhang 1 zur geographischen und historischen Verbreitung von Wickeln.

Praxis, meist unter dem Einfluß der Kinderärzte, in vielen Gegenden der Welt zurück. Trotz dieser jüngeren Tendenz ist Wickeln nach wie vor verbreitet. Strammes Wickeln war weltweit und über Jahrtausende hinweg bis zum 18. Jahrhundert die große Konstante im Umgang mit dem Baby. Ein enorm großer Anteil der Menschheit wurde als Baby in irgendeiner Form gewickelt. Um so erstaunlicher erscheint es, daß zu diesem Thema bislang keine Monographie existierte, etwas, das mit vorliegendem Buch geändert werden soll.



Abb. 2: Maria als
Wickelkind, 1473,
Flügel eines Triptychons
von Bartolomeo Vivarini
(ca. 1440 – ca. 1499),
(Santa Maria Formosa,
Venedig)

Für ein Baby bedeutet das Umwickeln seines ganzen Körpers, daß es sich praktisch nicht mehr bewegen kann. Damit sind alle seine motorischen Äußerungen extrem eingeschränkt, nur Gesichts- und Augenmuskulatur bleiben frei. Die Bewegungseinschränkung für das Kind wird auf verschiedene Weisen erreicht. Neben dem strammen Einbinden mit Wickelbändern gibt es wohl vor allem zwei weitere Formen, die praktisch zum gleichen Ergebnis wie das Wickeln führen, nämlich das Cradleboard und die Wiege. Das Cradleboard der amerikanischen Indianer besteht meist aus einer festen Unterlage und Riemen zum Festbinden des Kindes. Hinzu kommen oft Umhüllungen für das Kind.



Abb. 3: Navajo-Baby im Cradleboard, ca. 1936,
Arizona, (Foto: H. Armstrong Roberts)



Abb. 4: Babys in den Tragewiegen (*Komse*) der Samen, ca. 1880

Das Cradleboard hat einige Entsprechungen bei asiatischen Gruppen und auch bei den Samen, wo die Vorrichtung als *Komse* bezeichnet wird.⁵ Die Wiege wiederum ist meist eine Art bewegliches Bett, in das ein Kind gelegt werden kann. Die zahlreichen mittelalterlichen Abbildungen zeigen aber, daß zum einen die Babys gewickelt in diese Wiegen gelegt wurden, zum anderen aber auch, daß die Kinder nochmals festgebunden wurden, wie von dem Arzt Felix Würtz im 16. Jahrhundert beschrieben.⁶ Ein solcher Gebrauch der Wiege mit Festbinden stellt bereits eine sehr weitgehende Bewegungseinschränkung des Kindes dar, gleichgültig ob zuvor gewickelt oder nicht. Zglinicki zeigt in seiner Monographie zur Wiege zahlreiche Abbildungen, die entsprechende Vorrichtungen zum Festbinden der Babys aufweisen.⁷ Wiegen wurden bereits in der Antike verwendet.⁸ Die

5 Vgl. Ploß (1911), S. 277 und Abb. S. 278. Zglinicki (1979), Abb. 151 zeigt eine Hängewiege der Samen, die sehr einem Cradleboard ähnelt.

6 Vgl. Würtz (1563), S. 706.

7 Vgl. Zglinicki (1979), S. 51 ff. zum Wickeln in der Wiege und Abbildungen u. a. 28, 44, 58 (mit entsprechenden Bohrungen in der Wiege), ferner u. a. Abb. 195, 198, 200-205 mit strammer Wicklung über dem Bettzeug und Abb. 48-53 mit Knäufen zur Befestigung der Wiegenbänder.

8 Vgl. Zglinicki (1979), S. 50. Laut Zglinicki werde der Gebrauch der Wiege be-

Bänder zum Festbinden in der Wiege werden mittellateinisch als *cunarum vincula*, also als *Wiegenfesseln* bezeichnet.⁹ Diese Bezeichnung verweist auf den aggressiven Akt des Fesselns eines Babys, keineswegs auf Fürsorge. Die Wiege scheint oftmals als ein Ort phantasiert worden zu sein, wo Unheil drohte. Auf zahlreichen Wiegen waren Pentagramme oder religiöse Zeichen angebracht, wie sie auch sonst zur Dämonenabwehr vielfach an Betten, Türen, Fenstern, Bauwerken etc. vorkamen.¹⁰

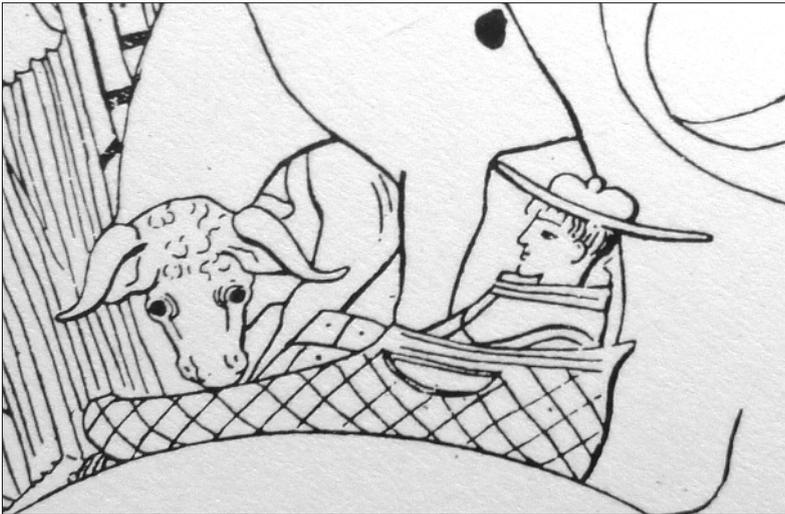


Abb. 5: Kind in antiker Wiege (Gott Hermes), Griechenland

reits von Hippokrates erwähnt, der auch das Wickeln befürwortet habe. Den Beleg konnte ich nicht finden. Vgl. auch die Abb. 451 eines griechischen Wickelkindes der Antike in einer Rollwiege, ferner Abb. 404, ebenfalls aus der griechischen Antike. Gorman (1917), S. 22 f. beschreibt mehrere antike Wiegenformen und ihren Gebrauch.

- 9 Vgl. *Vita II S. Ludovici* 327. In: *Acta Sanctorum*, Aug. V, 1741, S. 658.
 10 Zglinicki (1979) zeigt Wiegen mit zeichenhafter Dämonenabwehr. Wiegen mit Pentagramm (Drudenfuß): Abb. 48-55; mit dem IHS-Zeichen (Iesus Hominum Salvator = Jesus, Retter der Menschen) oder anderen religiösen Symbolen wie etwa dem brennenden Herz: Abb. 19-45, 331, 463, 468. Vgl. auch Frenken (1999), S. 365 ff. und 548 ff. zu Pentagramm und IHS auf einer Wiege. Vgl. auch S. 188 ff. zur Rolle des Zeichens IHS im Erleben des Mystikers Heinrich Seuse, der sich diese Buchstaben in die Brust ritzte.

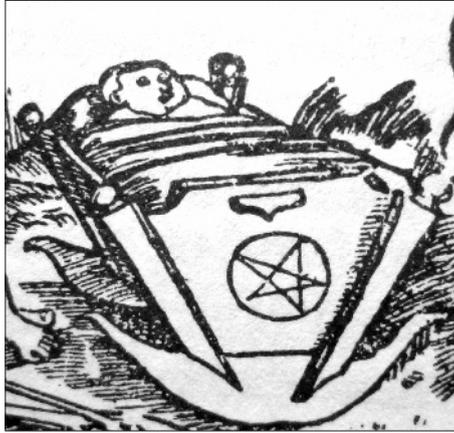


Abb. 6: Kind in Wiege mit Wiegefesseln und Drudenfuß,
1517, Holzschnitt von Hans Schäufelein

Wickeln war und ist immer noch außerordentlich verbreitet und auf allen Kontinenten nachweisbar, mit Ausnahme Australiens.¹¹ In Europa finden sich erste Nachweise dieser Praxis aus der Prähistorie. Verschiedene Autoren vermuten, daß die Praxis bereits im Paläolithikum erfunden wurde.¹² In Süd- und Nordamerika, so schreiben Hudson und Phillips, sei Wickeln in beinahe allen Kulturen praktiziert worden.¹³ Auch in Europa und Asien war es weit verbreitet, in Afrika südlich der Sahara dagegen unbekannt. Bestimmte Sonderformen der Bewegungseinschränkung von Säuglingen sind als direkte Entsprechungen von Wickelbändern oder Cradleboard anzusehen, etwa die japanische *Ejiko* (vgl. Abb. 11), ein korbartiger Behälter, in den das gebundene Kind gesetzt wird.

Die *Ejiko* enthält mehrere Materiallagen zur Aufnahme von Urin und Kot des Kindes, während bestimmte Wiegenformen Abflüsse enthalten.¹⁴ Beide Vorrichtungen zeigen, daß das Kind lange Zeit in der Wiege blei-

11 Vgl. allerdings den Hinweis bei Ploß (1911), S. 232, wonach „gewisse Stämme“ Australiens wickeln würden. Die Angabe wird von Ploß nicht weiter spezifiziert.

12 Vgl. Hudson & Phillips (1968), S. 15; deMause (2002), S. 328.

13 Vgl. Hudson & Phillips (1968), S. 14 ff.

14 Vgl. Bloch (1966), S. 641 und Abb. 1 zur kurdischen Wiege; Kohno (1987), S. 3 (mit Abbildung); Kitahara (1989), S. 43 ff.; Lipton et al. (1965), S. 524 f. zur japanischen *Ejiko*.

ben und ein Wechsel der Windeln dadurch unnötig gemacht werden soll. Der Aufwand der Pflege verringert sich für die Mütter dadurch außerordentlich. Was dies für die Mutter-Kind-Interaktionen bedeutet, ist nicht völlig klar. Jedenfalls wird das Auswickeln und Herausnehmen aus der Wiege dadurch erheblich seltener. Dingwall beschreibt den Gebrauch einer syrischen Wiegenform mit einem Abflußsystem für Urin.¹⁵ Das Kind wird selten aus der Wiege genommen und nur einmal in der Woche gewaschen. Es bleibt für zwei Jahre gewickelt in der Wiege. Außerdem wird sein Kopf durch Bänder und Polster absichtlich deformiert. Zglinicki geht davon aus, daß die Voraussetzung für das Funktionieren dieser Ablauf- bzw. Drainagesysteme bei Wiegen ist, daß sich das Kind kaum bewegen kann.¹⁶ Das wird durch Wickeln und Festbinden erreicht.



Abb. 7: Cradleboard der Chinook mit Vorrichtung zur Kopfdeformation, 19. Jh., Zeichnung von George Catlin (1796 – 1872), (Dingwall (1931), Abb. 34 b)

15 Vgl. Dingwall (1931), S. 84.

16 Vgl. Zglinicki (1979), S. 48 f. Vgl. hier auch die Abbildungen 2-6, die Abflußsysteme in Wiegen zeigen.

Bei zahlreichen indianischen Stämmen gab es das Cradleboard in Verbindung mit Vorrichtungen, mit denen der Kopf des Kindes in eine bestimmte Form gepreßt wurde. Die Funktion dieser Praxis ist nicht völlig klar. Sie diente wohl dem Erreichen von Schönheitsidealen, aber auch beispielsweise der Herstellung sichtbarer und dauerhafter körperlicher Unterschiede zwischen verschiedenen Klassen einer Gesellschaft bzw. zwischen den verschiedenen Gruppen.¹⁷

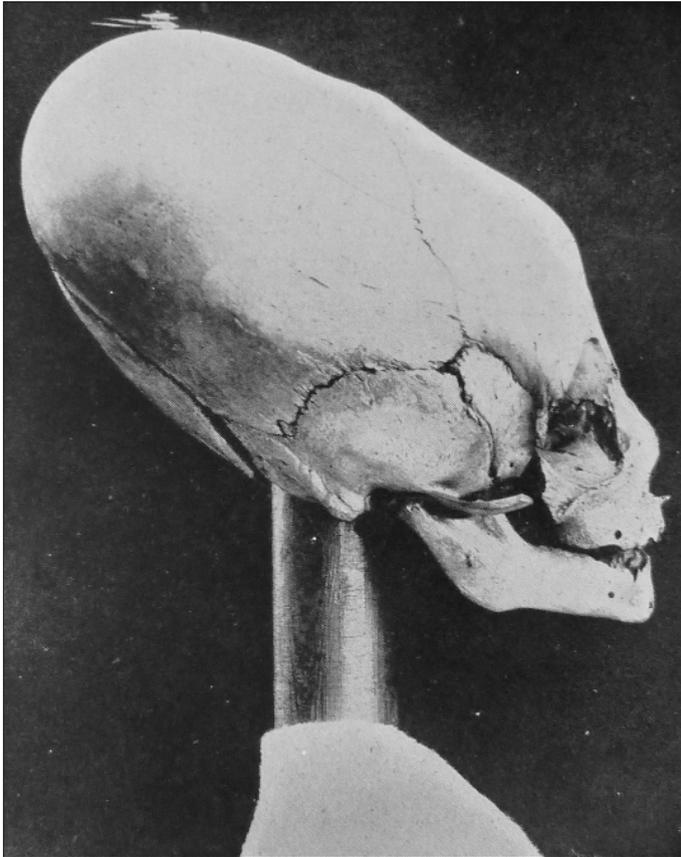


Abb. 8: Deformierter Schädel eines Chinook,
(Dingwall (1931), Abb. 34 b)

17 Vgl. Schijman (2005), S. 948 ff.



Abb. 9. Darstellung des Cradleboards der Salish (Vancouver Island) mit Vorrichtung zur Kopfdeformation, Holzplastik, (Dingwall (1931), Abb. 31)

Die absichtliche dauerhafte Deformation des Kopfes von Babys ist ein weltweites Phänomen und wird auf allen Kontinenten außer Australien praktiziert.¹⁸ Auch in Afrika südlich der Sahara gibt es entsprechende Praktiken, während dort das Wickeln offenbar unbekannt ist. Dingwall beschreibt detailliert, welche Formen der Kopfdeformation von Babys und Kleinkindern existieren. Es überschreitet bei weitem den Rahmen dieses Buches, den Zusammenhang von Wickeln bzw. Cradleboard auf der ei-

18 Vgl. Dingwall (1931), S. 306, Stichwort „Deformation“ zur weltweiten Verbreitung des Phänomens. Der Autor zählt zahlreiche Gruppen, Kulturen und Gebiete auf, in denen Kopfformungen praktiziert wurden und werden. Für die vorliegende Arbeit sind folgende Nennungen relevant: Albanien (S. 74), Anatolien (S. 74), Balkan (S. 31), Deutschland (S. 62), Frankreich (S. 55), Griechenland (S. 31), Italien (S. 62), Rußland (S. 68), Samen (S. 69) sowie eine große Anzahl der süd- und nordamerikanischen indigenen Gruppen (S. 161 ff.). Vgl. Ploß (1912), S. 82 ff. Im Frühmittelalter kam sie bei den Alamannen vor; vgl. Dinzelsbacher & Heinz (2007), S. 36 f. (mit Abb.).

nen Seite und Kopfdeformation auf der anderen zu beschreiben. Jedenfalls gibt es eine Reihe von Vorrichtungen zur Kopfdeformation: Kappen, Bretter, Steine, Bandagen, die zur Verformung eingesetzt wurden. Einige dieser Konstruktionen wurden zusammen mit dem Cradleboard oder der Wiege verwendet. Dingwall betont aber, daß mitunter Kopfdeformationen auch unabsichtlich stattfanden, einfach weil das Kind lange in der Wiege lag und dadurch eine Abplattung des Hinterkopfes entstand.¹⁹

Die Praxis der Kopfdeformation von Babys durch verschiedene Vorrichtungen ist deswegen von großer theoretischer Bedeutung, weil hier ganz klar ein Phänomen exponiert ist, das nicht durch oberflächliche Anbindung an vermeintlich funktionale Aspekte zu rechtfertigen ist. Kopfdeformationen dienen immer und ausschließlich der Erreichung einer Kopfform, die in einer bestimmten kulturellen Gruppe als ein ästhetisches Ideal entwickelt wurde. Zur Erklärung dieser Praktiken kann man nicht von Überlegungen ausgehen, die die körperlichen Bedürfnisse eines Kindes in den Vordergrund stellen, denn es gibt kein Bedürfnis des Babys nach Kopfformung. Bei der Erklärung oder Rechtfertigung der diversen Wickelpraktiken spielt, wie wir sehen werden, etwa die Behauptung, es diene dem Wärmebedürfnis des Kindes, eine wichtige argumentative Rolle.

Anders als beim Wickeln kann man auch davon ausgehen, daß diverse Praktiken der Kopfdeformation ganz unmittelbar zu Schmerzen des Kindes führten. Im 19. Jahrhundert etwa preßten Hebammen den Kopf des Kindes in die gewünschte Form, was die Babys dazu brachte „unter Schmerzen zu heulen“.²⁰ Bei den Maya war eine Deformationsprozedur üblich, bei der Schmerz und aufgewendeter Druck so groß waren, daß manche der Kinder unmittelbar Verletzungen erlitten und daran starben.²¹ Wie bei der Initiation spielt die Berücksichtigung der Bedürfnisse und Ängste der Kinder und Jugendlichen keine oder praktisch keine Rolle, vielmehr ist die Schmerzzufügung auch bei bestimmten Formen der Kopfdeformation offenbar Teil der Praxis. Während bei den Initiationen die Beschneidungs-, Tätowierungs- und Einschneidungspraktiken der Vermittlung kultureller Standards für Jugendliche dienen, ist dies bei der Kopfdeformation nicht der Fall bzw. wird auf das Erreichen der kulturell

19 Vgl. Dingwall (1931), S. 11 und 78.

20 Vgl. Dingwall (1931), S. 62: „Perrin notes the customs of the midwives in Brittany, who as soon as the infants are born, mould and press their heads, endeavouring to make them rounder, a proceeding, which used to cause the babies to howl with pain.“

21 Vgl. Dingwall (1931), S. 153.

gewünschten Kopfform reduziert. Außerdem wird die Initiation vorwiegend an Jugendlichen bzw. älteren Kindern vollzogen, die auf diese Weise den Erwachsenenstatus erreichen, während die Kopfformung immer an Neugeborenen ausgeführt wird. Sie dient tatsächlich ausschließlich der Formung eines wichtigen Körperteils, des Schädels. Obwohl beim Wickeln zahlreiche Informanten und klassische Autoren ebenfalls die Körperformung in den Vordergrund ihrer Begründungen stellen, werden von modernen Interpreten dieser Praxis die Begründungen, die das Warmhalten oder das Beruhigen in den Vordergrund stellen, m. E. unzulässig betont. Türkische Mütter des 20. Jahrhunderts beispielsweise geben als Begründung für das Wickeln an, das Kind sei dann leichter handhabbar, es verletze sich nicht, es fasse keine heiße Sachen an und falle nicht in die Feuerstelle.²² Auch werde das Baby durch Wickeln stärker, und es schlafe sonst auch nicht. Diese Mütter vergleichen die Form ihres Babys mit Wasser:

„If you do not swaddle them, the children will never become strong: they remain weak; they are not well. Babies are like water. They should be swaddled until they become thicker.“²³

Der wärmende Aspekt des Wickelns bleibt nebensächlich, die abergläubischen Ansichten, insbesondere bezogen auf den drohenden *Bösen Blick*, sind dagegen zentral und erfordern neben dem Wickeln weitere magische Praktiken.²⁴

Nachdem im westlichen Kulturraum jahrhundertlang ein Kampf gegen das Wickeln geführt wurde und die Verbreitung des Phänomens tatsächlich in weiten Teilen Europas stark zurückgegangen ist, zeichnet sich in den letzten Jahren ein Trend zur wieder erhöhten Akzeptanz des Wickelns ab.²⁵ Insbesondere in den Vereinigten Staaten, in Großbritannien und den Niederlanden entscheiden sich immer mehr Eltern, ihre Kinder wieder zu wickeln. Im Internet äußern sich zahlreiche Eltern positiv zu den Effekten des Wickelns. In Internetportalen wie Youtube werden Filme zum richtigen Wickeln gezeigt. Meist sind diese modernen Formen des Wickelns

22 Vgl. Scott (1967), S. 74.

23 Scott (1967), S. 74.

24 Vgl. Scott (1967), S. 73.

25 Vgl. van Sleuwen et al. (2007), S. e1098, ferner Meyer & Erler (2009), S. 24.

aber modifiziert, also erheblich weniger drastisch als die historischen Formen etwa im Mittelalter. Trotzdem wirken diese neueren Entwicklungen mitunter geradezu erschreckend in ihrer Naivität, mit der eine Pflegepraxis reetabliert wird, die ganz unmittelbar so erhebliche Auswirkungen auf ein Baby hat, selbst in modifizierter Form. Ein gesundes Neugeborenes bewegt sich – ungewickelt – praktisch ununterbrochen. Peiper sieht darin einen „Bewegungsdrang“, der um so stärker ausgeprägt ist, je jünger das Baby ist.²⁶

Heutige Einstellungen zum Wickeln sind sehr divergent. Noch 1922 wunderte sich der deutsche Kinderarzt Bokay, warum „dieses brutale Einwickeln sich in der Praxis so lange erhalten hat“.²⁷ So eindeutig würde das Urteil auf seiten der akademischen Fachwelt heute nicht mehr ausfallen. Einige amerikanische Pädiater votieren für eine Verwendung des modifizierten Wickelns.²⁸ Die Erziehungswissenschaftlerin Rutschky bewertet das Wickeln, so wie es früher ausgeführt wurde, ausgesprochen positiv und betont den wärmenden Effekt.²⁹ Der Psychotherapeut Renggli wiederum ist vom beruhigenden Effekt überzeugt.³⁰ Die weitaus meisten Autoren argumentieren ohne Bezug auf historisches Material und erläutern auch nicht ihre psychologischen Annahmen oder gar Theorien zum Phänomen. Dies allein spricht bereits gegen eine allzu schnelle Akzeptanz ihrer Ansichten, zumal dagegen gewichtige Einwände vorgebracht werden können: Man kann Babys auch warm halten, ohne sie zu wickeln – d. h. ohne sie fest einzubinden –, und man erhält natürlich ein „ruhiges“ Kind, wenn man ihm jede Bewegungsmöglichkeit nimmt. Eine Diskussion der Wirkungen des Wickelns auf das Baby ist die zentrale Aufgabe des vorliegenden Buches.

Die Begründungen der Befürworter des Wickelns in der historischen Vergangenheit verweisen auf ganz andere Motive für das Wickeln als auf Warmhalten oder Beruhigen,³¹ nämlich viel eher auf psychodynami-

26 Vgl. Peiper (1956), S. 237.

27 Vgl. Bokay (1922), S. 11. Peiper (1956), S. 8 schreibt von der „Unsitte des Wickelns“. Er kritisiert auch, daß die Notwendigkeit zum Trockenlegen durch die Wickelbänder verborgen und dadurch die Hautpflege erschwert wird.

28 So etwa Gerard et al. (2002 a), S. 74; Gerard et al. (2002 b), S. 398.

29 Vgl. Rutschky (1983), S. XXIV.

30 Vgl. Renggli (1992), S. 207. Vgl. auch Renggli (1976), S. 167 f., wo er sich noch erheblich differenzierter und teilweise skeptischer zum Wickeln äußerte (vgl. auch S. 244 f.).

31 Allerdings zitiert Hunt (1972), S. 129 ff. Autoren des 17. Jahrhunderts, die das Wickeln mit dem Warmhalten begründeten.

sche Aspekte. Antike Autoren wie der Arzt Soranus von Ephesus (um 100 n. Chr.) gingen davon aus, daß der Körper des Kindes weich und formbar sei. Daher sollte das Baby in unbeweglicher Streckstellung gehalten, dadurch gestützt und geformt werden.³² Die Befürchtung, daß ohne das Wickeln die weichen Glieder des Säuglings deformiert würden, war jahrhundertlang weit verbreitet. Auch deswegen wurden Kinder häufig auf ein festes Brett geschnürt. Die meisten historischen Autoren, die sich für das Wickeln aussprachen, geben Begründungen für diese Praxis, die – wie wir heute eben wissen – physiologisch eindeutig falsch sind und zudem äußerst bedenkliche, emotional gefärbte Konnotationen beinhalten. Zahlreiche Autoritäten der Vergangenheit waren der Meinung, daß das Wickeln notwendig sei, damit das Kind eine Form bekomme und es abgehärtet werde.³³ Wickelnde Mütter behaupteten, ohne Einbinden würde das Kind sich verletzen, seine Augen auskratzen, die Nase zerstören oder seine Genitalien berühren.³⁴ Im Rußland des 19. Jahrhunderts bestand die Vorstellung, daß ein Baby enorm stark sei und deswegen sich oder anderen Schaden zufügen würde, wenn es nicht gewickelt wird.³⁵ Der französische Arzt Mauriceau schrieb im 17. Jahrhundert, das Wickeln verhindere, daß sich das Baby auf allen Vieren wie ein Tier bewegt.³⁶ All diese Begründungen wirken tatsächlich so, als basierten sie auf Projektionen und Angstphantasien, wie deMause bereits 1974 vermutet hat.³⁷ Er gehört zu den energischsten Kritikern des Wickelns und schätzt dessen Auswirkung auf die emotionale Entwicklung des Kindes als extrem schädlich ein.³⁸ Gleichwohl wird das Wickeln als Pflegepraxis nach wie vor angewandt. Angeblich wachse die Popularität des Wickelns in den USA, Großbritannien und den Niederlanden.³⁹ In einer britischen Stichprobe zeigte sich, daß 19,4% der Babys nachts gewickelt wurden.⁴⁰ Insbesondere zur Verhinderung des Plötzlichen Kindstods (SIDS) und zur Beruhigung exzessiv schreiender Babys mit sog. „Koliken“ wird Wickeln in der

32 Vgl. Soranus (1894), S. 59 ff.; vgl. auch Peiper (1966), S. 31; Murken (2005), S. 4.

33 Vgl. Soranus (1894); Galen (1939).

34 Vgl. Gorer in Gorer & Rickman (1949), S. 98; Benedict (1949), S. 452.

35 Vgl. Gorer in Gorer & Rickman (1949), S. 213.

36 Vgl. Mauriceau (1736), S. 311 (franz. Orig. 1668).

37 Vgl. hierzu deMause (1989 a, Erstveröffentlichung 1974), S. 62 ff. und (2002), S. 325 ff.

38 Vgl. deMause (2002), S. 325 ff. Vgl. auch Callensee (1996), S. 427 ff., der das Wickeln zu den Mutter-Ersatzmitteln rechnet und kritisch bewertet.

39 Vgl. van Sleuwen et al. (2007), S. e1097.

40 Vgl. Bacon et al. (1991), S. 630.

Neugeborenenpflege von verschiedenen Praktikern angewandt, auch mit wissenschaftlicher Unterstützung.⁴¹ In Deutschland wird Wickeln nicht als Routinepflegemaßnahme eingesetzt und erfährt wenig Akzeptanz.⁴²



Abb. 10: Gewickeltes russisches Baby, 2007,
St. Petersburg, Rußland, (Bystrova et al. (2007 b), S. 16)

41 Vgl. van Sleuwen et al. (2003), (2006), (2007); Blom et al. (2009).

42 Vgl. Meyer & Erler (2009), S. 24.

Das vorliegende Buch hat zunächst das Ziel, psychologische Aspekte des Wickelns zu skizzieren. Dabei soll die Wirkung dieser Bewegungseinschränkung auf Babys untersucht werden, basierend auf der medizinischen und psychologischen Literatur zum Thema. Der Schwerpunkt des Interesses liegt auf der Mutter-Kind-Beziehung und auf den Auswirkungen der Wickelpraxis auf die emotionale Entwicklung des Kindes. Dann folgt nach einer entwicklungspsychologischen Annäherung an das Thema Wickeln die Einbeziehung des heutigen medizinisch-pädiatrischen Diskurses zum Thema, der immer auch psychologische Anteile beinhaltet, seien sie klar benannt oder auch nur verdeckt enthalten. Explizit werden kinderpsychotherapeutische Aspekte bei der Diskussion berücksichtigt. Im Anschluß daran werden bedeutende empirische Studien zum rezenten Wickeln referiert. Der Teil 1 des vorliegenden Buches beschäftigt sich also mit den psychischen und medizinischen Wirkungen des Wickelns und referiert die wichtigsten empirischen Studien zu heutigen Formen dieser Praxis. Im Teil 2 werden die historischen Formen des Wickelns anhand der überlieferten Quellen rekonstruiert. Dabei werden ausschließlich europäische Quellen (mit Schwerpunkt auf Deutschland, England und Frankreich) berücksichtigt. Zur Analyse der verschiedenen kulturellen Auswirkungen und Niederschläge des Wickelns werden auch kulturhistorische Herangehensweisen verwendet, u. a. Interpretationen literarischer Texte und Analysen von Kunstwerken, vor allem von Bildern und Skulpturen. Außerdem wird die heutige Situation in bezug auf das stramme Wickeln skizziert. Im Teil 3 werden die zentralen Ergebnisse zusammengefaßt und diskutiert. Im Anhang finden sich Tabellen zur Verbreitung des Wickelns, längere Zitate und chronologische Übersichten.



Teil 1: Wissenschaftliche Diskurse zum Wickeln

Entwicklungspsychologische und kinderpsychotherapeutische Überlegungen zum Wickeln

Babys und Neugeborene wurden früher von der Entwicklungspsychologie völlig anders gesehen als heute. Man hielt das Baby lange Zeit für eine Art Reflexwesen, seine Wahrnehmung wurde als extrem reduziert aufgefaßt. William James sprach 1890 vom Wahrnehmungseindruck des Säuglings als einem „blühenden Durcheinander“, und William Stern hielt 1923 das Sehen und Hören bei Neugeborenen praktisch nicht für möglich.⁴³ Man sprach ihnen bis in die 80er Jahre des 20. Jahrhunderts hinein die Schmerzempfindung ab. Seitdem man aber Neugeborene und Babys eingehend empirisch untersucht und sich nicht mehr allein auf theoriegeleitete Spekulation verläßt, entwickelte sich ab den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts aufgrund der Arbeiten der modernen Säuglingsforscher ein völlig anderes Bild. Neue Forschungsmethoden lieferten spektakuläre Erkenntnisse. Zum Thema Schmerzempfindungsfähigkeit bei Neugeborenen gibt Eva Cignacco eine Übersicht:

„Die Erkenntnis, dass auch Neugeborene die Fähigkeit zur Schmerzempfindung haben, ist weniger als 20 Jahre alt. Bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts hinein glaubte man, dass beim unreifen Nervensystem wegen der fehlenden Myelinisierung der Nervenbahnen und des unreifen zerebralen Cortex Schmerzimpulse nicht weitergeleitet würden und deshalb die Neugeborenen keine Schmerzen erführen. Ebenso ging man von der Annahme aus, dass Neugeborene sich nicht an schmerzhafte Erfahrungen erinnern und wiederholte schmerzhafte Stimuli nicht als solche erleben könnten (Abu-Saad et al., 1998). Erst seit den Achtzigerjahren – parallel zu den Fortschritten der technischen Möglichkeiten, die die Überlebenschancen von Frühgeborenen und kranken Neugeborenen verbesserten – begann auch eine systematische Erforschung des Schmerzphänomens bei Neugeborenen. Es gilt heute als gesichert, dass Neugeborene die neurologische Fähigkeit zur Schmerzempfindung bereits antepartal besitzen. Untersuchungen zeigten, dass sich die Myelini-

43 Vgl. Kaufmann-Hayoz & van Leeuwen (2003), S. 869 ff.

sierung zentraler schmerzleitender Bahnen bereits im 2. und 3. Schwangerschaftstrimenon vollzieht (Anand & Carr, 1989). Die funktionale Reife des Cortex konnte durch fetale und neonatale elektroenzephalographische Muster nachgewiesen werden.⁴⁴

Ein großer Teil der Wahrnehmungsfähigkeiten ist lange vor der Geburt entwickelt. In Lehrbüchern der Entwicklungspsychologie werden dazu recht genaue Zeitangaben gemacht. Bereits Föten ab der 24. Gestationswoche reagieren auf akustische Reizung; das Neugeborene kann daher die Stimme seiner Mutter von der anderer Menschen bereits unmittelbar nach der Geburt unterscheiden.⁴⁵ Erstaunlich weit entwickelt ist auch die visuelle Wahrnehmung zum Zeitpunkt der Geburt. Menschliche Babys können vom ersten Tag an nach der Geburt (und schon vorher) sehen, sie nehmen früh eine dreidimensionale Welt wahr, und sie bevorzugen das menschliche Gesicht.⁴⁶ Sie sind, wie Brazelton es ausdrückt, „bei der Geburt auf das menschliche Gesicht programmiert“; Lichtenberg spricht von einer angeborenen „spezifischen Reaktionsbereitschaft“.⁴⁷ Babys schenken dem Gesicht der Mutter schon in den ersten Lebenswochen mehr Aufmerksamkeit als dem Gesicht eines Fremden, vom sie sich auch aktiv abwenden können.⁴⁸

Der menschliche Wahrnehmungsapparat ist aufgrund evolutiver Prozesse so beschaffen, daß die Gesichtswahrnehmung von Anfang an in die emotionale Beziehung zur Mutter bzw. zur primären Bezugsperson eingliedert wird. Schon im Alter von etwa einem Monat können Säuglinge mit ihrem Gesicht und ihren Händen Gesten ihrer Mutter nachahmen.⁴⁹ Neugeborene strecken ihre Zunge heraus, wenn ein Erwachsener ihnen die Zunge herausstreckt, sie imitieren Mundöffnen oder das „Große-Au-

44 Cignacco (2001), S. 171 ff.

45 Vgl. Oerter & Montada (1995), S. 185; Lichtenberg (1991), S. 3 ff., zusammenfassend auch Dornes (1992), S. 41 ff.

46 Vgl. Lichtenberg (1991), S. 11. Zur sogenannten Gesichtspräferenz vgl. Oerter & Montada (1995), S. 204 ff., zur visuellen Wahrnehmung des Babys vgl. auch Dornes (1992), S. 39 ff.

47 Brazelton in Klaus & Kennel (1987), S. 109. Vgl. Lichtenberg (1991), S. 25. Die metaphorische Verwendung des Wortes „Programm“ soll nicht intendieren, daß Gehirn funktioniert auch nur so ähnlich wie ein Computer. Bewußtsein ist nicht das Resultat von Berechnungen oder Datenverarbeitung (vgl. hierzu Edelman & Tononi (2000), S. 70 ff.).

48 Vgl. Lichtenberg (1991), S. 13.

49 Vgl. Lichtenberg (1991), S. 16.

gen-Machen“ der Mutter.⁵⁰ Man geht mittlerweile davon aus, daß die Fähigkeit zur unmittelbaren Nachahmung auf der Existenz sogenannter *Spiegelneuronen* beruht.⁵¹ Diese speziellen Neuronen feuern auf praktisch gleiche Weise sowohl beim Sehen einer Handlung eines anderen Menschen als auch bei der motorischen Nachahmung dieser Handlung. Somit verknüpfen diese Neurone die äußere Erfahrung einer beobachteten Bewegung mit dem inneren Erleben bei ihrer Imitation. Sie bilden eine entscheidende neuronale Grundlage für soziales Lernen, für Einfühlungsvermögen und Empathie sowie für unsere Fähigkeit, bestimmte Kunstwerke zu erleben: Das Betrachten von Bildern ausdrucksstarker Gesichter aktiviert nachweislich die Gesichtsmuskeln des Betrachters.⁵²

Ein wichtiger Aspekt des frühen vorsprachlichen Kommunikationsvermögens des Menschen besteht im Lächeln. Dieses Verhalten beginnt recht früh und entwickelt sich vom „spontanen Reflexlächeln“ sehr bald zu einem „spezifischen selektiven sozialen Lächeln“, das natürlich zunächst wieder der Mutter gilt.⁵³ Parallel zur Entwicklung des selektiven Anlächelns der vertrauten Mutter verweigert das Baby zunehmend das Anlächeln fremder Gesichter. Letztere können dann Besorgt-Sein, Angst oder evtl. auch Ärger hervorrufen. Es bildet sich beim Säugling auf diese Weise eine einfache Grundordnung von vertrauten und fremden, potentiell gefährlichen Objekten heraus.

Lichtenberg bringt solche Reaktionsbereitschaften in einen Zusammenhang mit der Bindung an die Mutter. Diese grundlegenden Fertigkeiten erlauben die Gegenseitigkeit des zugehörigen emotionalen Austauschs. Diese Interaktionsprozesse, die mit Hilfe von Videoaufnahmen untersucht werden, scheinen mit verblüffender Synchronizität abzulaufen. Emotionaler Austausch kann sehr konkrete Formen annehmen: Beim Stillen kommt es vor, daß das Baby die Finger in den Mund der Mutter aktiv hineinsteckt. Mutter und Baby saugen dann gegenseitig aneinander.⁵⁴ Babys können solche Kontakte initiieren – und auch beenden bzw. ablehnen. Bei emotional aversiven Interaktionen weichen Babys bereits

50 Vgl. Oerter & Montada (1995), S. 190. Zu evolutionsbiologischen Aspekten der Entwicklungspsychologie vgl. Keller (1993).

51 Vgl. hierzu insbesondere Cozolino (2006), S. 186 ff., ferner Stern (2005), S. 91.

52 Vgl. Cozolino (2006), S. 202.

53 Vgl. Bowlby (1975), S. 261 ff.

54 Vgl. Lichtenberg (1991), S. 53; das Kind war 6 Monate alt.

im Alter von zwei Wochen vor einem sich schnell nähernden Gesicht zurück und reagieren mit Abwehr.⁵⁵

Das heutige Bild von den Empfindungsfähigkeiten des Babys ist also ein radikal anderes als noch Mitte des 20. Jahrhunderts. Es ist nun zu fragen, wie unter Berücksichtigung dieses Bildes die Erfahrung monatelangen strammen Wickelns zu rekonstruieren ist. Diese Rekonstruktion wird erschwert durch die Tatsache, daß es offenbar kaum psychologische oder psychotherapeutische Artikel gibt, die sich unmittelbar mit dem Wickeln und seinen Folgen beschäftigen. Offenbar ist diese Praxis im Westen immerhin so selten, daß weder einschlägige Studien existieren noch Einzelfallbeschreibungen veröffentlicht wurden. Dabei ist zu vermuten, daß Freuds berühmter russischer Patient, der in die Literatur unter dem Pseudonym „Wolfsmann“ eingegangen ist, als Baby gewickelt wurde.⁵⁶ Blum befragte den Wolfsmann, indem er dessen Psychoanalytikerin Muriel Gardiner die Fragen übermitteln ließ. Der Wolfsmann selbst ging davon aus, daß er gewickelt wurde.⁵⁷ Interessanterweise benennt Blum diverse Symptome des Wolfsmannes, die man mit langen Wickelerfahrungen in einen Zusammenhang bringen könnte. Dazu gehört ganz grundlegend ein Schwanken zwischen masochistischem, ohnmächtigem Erleben und grandiosen Allmachtsphantasien. Der Wolfsmann sei praktisch lebensunfähig gewesen, er sei trotz Behandlung lebenslang depressiv gewesen und habe sich nicht selbst ankleiden können.⁵⁸ Als Vierjähriger sei er von analen blasphemischen Zwangsgedanken geplagt gewesen und habe an einer unklaren Anorexie gelitten. Teil der Beschreibung der Fallgeschichte ist der berühmte Traum des Wolfsmannes als Vierjähriger von völlig regungslosen weißen Wölfen im Baum vor dem Fenster des Kindes.⁵⁹ Die Tiere schauten den Wolfsmann an, der Angst hatte, daß sie ihn auffressen wollten. Blum schreibt, daß der Wolfsmann als erwachsener Mann massive Angst vor starrenden Augen entwickelte, aber auch Angst hatte, selbst

55 Vgl. Lichtenberg (1991), S. 48.

56 Vgl. Freud (1918), S. 27-157 („Aus der Geschichte einer infantilen Neurose“). Zur Vermutung, daß der Wolfsmann als Baby gewickelt wurde, vgl. Blum (1974), S. 733 und 737. Aus heutiger Sicht handelt es sich im Falle des Wolfsmannes nicht um Störungen auf neurotischem Strukturniveau, sondern auf Borderline-Strukturniveau (vgl. Blum (1974), S. 723, der sogar auf psychotische Episoden aufmerksam macht).

57 Vgl. Blum (1974), S. 733.

58 Vgl. Blum (1974), S. 725 und 730.

59 Vgl. Freud (1918), S. 54 ff.

zu blicken.⁶⁰ Er beschäftigte sich zeitweise ausschließlich mit Kleidung und Aussehen. Außerdem, so Blum, habe sich der Wolfsmann stark mit seinem immobilisierten Vater identifiziert, später auch mit dem gekreuzigten Christus.⁶¹ Ein Zusammenhang dieser Symptome mit den Erfahrungen von strammem Wickeln, wie es in Rußland zu dieser Zeit üblich war, ist denkbar. Insbesondere das erwähnte Erleben von Bewegungslosigkeit und der Umgang mit Kleidung aber auch die Überbesetzung des visuellen Aspekts in Verbindung mit kaum kontrollierbaren Angstphantasien gehören hierher. Wickeln wäre *ein* pathogener Faktor in der frühen Kindheit des Wolfsmannes neben anderen, wozu u. a. die Nichtverfügbarkeit der Mutter in der frühen Kindheit, Störungen der Beziehungen zu beiden Eltern und sexuelle Verführung (durch Kindermädchen und die Schwester) gehörten.

Selbst Studien zu den Folgen medizinisch bedingter Einschränkungen der Bewegungsfreiheit bei älteren Kindern und ihre psychotherapeutische oder psychoanalytische Aufbereitungen sind offenbar selten. Phyllis Greenacre berichtete 1944 von einem Fallbeispiel, einer jungen Frau, die als Kind im Alter von 18 bis 24 Monaten Metallklammern an den Beinen trug. Eines ihrer Symptome war eine extreme Langsamkeit im Verhalten.⁶² Generell nahm Greenacre an, daß frühes Immobilisieren zur Verstärkung sado-masochistischer Charakterzüge führt.

Anna Freud schrieb ebenfalls über Kinder, die immobilisiert wurden, etwa durch einen Gipsverband. Die Kinder wurden meist besonders gefügig, erlebten mitunter dann aber heftige Zorn- und Wutausbrüche, besonders wenn die Einschränkungen erleichtert werden.⁶³ Dies paßt zur Annahme einer Verstärkung sado-masochistischer Muster, die im übrigen auch Sigmund Freud bei seinem Patienten „Wolfsmann“ beschrieb.⁶⁴ Generell, so Anna Freud, sei eine Aggressivierung bei den Kindern zu beobachten. Die Überlegungen von Levy zielten in dieselbe Richtung. Er sah Hyperaktivität als Folge von massiver motorischer Einschränkung in der frühen Kindheit und beschrieb diesen Zusammenhang anhand einiger plausibler Fallbeispiele.⁶⁵ Es ging allerdings weder bei ihm noch

60 Vgl. Blum (1974), S. 729 f.

61 Vgl. Blum (1974), S. 737.

62 Vgl. Greenacre (1952), S. 84 ff., (Erstveröffentlichung 1944).

63 Vgl. A. Freud (1952), S. 1263 ff.

64 Vgl. Freud (1918), S. 51.

65 Vgl. Levy (1944), S. 650 ff., Fallbeispiele S. 655.

bei Anna Freud um Kinder, die als Neugeborene längere Zeit gewickelt wurden.

Bereits Greenacre wies darauf hin, daß eine angemessene Beurteilung des Wickelns von der Tatsache erschwert wird, daß es sehr unterschiedliche Formen dieser Praxis gibt, was die Art, die Festigkeit und die Dauer angeht, mit entsprechend unterschiedlichen Folgewirkungen.⁶⁶ Dem kann nur zugestimmt werden. Trotzdem lassen sich Grundzüge einer psychologischen Auseinandersetzung mit dem Problem des Wickelns ausarbeiten. Zentral ist dabei, daß das Wickeln faktisch eine extreme Bewegungseinschränkung darstellt. Die möglichen psychoemotionalen Folgen dieser motorischen Restriktion sollen im weiteren untersucht werden.

Zunächst ist anzumerken, daß jegliches Wickeln ganz unmittelbar zwei Wahrnehmungsinputs beeinflusst, nämlich die taktile und die propriozeptive Wahrnehmung. Die taktile Wahrnehmung basiert unmittelbar auf der Hautempfindung, also dem, was ein Baby an seiner Körperoberfläche fühlen kann. Demgegenüber bezeichnet „propriozeptive Wahrnehmung“ den Input, den das Baby für das Erleben und Wahrnehmen seiner eigenen Bewegung und auch seiner Lage im Raum benötigt. An dieser Wahrnehmung sind die Rezeptoren im Gleichgewichtsorgan des Innenohrs und die Mechanorezeptoren beteiligt, die auf die Stellung seiner Muskeln und Sehnen reagieren.

Bezogen auf die taktile Wahrnehmung gibt es offenbar zwei diametral verschiedene Auffassungen davon, wie sich Wickeln ganz unmittelbar auf ein Baby auswirkt: Einige Autoren gehen davon aus, daß Wickeln zu einer ausgedehnten sensorischen Deprivation führt, also zu einer Verringerung des üblichen taktilen Wahrnehmungsinputs. Andere Autoren behaupten, daß Wickeln eine stimulierende und befriedigende taktile Wirkung auf das Baby entfaltet, so etwa Ashley Montagu:

„Far, then, from tight binding and swaddling exerting any unfavorable effects upon the development of the child, the very opposite seems to be true. These practices would seem to have very real psychological advantages, in no way interfering with the motor development of the child and, if anything, affording him more tactile satisfactions than many children receive in noncradleboard cultures.“⁶⁷

66 Vgl. Greenacre (1952), S. 103 f.

67 Montagu (1977), S. 299.

Nach Montagu bewirkt also „gutes Wickeln“ einen konstanten Hintergrund taktiler Stimulation. Auch die Psychologin Brackbill sieht im Wickeln eine „kontinuierliche propriozeptiv-taktile Stimulation“.⁶⁸ Sie untersuchte vier Wahrnehmungs-Modalitäten: auditorische, visuelle und propriozeptiv-taktile Stimulation; hinzu kam eine Anordnung mit Temperaturreizen. In ihrem kurzen Artikel zu diesen Arten von Stimulation untersucht sie zwar die Auswirkungen auf das Erregungsniveau von Babys, aber nicht, ob es unter den jeweiligen Experimentalbedingungen überhaupt zu erhöhter Stimulation kommt – oder etwa zum Gegenteil, nämlich zur Reizdeprivation. Das gilt insbesondere für das Wickeln. In bezug auf die ebenfalls untersuchte akustische Stimulation nimmt sie zu Recht an, daß eine lautere Beschallung (Experimentalgruppe) mehr Stimulation bewirkt als leisere Beschallung (Kontrollgruppe). Diese Logik wendet sie aber ohne jede empirische Absicherung auch auf die propriozeptiv-taktile Stimulation an. Sie geht davon aus, daß das Wickeln (Experimentalgruppe) mehr Stimulation bewirkt als normale Babykleidung (Kontrollgruppe). Hier liegen aber die Verhältnisse völlig anders als im Fall der akustischen Stimulation. Zur Propriozeption gehört die Wahrnehmung der Lage des eigenen Körpers und der Stellung seiner Glieder im Raum. Ein gewickeltes Baby hat immer dieselbe Stellung und empfängt in diesem Bereich weniger Stimulation. In bezug auf die taktile Wahrnehmung sind die Verhältnisse nicht ganz so offensichtlich, weil das Ausmaß der Stimulation letztlich von der Festigkeit des Wickelns abhängt. Geht man davon aus, daß es auch im Experiment von Brackbill einigermaßen human zugeht, wurde eher sanft gewickelt. Und dann ist anzunehmen, daß die taktile Stimulation geringer ist, als bei Babys, die sich bewegen können und dadurch permanent neue Reizkonfiguration beim Berühren der Decke, des Bodens und der eigenen Körperteile erhalten. Bei sehr hartem Wickeln führt die taktile Stimulation womöglich zu Schmerzen, d. h. zu übermäßiger taktile Stimulation.

Tatsächlich belegt die Autorin in ihrem Artikel nicht, daß sie durch Wickeln erhöhte Stimulation erreichte, sondern nur, daß die jeweils realisierte Versuchsanordnungen die Erregungsniveaus der Kinder senkten. Und diese Wirkung ist im Fall des Wickelns altbekannt.

Ein fest eingewickeltes Baby fühlt womöglich einen Druck, evtl. fällt ihm sogar das Atmen schwerer: Gewickelte Babys zeigen eine leicht erhöhte

68 Vgl. Brackbill (1973), S. 43.

Atemfrequenz.⁶⁹ Aber der immer gleiche Zustand des Körpers, der durch die Wickelbänder in einer einzigen Position festgehalten wird, ergibt gerade keinen stimulierenden, sich verändernden Wahrnehmungsinput. Sowohl taktiler als auch propriozeptiver Input sind aufgrund der auf Dauer unveränderten Wahrnehmungssituation „eingefroren“ – zumindest wenn man Blutstauungen, Wundliegen oder andere mögliche Komplikationen und die damit verknüpften Körpersensationen einmal außer Acht läßt. Eine bestimmte Form des propriozeptiven Inputs, nämlich die vestibulären (vom Gleichgewichtsorgan ausgehenden) Wahrnehmungen, ergibt sich, wenn das gewickelte Kind getragen wird, etwa in einem Cradleboard. Wichtig ist aber, daß diese Bewegungen dann nicht aktiv vom Kind ausgehen. Anders wären die vestibulären Eindrücke, wenn das Kind sich frei bewegen könnte, zumindest den Kopf bewegen könnte, was durch die Wickelung meist und mitunter absichtlich verhindert wurde.

Für die visuelle Wahrnehmung gesprochen liegt ein mit dem Gewickelt-Sein vergleichbarer Zustand vor, wenn man auf ein einfarbiges Feld blickt. Es ergeben sich keine weiteren Veränderungen der Wahrnehmungssituation mehr, was mitunter zu erstaunlichen Phänomenen führt. Versuchspersonen, die in eine gleichförmig beleuchtete Halbkugel schauen, sehen nach einiger Zeit nur noch grauen Dunst ohne jede perzeptive Differenzierung.⁷⁰ Generell gilt, daß Wahrnehmung und die grundlegende Gliederung des Feldes in Figur und Grund von einem ausreichenden Maß von Veränderung in Zeit und Raum abhängen. Das gilt so uneingeschränkt auch für taktile und propriozeptive Wahrnehmung. Sofern also keine Schmerzen infolge unsachgemäß durchgeführter Wickelung auftreten – also im günstigsten Fall – scheint Wickeln mit einer sensorischen Deprivation verknüpft zu sein. Der Wahrnehmungsinput wird reduziert und durch die völlige Bewegungsunfähigkeit sozusagen „eingefroren“, sensorische Veränderungen werden verhindert. Es erfolgt dann wohl eine Habituation, eine Art „Unempfindlich-Werden“ gegen einen immer gleichen und damit wenig informationshaltigen Input. Das gilt nicht für den Fall von Blutstauungen. Dann können äußerst unangenehme Körpersensationen auftreten, also das genaue Gegenteil von sensorischer Deprivation: Kitzeln, Schmerzen, Taubheitsgefühle. Die Schmerzen führen dann entweder zu einer motorischen Aktivierung des Kindes oder zu einer Art

69 Vgl. Richardson et al. (2009), S. 479.

70 Vgl. Krech et al. (1985), S. 69.

dissoziativen Rückzug. Dazu später mehr. Lichtenberg beschreibt die erstaunlichen Mittel der Wahrnehmungskontrolle, über die das Baby verfügt: Man kann kleine Babys zum Einschlafen bringen, indem man ihnen das Gesicht mit einem Tuch abdeckt.⁷¹ Auch dieses Abdecken stellt eine (meist kurzfristige) sensorische Deprivation dar, allerdings erheblich weniger gravierend als das Wickeln. Manche Babys scheinen sich gegen das Abdecken wehren zu können und ziehen das Tuch weg. Das Abdecken des Gesichtsfeldes mit einem Tuch wurde von Eltern in der Säuglingspflege ebenso eingesetzt wie das Wickeln. Und beide Maßnahmen können zum Einschlafen des Kindes führen. Lichtenberg spricht im Zusammenhang mit dem Tuch, das den visuellen Input drastisch verringert, von Habituation:

„Zu einer Habituation der Reaktion auf bereits erfaßte Stimuli kommt es ja nicht, weil diese so intensiv sind und daher die Gefahr der Überstimulation bergen, sondern weil ihnen der Reiz des Neuen fehlt.“⁷²

Habituation findet statt, weil es keine neuen Reize gibt und somit keine Information übermittelt wird. Genau diese Auffassung von der Wahrnehmungssituation eines gewickelten Babys läßt sich vertreten: Es kann sich nicht bewegen, auch nicht den Kopf. In der Körperperipherie finden keine Veränderungen mehr statt, Informationen werden nicht übermittelt, das Reizfeld bleibt dauerhaft gleich. Die Folge ist das Abnehmen des allgemeinen Erregungsniveaus (*arousal*) und letztlich ein Schläfrig-Werden bzw. die Veränderung des Bewußtseinszustands, schließlich ein Einschlafen. Wenn dies auf Dauer praktiziert wird, ergibt sich nicht nur eine Habituation, sondern schließlich auch eine mehr oder weniger ausgedehnte sensorische Deprivation. Und diese Deprivation löst beim Baby offenbar das schnelle Einsetzen des Schlafes aus. In einer experimentellen Studie zum Wickeln von 1960 beschrieben Lipton et al. bereits ihre Auffassungen von den neurologischen Mechanismen, die das Wickeln auslöst:

„There is considerable evidence pointing toward the role of proprioceptive impulses in maintaining the alert state, via the ascending reticular activation sys-

71 Vgl. Aleksandrowicz & Aleksandrowicz (1976), S. 264 sowie die theoretische Einordnung dieser Ergebnisse bei Lichtenberg (1991), S. 11. Ursache des Einschlafens scheint der fehlende Wahrnehmungsinput zu sein.

72 Lichtenberg (1991), S. 11.

tem, the thalamic and hypothalamic centers. These impulses heighten the activity of the hypothalamus in general and the posterior hypothalamus in particular. The latter, when stimulated, apparently acts through the medullary centers to produce sympathetic effects and a rise in respiratory rate. It also appears to potentiate motor reactivity. It is reasonable, we feel, to extrapolate this information to our data and suggest that in the neonate, at least, imposing motor restraint reduces the number of afferent impulses reaching the posterior hypothalamus, the thalamus, and the cerebral cortex, thereby lowering the prestimulus heart and respiratory rates and promoting sleep.⁷³

Die reduzierten „afferenten Impulse“ sind jene taktilen und propriozeptiven Rezeptorerregungen, die aus der Körperperipherie stammen und zum Gehirn weitergeleitet würden, aber durch das Wickeln eben weitgehend unterdrückt werden.

Autoren wie Montagu und Brackbill ist also zu widersprechen, wenn sie von einer fortgesetzten taktilen Stimulation durch Wickeln ausgehen. Gewickelte Kinder werden wohl eher taktil depriviert, und sie zeigen eine starke Verringerung ihres Erregungsniveaus, sie schlafen mehr, wie später noch genauer ausgeführt wird. Moderne Untersucher gehen von einer verringerten Propriozeption infolge des Wickelns aus.⁷⁴ Forscher fanden auch klare empirische Unterstützung für die Aussage, daß Wickeln die Erregungsschwellen erhöht, was zu einem insgesamt verringerten Erregungsniveau bei gewickelten Babys führt.

Nicht nur die Hautempfindung und die Wahrnehmung werden von strammem Wickeln maßgeblich beeinflusst. Ein zentraler Aspekt der Praxis besteht in der Verhinderung der Bewegung und des motorischen Ausdrucks. Der bedeutende Säuglingsforscher Daniel Stern geht davon aus, daß es für die normale Entwicklung des Selbst von zentraler Bedeutung ist, daß das Baby erlebt, wie seine eigenen willkürlichen Muskelbewegungen etwas *bewirken*.⁷⁵ Das Erleben, erfolgreich eine Muskelbewegung auszu-

73 Lipton et al. (1960), S. 64.

74 Vgl. Richardson et al. (2009), S. 479: „Our findings (...) support the contention, that the motor restraint of swaddling decreases proprioceptive stimulation to the cortex via brainstem by inhibiting this startle reflex.“ Auch Lipton et al. (1965), S. 563 vermuten eine Verringerung des propriozeptiven Inputs, wohl auch des taktilen Inputs, solange das Kind sich nicht gegen das Wickeln wehrt und strampelt.

75 Vgl. Stern (1993), S. 47 und vor allem 114 ff. Ferner Dornes (1997), S. 26 ff.

führen, etwa den Daumen in den Mund zu führen und nicht gegen die eigene Wange, liefert dem Baby ein Gefühl eigenen Willens. Es erlebt die eigene Urheberschaft bei einer gewollten Handlung. Stern sieht in der Urheberschaft den zentralen Faktor bei der Entwicklung eines organisierten Selbst-Empfindens.⁷⁶ Es stellt sich somit die Frage, ob durch festes Wickeln die Entwicklung genau dieses Erlebens nachhaltig gestört wird. Nach allgemein akzeptierter entwicklungspsychologischer Auffassung beginnt die Organisation des kindlichen Selbst mit dem Erleben körperbezogener Wahrnehmungen, die dem Baby erlauben, zwischen Selbst und Nicht-Selbst – also der Welt und den Bezugspersonen (Objekten) – zu unterscheiden.⁷⁷ Ein gewickeltes Baby ist nun aber nicht mehr in der Lage, eine selbstbestimmte Bewegung durchzuführen. Es kann daher seinen Daumen zur Selbsttröstung nicht mehr in seinen Mund stecken, was es lange zuvor als Fötus ohne Probleme bereits vermochte.⁷⁸ Die Bewegungen Neugeborener werden innerhalb der Säuglingsforschung als Hinweise auf mentale Prozesse interpretiert. So wurde beispielsweise durch die Beobachtung der Kopfbewegungen drei Tage alter Säuglinge festgestellt, daß sie den Kopf in Richtung des Geruchs der Mutter drehen.⁷⁹ Dies belegt ein Wiedererkennen der Mutter. Völlig eingewickelte Babys können den Kopf nicht drehen und sind allgemein an jeder Willkürbewegung gehindert – mit Ausnahme der Gesichts- und Augenbewegungen. Die Selbstempfindung scheint auf das Engste verknüpft mit sensumotorischen Schemata.⁸⁰ Auch hier gilt, daß das gewickelte Baby einen extrem eingeschränkten sensumotorischen Input hat, und entsprechend kein Gefühl für den eigenen Willen und ein kohärentes Selbst in dieser Zeit entwickeln kann. Hinzu kommt, daß motorische Entwicklung natürlich das Ausführen von Bewegungen als Baby, ja bereits als Embryo und Fötus erforderlich macht. Streckbewegungen des Nackens beginnen bereits in der 7. Woche nach der Konzeption.⁸¹ Auch wenn ein größerer Teil der Entwicklung als biologisch determinierte Reifung verstanden werden kann, scheinen diese pränatalen Bewegungsmuster die Voraussetzung für die Aktualisierung der Motorik darzustellen.

76 Vgl. Stern (1993), S. 106.

77 Vgl. Fonagy et al. (2004), S. 39 ff.

78 Vgl. Piontelli (1992), S. 46 berichtet über eine Ultraschallbeobachtung in der 30. Schwangerschaftswoche.

79 Vgl. Stern (1993), S. 63.

80 Vgl. Stern (1993), S. 72 f.

81 Vgl. Michaelis (2003), S. 844 ff., der auf die Untersuchungen von Precht verweist. Vgl. auch Piontelli (1992), S. 32.

Der Fötus beherrscht bereits *in utero* eine große Vielfalt motorischer Muster, wie die Neuropsychiaterin und Kinderpsychotherapeutin Piontelli mit Hilfe von Ultraschallbeobachtungen festgehalten hat. Der Fötus kann am eigenen Daumen saugen, sein Gesicht berühren, seine Plazenta betasten, boxen und treten. Zwillinge berühren oder bekämpfen sich sogar im Mutterleib. Laut Piontelli verfügt der Fötus bereits über alle neonatalen motorischen Muster, über die auch das Neugeborene verfügt:

„No neonatal pattern can be considered to originate at birth, as the fetus has already the full repertoire of movements which will be found in the neonate. The only difference lies in the quality of movement, most probably because of the increased influence of gravity after birth.“⁸²

Die Schwerkraft, die sich außerhalb des Fruchtwassers nachgeburtlich stark auswirkt, sorgt also für den scheinbaren Rückgang motorischer Fähigkeiten. Wenige Wochen nach der Geburt erscheinen bestimmte motorische Muster wieder, die nur scheinbar verschwunden waren, wie Piontelli in ausführlichen Vergleichen zwischen pre- und postnatalen Beobachtungen eindrucksvoll belegt hat. Wickeln unterbindet nun die Weiterverwendung der eigenen motorischen Fähigkeiten fast völlig.

Selbstinitiierte Bewegung ist ein zentraler Faktor bei der Entwicklung der Motorik, aber ebenso bei der Ausbildung von Wahrnehmung bzw. von sensorischen Verarbeitungsfähigkeiten. Im Tierversuch konnte eindrucksvoll gezeigt werden, daß die dauerhafte Verhinderung der Ausführung motorischer Bewegungen massive Auswirkungen auf das Lernen visueller Abläufe hat.⁸³ Wissenschaftler hinderten neugeborene Kätzchen durch eine mechanische Konstruktion an der Bewegung, gestatten ihnen aber den visuellen Input (Bedingung „passive Katze“). Die andere Versuchsgruppe bestand aus Kätzchen, die aktiv sich in der Anordnung bewegen konnten (Bedingung „aktive Katze“). Durch die Mechanik der Versuchsanordnung war sichergestellt, daß die Kätzchen beider Versuchsbedingungen den exakt gleichen Wahrnehmungsinput hatten. Die passiven Kätzchen

82 Piontelli (1992), S. 30. Die Autorin beschreibt u. a. folgende Bewegungsmuster: Daumen-Saugen (S. 46, 149, 151), Berühren des eigenen Gesichts (S. 71, 131 [!]), Boxen (S. 151), Treten (S. 114, 148), Kämpfen (S. 148 ff.), Plazenta-Betasten (S. 91, 117).

83 Held & Hein (1963), S. 872 ff. sowie Held (1965), S. 84 ff.

entwickelten keine normale visuelle Wahrnehmung. Die aktiven Kätzchen, die sich selbst bewegten, lernten dagegen visuell.

Auch für (erwachsene) Menschen wurde die enorme Bedeutung von motorischem „Bewirkungserleben“ für die visuelle Orientierung nachgewiesen, allerdings ging es hierbei nicht um längerfristige, sondern nur um mittelfristige Effekte in der Größenordnung von Tagen und Wochen.⁸⁴ In den sogenannten Brillenversuchen mußten erwachsene Probanden lernen, mit Umkehrbrillen motorische Abläufe zu steuern und zu beherrschen. Diese Brillen vertauschen durch einen Spiegel oben und unten. Anfangs sind die Probanden fast hilflos, aber im Laufe der Zeit können sie wieder lernen, sich frei und sicher im Feld bewegen. Das war aber nur denjenigen Probanden möglich, die selbst das Bewirken motorischer Handlungen erleben durften. Wenn die Probanden etwa ausschließlich von anderen Personen bewegt wurden, lernten sie selbst kein freies Bewegen bzw. kein visuelles Orientieren mit Umkehrbrillen. Das Bewirkungserleben war erneut zentral für das Lernen, nicht etwa der rein „visuelle Input“. Wahrnehmung ist kein passiver Prozeß der Abbildung der äußeren Reizkonfiguration, sondern ein Vorgang, der ohne die entscheidende Aktivität des Organismus nicht funktioniert.⁸⁵

Durch die extreme Einschränkung der Motorik ist es dem gewickelten Baby nicht möglich, körperliche Gesten auszuführen, Gegenstände zu ergreifen, sich selbst anzufassen und so kennenzulernen oder die Mutter zu berühren. Daher muß angenommen werden, daß das Wickeln weite Bereiche des kommunikativen Austauschs zwischen Mutter und Kind beeinträchtigt. Dieser Austausch stellt ein fein abgestimmtes Interaktionsgeschehen dar, das zunächst auf motorischen und vokalen Gesten beruht.⁸⁶ Mutter und Kind initiieren abwechselnd diesen körpernahen Dialog, den die moderne Säuglingsforschung so minutiös beschreibt.⁸⁷ Wickeln, wie es in Alteuropa üblich war, verhinderte monate- oder jahrelang dieses „Körpergespräch“. Die emotionalen Folgen dieses Verstummens können bislang nur erahnt werden.

Selbst wenn man die Ebene des psychischen Geschehens noch nicht auf die kleinkindliche Fähigkeit zur Kommunikation mit der Mutter er-

84 Vgl. Kohler (1956).

85 Vgl. Kaufmann-Hayoz & van Leeuwen (2003), S. 866 ff.

86 Vgl. Stern (1993), S. 62 ff.

87 Vgl. – pars pro toto – Lichtenberg (1991), S. 52 ff.

weiter, sondern nur im sensumotorischen Bereich bleibt, fragt man sich ernsthaft, wie ein gewickeltes Kind sich hierin entwickeln kann – wobei *ent-wickeln* einen Doppelsinn bekommt. Entwicklungspsychologen gehen von der zentralen Bedeutung der eigenen Handlungen beim Baby aus:

„Das Erkennen der Verursachung eines Ereignisses durch eigene Handlungen ist ein wichtiger Aspekt des Erkennens von Kausalbeziehungen, für Piaget der Ursprung des Kausalitätsbegriff überhaupt.“⁸⁸

Es stellt sich die Frage, wie ein gewickeltes Baby lernt, Ursache und Wirkung miteinander zu verknüpfen, wenn es selbst am motorischen Explorieren der Welt gehindert wird. Soll reines Zuschauen da genügen? Es könnte sein, daß gewickelte Baby sich auf den ihnen verbleibenden Rest des Wahrnehmungsausschnitts und seiner verbliebenen motorischen Möglichkeiten konzentrieren und diesen – psychoanalytisch ausgedrückt – überbesetzen.⁸⁹ Dieser Wahrnehmungsausschnitt ist vor allem der visuelle Bereich, die Motorik ist auf die Gesichts- und Augenmuskulatur beschränkt. Hinzu kommen natürlich die Erfahrungen in allen sensorischen und wahrnehmungsmäßigen Modalitäten, wenn das Kind aus- oder wieder eingewickelt wird. Evtl. genügen diese Erfahrungen, damit keine allzu offensichtlichen Deprivationsschäden auftauchen, zumindest wenn Dauer und Festigkeit des Wickelns bestimmte Grenzen nicht überschreiten. Denn derartige kognitive oder psychische Schäden werden in der wissenschaftlichen Literatur nicht beschrieben; genauer gesagt: Sie wurden nicht untersucht, denn publizierte negative Ergebnisse gibt es ebenfalls nicht. Lediglich die Studie von Danzinger und Frankl, die später detailliert dargestellt wird, enthält gewisse relevante Ergebnisse, und zwar im Sinn der Dokumentation sensumotorischer Deprivationsfolgen durch Wickeln.

Zur Annahme einer intensivierten Besetzung des visuellen Inputs paßt, daß Entwicklungspsychologen von einer Äquivalenz der Intensität der Reizeinwirkung in den verschiedenen Sinnesmodalitäten ausgehen. Das bedeutet für experimentelle Settings, daß ein Baby ähnlich intensiv von visuellen wie von akustischen Signalen stimuliert werden kann, wobei

88 Kaufmann-Hayoz & van Leeuwen (2003), S. 876.

89 Vgl. hierzu auch Erikson (1992), S. 379 ff., der vermutete, daß russische gewickelte Kinder stärker „halluzinieren“, womit er wohl eine verstärkte Beschäftigung mit (visuellen?) Phantasien meint. Leider ist Eriksons empirische Argumentation, die sich auf eine Romaninterpretation stützt, empirisch sehr unbefriedigend. Vgl. auch Frenken in Dinzelbacher & Frenken (2008), S. 98 f.

allerdings keine völlige Äquivalenz besteht.⁹⁰ Man ist versucht, den weltweit verbreiteten Aberglauben des *Bösen Blicks* mit dem Wickeln in einen Zusammenhang zu bringen. Beides, Wickeln und die Abwehr des *Bösen Blicks*, der besonders Säuglinge gefährden würde, hängen mit magischen Vorstellungen und projizierten Aggressionen zusammen. Die Forschungsliteratur zum *Bösen Blick* ist allerdings unüberschaubar, und es würde bei weitem den Umfang des vorliegenden Buches überschreiten, etwaigen Zusammenhängen nachzugehen.

Medizinische Aspekte des Wickelns

Vorbemerkungen

Zu den medizinischen Studien zum Wickeln sind vorab mehrere Anmerkungen zu machen. Zunächst muß betont werden, daß sie von Medizinern (meist Kinderärzten oder Neonatologen) durchgeführt wurden. Die meisten empirischen Daten basieren auf der Messung physiologischer Parameter. Diese Daten werden häufig per Interpretation sozusagen „unter der Hand“ in psychologische Größen überführt. Auf diesem Weg wird aus einer verringerten Herzfrequenz eine Beruhigung, aus der verlängerten Schlafdauer ein positives Ergebnis oder verbesserte „Schlafeffizienz“. Diese Interpretationen gehen weit über das hinaus, was die Daten eigentlich dokumentieren, nämlich physiologische Aspekte. Außerdem werden diese Interpretationen generell ohne die Einbeziehung von entwicklungspsychologischer oder kinderpsychotherapeutischer Literatur ausgeführt. Entwicklungspsychologen sind gewöhnlich auch nicht an der Planung, Durchführung und Auswertung der experimentellen Settings beteiligt. Ein weiterer wichtiger Aspekt dieser Studien ist der, daß alle Wickelmaßnahmen innerhalb der Untersuchungsanordnungen zeitlich begrenzte und kurze Interventionen waren. Es handelt sich meist nicht um monate- oder jahrelanges Wickeln. Zudem ist die Festigkeit des Wickelns unter der Aufsicht heutiger Ärzte modifiziert durchgeführt worden. Davon wäre nicht auszugehen, wenn Mütter und Laien ihre oft traditionell be-

90 Vgl. Kaufmann-Hayoz & van Leeuwen (2003), S. 880.

gründeten Wickelungen durchführten.⁹¹ Mit anderen Worten: Die Form des Wickelns, die in einem modernen medizinischen Experimentalsetting untersucht wird, ist *nicht* gleichzusetzen mit den antiken oder mittelalterlichen Formen des Wickelns, die aber von zentralem Interesse innerhalb des vorliegenden Buches sind. Immerhin gibt es partielle Übereinstimmungen der verschiedenen Wickelungstechniken.

Es gilt somit, daß die medizinischen Daten sich auf eine modifizierte Form des Wickelns in zeitlich begrenzten – manchmal sogar sehr kurzen – Versionen beziehen. Die hier referierten Studien geben dem Forscher also weder unmittelbare Auskunft über die kurzzeitigen medizinischen oder psychologischen Effekte des festen traditionellen Wickelns noch über dessen psychoemotionalen Langzeitfolgen, wenn es über einen monate- oder jahrelangen Zeitraum durchgeführt wurde. Trotzdem bleiben diese Studien eine wichtige Informationsquelle zur Pflegepraxis Wickeln. Sie liefern eine Abschätzung: Traditionelles Wickeln war wahrscheinlich fester, wurde nicht von Fachpersonal durchgeführt und wurde erheblich länger eingesetzt, sowohl bezogen auf die tägliche Dauer als auch auf das Höchstalter des Kindes, in dem es noch gewickelt wurde.

Die wohl als klassisch zu bezeichnende Arbeit von Lipton et al. aus dem Jahr 1965 lieferte einen historischen Abriß zum Wickeln und enthielt zudem eine empirische Untersuchung einer modernen Wickelform. Die Forscher beschrieben vor allem zwei zentrale Effekte von festem Wickeln auf Babys: Sie werden motorisch ruhig und schlafen sehr viel.⁹² Diese Effekte werden anhand verschiedener psycho-physiologischer Parameter erfaßt, etwa Herzfrequenz, Schlafdauer, Schreidauer. Lipton et al. beschrieben, daß Babys durch Wickeln ruhig werden und „kooperativ“ würden, was Studien zur physiologischen Reaktivität generell erleichtere.⁹³ Die Forschungsgruppe um die niederländische Verhaltensbiologin van Sleuwen bestätigt dieses Bild. In ihrer aktuellen Metaanalyse medizinischer Studien zum Wickeln und seinen Effekten aus dem Jahr 2007 stellen die Wissenschaftler zusammenfassend fest, daß gewickelte Babys ein verringertes Erregungsniveau aufweisen und länger schlafen als ungewickelte.⁹⁴

91 In der Studie von Gerard (2002 b), vgl. S. 398 ff. und 403 finden auch traditionelle Wickelmethoden Eingang in das experimentelle Setting.

92 Vgl. Lipton et al. (1965), S. 560 ff.

93 Lipton et al. (1965), S. 521.

94 Van Sleuwen et al. (2007), S. e1097.

Allerdings sind bereits an dieser Stelle massive Einschränkungen zum Geltungsbereich der Studien zu machen, denn die meisten der von van Sleuwen et al. genannten positiven Effekte beziehen sich nicht auf normal entwickelte Neugeborene, sondern auf beeinträchtigte Babys, nämlich auf Frühgeborene und Schreibabys mit hirnorganisch nachweisbaren Schäden.⁹⁵ Das gilt auch für den Umgang mit schmerzhaften Pflegehandlungen, etwa der Blutabnahme an der Ferse.⁹⁶

Van Sleuwen et al. beschreiben, daß frühgeborene, also physiologisch unreife Babys sich durch Wickeln besser motorisch entwickeln würden; das Wickeln würde den Streß reduzieren; Schreibabys mit Hirnschäden würden weniger schreien und das Wickeln würde Schmerzen verringern. Diese zuletzt genannten Studien befinden sich bereits außerhalb unseres Kontextes, denn Frühgeborene unterscheiden sich von normal entwickelten Babys grundlegend. Frühchen sind stark beeinträchtigte oder gar geschädigte Babys, die aufgrund ihrer physiologischen Unreife (insbesondere von Lungen, Nieren und Herz) eine ganze Reihe massiver medizinischer Probleme haben und den Beginn ihres Lebens in einem äußerst bedrohlichen Zustand verbringen. Ihr motorischer Entwicklungsrückstand ist mitunter beträchtlich, und sie ermüden schnell. In den Frühgeborenenstationen werden zahlreiche medizinische Interventionen ausgeführt, um das Leben dieser winzigen Kinder zu erhalten und zu erleichtern. Das „Wickeln“ dieser Frühchen (*very low birth weight infants, VLBW infants*) erfolgt sehr locker und dient dazu, die schwachen und wenig beweglichen Arme am Körper des Kindes zu halten. Infolge dieser Hilfe kann das frühreife Baby gewisse Bewegungen ausführen.⁹⁷ Ziel dieser Wickelform ist also die Erleichterung von Bewegungen. Daher hat dieses „Wickeln“ praktisch nichts mit den Formen des Wickelns zu tun, die hier eigentlich untersucht werden. Die extrem retardierte motorische Entwicklung dieser Kinder erfordert die Simulation des zuvor „schwerelosen“ Zustands der Arme im wäßrigen Medium des Uterus. Daher werden die Arme der Kinder in Beugung (nicht in Streckung wie in der Antike von dem Arzt Soranus beschrieben) gewickelt, die Hände nahe am Mund plaziert.⁹⁸ Diese

95 Vgl. van Sleuwen et al. (2007), S. e1097, e1101, e1102 und insbesondere in der Zusammenfassung S. e1103, wo 3 der 5 zentralen empirisch eher überzeugend nachgewiesenen Effekte sich auf unreife Babys beziehen!

96 Vgl. Fearon et al. (1997), S. 222 ff. Wickeln hatte hier einen schmerzreduzierenden Effekt.

97 Vgl. Short et al. (1996), S. 25.

98 Vgl. die Abbildung in Short et al. (1996), S. 27.

Position erlaubt die Selbstberuhigung, etwas, was bei gewöhnlichem Wickeln gerade verhindert wird. Die Funktion des „Wickeln“ von Frühgeborenen ist also regelrecht das Gegenteil von dem, was Soranus von Ephesus um 100 n. Chr. erreichen wollte: Während den heutigen Frühchen Bewegung und Selbstberuhigung ermöglicht werden soll, wollte Soranus Stehvermögen und Festigkeit durch eine unbewegliche Streckstellung der Glieder und Umwickeln jedes einzelnen Körperteils der Neugeborenen erreichen.

In der Neonatologie der Berner Universitätsklinik für Kinderheilkunde werden frühgeborene Babys zeitlich begrenzt gewickelt (*swaddling*), insbesondere zur Erleichterung medizinischen Interventionen wie beispielsweise der augenärztlichen Kontrolle und zur Beruhigung.⁹⁹ Auch die Kinder von Müttern, die in der Schwangerschaft Drogenmißbrauch betrieben haben, werden gewickelt, um sie zu beruhigen. Diese Wickelung wird aber oft nur kurz ausgeführt, manchmal nur 10 Minuten lang. Sollte das Kind dabei einschlafen, wird es beim Aufwachen ausgewickelt und mit anderen Interaktionsformen versorgt (Tragen, Wiegen, Streicheln, Sprechen). Die Kinder drogenabhängiger Mütter erhalten auch zur Milderung des Entzugssyndroms Opiate. Bei all diesen Kindern wird darauf geachtet, daß das Wickeln nicht lange vorgenommen wird. Das Wickeln wird mit gekreuzten Armen vor der Brust ausgeführt, niemals in Streckstellung. Wenn sich das Kind dann beruhigt hat, wird es ausgewickelt. Während der gesamten Zeit sind die Kinder monitorüberwacht.

Den Eltern dieser Kinder wird keine Wickelmethode beigebracht. Die hauptsächliche beruhigende Wirkung wird durch die Känguruh-Methode (*kangaroo care*) erzielt, eine Technik, die auf dem direkten Hautkontakt (*skin-to-skin contact*) von Mutter und Kind basiert.¹⁰⁰ Das Wickeln wird bei diesen Risikokindern insgesamt eher wie eine Art Medikament eingesetzt: Es wird limitiert und dosiert, eher selten eingesetzt, immer von Fachkräften ausgeführt und ist vor allem immer zeitlich begrenzt. Es soll und kann nicht die Beziehungsaufnahme zu einer erwachsenen Pflegeperson (Eltern oder Pflegerin) ersetzen.

Im weiteren werden ausschließlich Studien zum Wickeln betrachtet, die sich auf normal entwickelte, reife Neugeborene beziehen.

99 Lilian Stoffel, Pflegeexpertin, Abteilung für Neonatologie, Berner Universitätsklinik für Kinderheilkunde (persönliche Kommunikation vom 9. April 2010).

100 Vgl. Bystrova (2008), S. 19.

Zahlreiche medizinische Autoren sehen in den zuvor genannten Effekten des Wickelns klarerweise positive Auswirkungen auf die Psyche des Babys. Da in der vorliegenden Arbeit aber erst eine kritische Annäherung an das Wickeln erarbeitet wird, muß eine erheblich vorsichtiger Bewertung von entsprechenden Daten und Ergebnissen gewählt werden. Zu dieser Beurteilung werden die Vorgehensweisen, Populationen und Meßmethoden berücksichtigt, die in einschlägigen Studien Anwendung finden. Allzu schnell werden die tatsächlich oder auch nur vermeintlich positiven Effekte von anderen Forschern wiederholt, und oftmals ohne die extreme Einschränkungen des Geltungsbereichs zu berücksichtigen, fragen sich die „Praktiker“, warum denn bei diesen „offensichtlichen Vorteilen“ die Praxis des Wickelns sich nicht weiter durchsetzt.¹⁰¹

Von allen Wirkungen des Wickelns auf Babys wird am häufigsten der „beruhigende“ Effekt genannt. So beschreiben etwa van Sleuwen et al. die Wirkung des Wickelns auf Schlaf und Erregungsniveau von Babys als beruhigend (*calming*). Diese Bezeichnung weist durchaus positiv getönte Konnotation auf und stellt daher bereits eine wohlwollende psychologische Interpretation der physiologischen Daten dar.¹⁰² Die scheinbar rein positiven Konnotationen dieses Wortes könnten aber in die Irre führen. Möglicherweise ist der Effekt des Wickelns auf das Neugeborene ja ein einschläfernder, ein betäubender oder gar ein dissoziierender. Zum Zwecke der „Beruhigung“ von Kleinkindern wurden in der Geschichte auch Mohnsirup, Opiumtinktur und Alkohol eingesetzt.¹⁰³ Man stelle sich vor, daß die Wirkung von Alkohol auf kleine Kinder einfach mit dem Adjektiv „beruhigend“ beschrieben würde. In der Gegenwart gibt es auf dem Gebiet der Kinderpsychotherapie und -psychiatrie eine lautstarke Diskussion zum Thema des Einsatzes von Methylphenidat (z. B. Ritalin) bei bewegungsunruhigen (hyperaktiven) bzw. konzentrationsgestörten Kindern. Dieses Psychopharmakon hat auf einen bestimmten Prozentsatz unruhiger Kinder eine „beruhigende“ Wirkung. Aber gerade hier gilt, daß schwer kalkulierbare Langzeiteffekte des Einsatzes eines betäubungsmittelpflichtigen Psychopharmakons bei Kindern zu einer letztlich riskanten

101 Vgl. Meyer & Erler (2009), S. 24.

102 Vgl. van Sleuwen et al. (2007), S. e1099.

103 Schon die Ägypter scheinen die Verwendung von Mohn als „Heilmittel für das Beseitigen von übermäßigem Geschrei“ (Papyrustext) gekannt zu haben (vgl. Wenig (1969), S. 28). Vgl. auch Struve (1803), S. 113; Badinter (1984), S. 96; Shorter (1986), S. 507 und vor allem S. 515.

Behandlung des Problems führen. Hinzu kommt, daß es diverse Behandlungsalternativen gibt – insbesondere Psychotherapie des Kindes und Erziehungsberatung der Eltern. Da diesen Interventionen aber die radikale „sofortige“ Wirkung fehlt, greifen Eltern und Ärzte gerne zu schneller wirksamen Mitteln.¹⁰⁴ Auch deshalb hat sich der Verbrauch dieses Medikaments von 1998 bis 2007 alleine in Deutschland verneunfacht.¹⁰⁵

Wickeln und Laufbeginn

Es existieren zwei Untersuchungen zur Auswirkung des Cradleboards auf den Laufbeginn bei Kindern: die Studie von Dennis zu den Hopi und von Chisholm zu den Navajo. Dennis weist klar nach, daß der Gebrauch des Wickelbretts den Laufbeginn nicht verzögert. Der Laufbeginn der Hopi-Kinder erfolgt im Durchschnitt mit 15,05 Monaten bei Verwendung des Cradleboards und mit 14,98 Monaten ohne dessen Verwendung.¹⁰⁶ Insgesamt ist der Laufbeginn der Hopi-Kinder verglichen mit anglo-amerikanischen Standards verzögert, was aber nichts über die Effekte des Cradleboards selbst aussagt. Die Studie von Chisholm bestätigt dieses Ergebnis: Auch bei den Navajo-Kindern im Cradleboard war der Laufbeginn nicht verzögert.¹⁰⁷ Dieses Ergebnis bestätigt die Studie von Dennis zu den Hopi-Kindern.

Letztlich zeigen diese beiden Ergebnisse vor allem, daß der Beginn des Laufens offenbar auf zeitlich heranreifenden Leistungen des Zentralnervensystems beruht. Motorische Übung scheint hierbei eine untergeordnete Rolle zu spielen. Das alles bedeutet aber natürlich nicht, daß feinere motorische Leistungen – wie etwa die Auge-Hand-Koordination – ebenso stark von Reifung abhängen. Und noch viel weniger schließen diese Ergebnisse zum Laufbeginn aus, daß höher aggregierte psychische Leistungen durch das Wickeln und den Gebrauch des Cradleboards deutlich beeinträchtigt sein können. Diese höheren psychischen Funktionen könnten folgende Bereiche betreffen: emotionale Steuerung, Erleben ei-

104 Zur Psychodynamik der hyperaktiven Störungen vgl. Heinemann & Hopf (2004), S. 148 ff.; Neraal & Wildermuth (2008), S. 19 ff. und 213 ff.

105 Lohse & Müller-Oerlinghausen (2008), S. 805 beschreiben den Anstieg der Methylphenidatverordnungen von 5 Millionen Tagesdosen im Jahr 1998 auf 45 Millionen Tagesdosen im Jahr 2007.

106 Vgl. Dennis (1940 b), S. 107.

107 Vgl. Chisholm (1983), S. 83.

nes handelnden Selbst (Bewirkungserleben), Spüren der Körpergrenzen, Objektbeziehungen und vor allem empathische Fähigkeiten.

Adolph et al. haben sich mit der motorischen Entwicklung und Auswirkungen von Restriktionen beschäftigt und wundern sich, daß die Studien von Dennis und Chisholm in der Navajo-Kultur negative Resultate erbrachten.¹⁰⁸ Auf anderen Gebieten der motorischen Entwicklung zeigen sich sogar bei leichten Restriktionen deutliche Verzögerungen der Entwicklung:

„Even mild restriction of infants' spontaneous movements can delay the onset of motor milestones. Japanese infants show delays for rolling and crawling if they are dressed in heavy, restrictive clothing, or if their bed coverings include heavy winter blankets (Hayashi, 1992). Similarly, infants growing up in Denver, CO, are adversely affected by restrictions that accompany cold weather. Crawling was delayed by 3 weeks for infants who were born in the summer and came of crawling age in the winter, compared with infants who were born in the winter and came of crawling age in the summer (Bensen, 1993). In addition to restrictive clothing that weighs down their limbs, fewer daylight hours during the winter months, lower average outdoor temperatures, and less access to outdoors may curtail children's spontaneous motor activity, and thereby delay the onset of motor milestones.“¹⁰⁹

Aus der Diskrepanz zwischen derartigen Studienergebnissen und den negativen Resultaten bei Dennis und Chisholm muß die Forderung abgeleitet werden, die Auswirkungen von monatelangem Wickeln auf die motorische Entwicklung von Babys in verschiedenen Kulturen erneut zu untersuchen und zu vergleichen. Dies gilt um so mehr als nur zwei Kulturen untersucht wurden und Chisholm auf recht undifferenzierte Weise die Einführung von Cradleboard und Wickeln in den westlichen Kulturkreis empfiehlt.¹¹⁰

Weitere Skepsis gegenüber der angeblich fehlenden Auswirkung des Wickelns auf den Laufbeginn basiert auf einer Studie von Sofue et al., die leider nur im japanischen Original vorliegt und von Lipton et al. erwähnt wird. Demnach verzögert die Anwendung der Korbwiege (*Ejiko*)

108 Vgl. Adolph et al. (2010), S. 74.

109 Adolph et al. (2010), S. 72.

110 Vgl. Chisholm (1978), S. 255.

sehr wohl den Laufbeginn.¹¹¹ Es besteht also weiterhin erheblicher wissenschaftlicher Klärungsbedarf in bezug auf die Beeinträchtigung grobmotorischer Fähigkeiten durch langes Wickeln.



Abb. 11: Festgebundenes Kind in einer japanischen Korbwiege (*Ejiko*), 20. Jh., (Lipton et al. (1965), S. 525)

111 Vgl. Lipton et al. (1965), S. 564. Die Autoren beziehen sich auf: Sofue et al. (1957). Lipton et al. bleiben hier leider nur bei einer kurzen Erwähnung.

Wickeln und Schlaf

Ein wichtiger Einwand gegen die manchmal implizit ausgeführten psychologischen Interpretationen der physiologischen Daten zum Wickeln ergibt sich aus den Besonderheiten der Psyche des Neugeborenen, das auf bestimmte äußere Reize völlig anders reagiert als ein älteres Baby oder ein Kleinkind. Diese Eigenheiten führen zu zunächst verblüffenden Verhaltensweisen von Neugeborenen bei Konfrontation mit bestimmten Reizsituationen. Beispielsweise schlafen Neugeborene ein, wenn ihr Gesicht abgedeckt wird.¹¹² Sie ziehen das Tuch nicht etwa weg, denn diese Art der motorischen Koordination ist bei Neugeborenen oft noch nicht ausreichend entwickelt. Sie reagieren statt dessen mit einem Rückzug von der Außenwelt. Vermutlich führt das Abdecken des Gesichtsfeldes mit einem Tuch zu einer sensorischen Deprivation. Die Reizsituation enthält keine Informationen mehr, das Baby wird müde und schläft.

Zunächst noch weitaus unverständlicher aber ist die Reaktion von Neugeborenen auf Schmerz. Dem Mediziner Emde und seinen Mitarbeitern fiel auf, daß Neugeborene nach schmerzhaften medizinischen Interventionen *länger* schlafen.¹¹³ Bei schmerzhaften Beschneidungsoperationen, die in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts offensichtlich routinemäßig ohne Anästhesie durchgeführt wurden, zeigt sich konsistent, daß die Neugeborenen ein verändertes Schlafmuster entwickeln: Der Anteil des Non-REM-Schlafes (*quiet sleep*) steigt infolge der Operation an, die gesamte Schlafdauer wird ebenfalls länger.¹¹⁴ Mit anderen Worten: Neugeborene reagieren auf starke Schmerzen mit Einschlafen. Emde et al. in-

112 Vgl. Lichtenberg (1991), S. 5.

113 Vgl. Emde et al. (1971), S. 491. Zur Schmerzwahrnehmung bei Frühgeborenen Babys (25 SSW) siehe Slater et al. (2006).

114 Vgl. Emde et al. (1971), S. 493. Bei 5 von 8 Babys verkürzte sich der REM-Schlaf (*active sleep*) bei erhöhtem Non-REM-Schlaf (*quiet sleep*). Bei den anderen 3 Babys gab es keine Verkürzung des REM-Schlafes, was eine Verlängerung der gesamten Schlafdauer bedeutet. Summiert man die Effekte über die Gruppe ergibt sich so eine Verlängerung der Gesamtschlafdauer, wobei individuelle Reaktionsmuster von diesem idealtypischen Muster also etwas abweichen. Kein Neugeborenes reagierte mit Verkürzung des Gesamtschlafes unter Schmerzen! Zur Kritik an Emdes Studie vgl. Anders & Chalemian (1974), die die Ergebnisse nicht reproduzieren konnten. Gunnar et al. (1985) dagegen haben die Ergebnisse reproduziert. Freudigman & Thoman (1993), S. 376 zählen 7 weitere Studien auf, die gezeigt haben, daß starker Streß bei Neugeborenen den Non-REM-Schlaf (*quiet sleep*) verlängert. Das generelle Ergebnis wirkt mittlerweile empirisch gut abgesichert.

terpretierten ihre empirischen Ergebnisse im Rahmen einer *conservation-withdrawal-theory*. Demnach reagieren Babys auf stressende Stimulation entweder mit gesteigerter Vigilanz (Daueraufmerksamkeit) oder eben mit Veränderung der Wahrnehmungsschwellen und psychischem Rückzug. Dieser Rückzug soll vor weiterem Streß bewahren.

Es gibt nun Studien zur Auswirkung von Wickeln auf das Schlafen von Neugeborenen, die genau dieses Schlafmuster beschreiben, nämlich Erhöhung von Non-REM-Schlaf und verlängerte Schlafdauer.¹¹⁵ Anders formuliert bedeutet das, daß ein Wissenschaftler angesichts des erwähnten, veränderten Schlafmusters bei einem Neugeborenen nicht entscheiden könnte, ob es Schmerzen leidet oder ob es gewickelt ist. Weniger schlafmedizinisch ausgedrückt läßt sich also festhalten: Beide – Neugeborene mit Schmerzen und auch gewickelte Babys – schlafen mehr. Aus derartigen Ergebnissen ist nun insgesamt zwar nicht zu schließen, daß Wickeln schmerzt bzw. genau wie Schmerz wirkt. Aber die naive Interpretation, daß eingeschränkte Aktivität einfach ein Zeichen für „guten Schlaf“ oder einen positiven Zustand ist, sollte doch sehr erschüttert sein.

Generell scheint es so zu sein, daß Babys, die physiologisch oder psychologisch gestreßt werden, mit veränderten Schlaf- und Traummustern reagieren, was mit Hilfe eines EEGs nachgewiesen werden kann. Beispielsweise zeigen sich solche EEG-Veränderungen unmittelbar nach der Geburt im Falle von Babys, die Asphyxie – also gravierenden Sauerstoffmangel während der Geburt – erleiden. Der Non-REM-Schlaf nimmt durch diesen Streß zu.¹¹⁶

Man kann die Ergebnisse der Forschung zu Auswirkungen von Schmerz, Streß und sensorischer Deprivation auf die Schlafmuster bei Neugeborenen und die Schlafmuster unter Wickelbedingungen recht einfach miteinander in Einklang bringen: Schmerz löst eine Art Reizüberflutung aus,

115 Vgl. Franco et al. (2005), S. 1307 ff.; Meyer & Erler (2009), S. 24 ff. Im Gegensatz zu diesen beiden Studien fanden Gerard et al. (2002 a), S. 70 eine Verlängerung des REM-Schlafes durch Wickeln. Die Ergebnisse sind insgesamt nicht konsistent. Vgl. dazu auch van Sleuwen (2007), S. e1099. In der Studie von Gerard et al. (2002 b), S. 398 ff. und 403 finden auch traditionelle Wickelmethoden Eingang in das experimentelle Setting.

116 Vgl. Scher et al. (2002), S. 415: „An increased percentage of quiet sleep and indeterminate sleep at the expense of decreased active sleep reflects postnatal brain adaptation to asphyxia in infants despite the absence of overt clinical or electrographic evidence of hypoxic-ischemic encephalopathy.“

Wickeln führt zu sensorischer Deprivation. Die Babys reagieren auf beide Extreme der Wahrnehmungssituation mit einem psychischen Rückzug in ein Schlafstadium. Evolutionsbiologisch scheint die Rückzugsreaktion bei Schmerzen den Sinn zu haben, bei einem aussichtslosen Kampf dagegen keine unnötige Energie zu verschwenden. Ebenso sinnlos und womöglich lebensbedrohlich wären erfolglose Anstrengungen des Kindes, eine deprivierende Situation zu beseitigen. Das psychische Abschalten stellt jeweils ein biologisch sinnvolles Reaktionsmuster dar. Es erlaubt dem Baby eine archaische Regulation seines Wahrnehmungsinputs bzw. seiner eigenen Erregung. Es liegt nahe, dieses Abschalten als einen Vorläufer von Abwehrmechanismen zu verstehen, wie sie in der Psychoanalyse beschrieben werden. Entsprechend argumentiert Lichtenberg und bezeichnet die Kontrollmöglichkeiten des Säuglings über die Reizsituation (u. a. Rückzug in den Schlaf, Wegstoßen, Schreien und Blickvermeidung) als *Abwehrmaßnahmen*.¹¹⁷

Wichtig bei der Diskussion über das Wickeln bleibt natürlich, daß Befürworter und Gegner sich über die unmittelbaren Effekte, insbesondere den verlängernden Einfluß auf den Schlaf, einig sind. Der Disput beginnt erst bei der Interpretation dieses Ergebnisses. Die Ähnlichkeit der Wirkungen von Schmerz und Wickeln auf den Schlaf läßt sich als Argument aber eher für die Gegner des Wickelns in Anspruch nehmen. Schließlich ist Schmerz eindeutig etwas, das ein Neugeborenes vermeiden will bzw. dem es mit Coping-Mechanismen begegnen muß.

Im folgenden wird eine weitere Annäherung an die Wirkung des Wickelns auf den Schlaf von Neugeborenen und Babys versucht. Seltsamerweise existieren keine empirischen Zahlen zur Schlafdauer bei gewickelten Babys. Insofern ist man auf Schätzungen angewiesen, die weiter unten begründet werden.

Der Schlaf und Schlafmuster entwickeln sich bereits vorgeburtlich. Föten schlafen anscheinend etwas mehr als Neugeborene: Während einer Beobachtung von vier Stunden schliefen reife Föten 84% der Zeit (20,16 h), Neugeborene nur 60 bis 68% (14,4 – 16,32 h).¹¹⁸ Die Schlafmuster

117 Vgl. Lichtenberg (1991), S. 75.

118 Vgl. Iglowstein et al. (2003), S. 304 wobei diese Angaben erst in Prozentzahlen umgerechnet werden müssen. Groome et al. (1997), S. 5 gehen von 68,7% Schlafanteil bei Neugeborenen aus, und Sadeh et al. (1996), S. 123 liefern fast die gleichen Werte (63,8% Schlafanteil beim Neugeborenen).

von Föten und Neugeborenen ähneln sich, zumindest was Gruppenvergleiche betrifft. Intraindividuell zeigen sich große Unterschiede zwischen vor- und nachgeburtlichen Schlafmustern, was bedeutet, daß das Schlafmuster eines Babys sich nach der Geburt offenbar deutlich verändern kann.¹¹⁹

Eindeutige Zahlen finden sich zum Schlaf von Babys. Die durchschnittliche Schlafdauer eines gesunden Babys beträgt mit einem Jahr im Durchschnitt etwa 12 Stunden nachts und 2 Stunden am Tag.¹²⁰ Verschiedene Forscher weisen darauf hin, daß ein Trend der Eltern zur Überschätzung des benötigten Schlafes ihrer Kinder besteht.¹²¹ Bei jüngeren Babys entwickelt sich sowohl die Gesamtdauer des Schlafes als auch der Anteil von Nacht- bzw. Tagschlaf. Mit einem Monat beträgt die Dauer des Nachtschlafes etwa 8 Stunden und nimmt bis zum 1. Jahr auf etwa 12 Stunden zu, während gleichzeitig der Tagschlaf von etwa 6 auf 3 Stunden abnimmt. Die Gesamtschlafdauer nimmt vom Zeitpunkt der Geburt an tendenziell ab.

Chisholm liefert nun eine Angabe, die die Wirkung des Cradleboards und damit auch des festen Wickelns auf die Schlafdauer charakterisiert. Er schätzt aufgrund seiner Beobachtungen, daß das Baby im Cradleboard ca. 85% seiner Zeit im Schlafzustand verbringt.¹²² Diese Zahl ist leider nicht sauber zu interpretieren. Es fehlen nämlich exakte Angaben zur Verwendungsdauer des Cradleboards, wobei die Verwendung tagsüber und nachts getrennt erfaßt werden müßte. Man ist daher zur Abschätzung von Chisholms Wert auf Näherungen angewiesen. Dazu müssen die Angaben von Iglowstein et al. zur Schlafdauer von Kindern in einigermaßen präzise Angaben zur Schlafwahrscheinlichkeit überführt werden. Die Autoren geben nämlich an, wann genau der Tagschlaf und wann der Nachtschlaf stattfindet. Demnach beginnt die Nachtzeit (Beginn des Nachtschlafes) für 6 Monate alte Babys mit ca. 19 Uhr und verschiebt sich im späteren Alter nach hinten. Die Wachzeit beginnt für 6 Monate alte Babys mit ca. 7:00 Uhr und bleibt in etwa gleich, auch bei älteren Kindern.¹²³ Somit läßt sich in einer Näherung annehmen, daß für alle Altersgruppen eine

119 Vgl. Groome et al. (1997), S. 1.

120 Vgl. Iglowstein et al. (2003), S. 303, ferner Renaud (1996), S. 27 f. Für interkulturelle Aspekte des Schlafes bei Kindern und den elterlichen Umgang mit Schlafritualen vgl. Jenni & O'Connor (2005).

121 Vgl. Iglowstein et al. (2003), S. 302; Largo & Benz-Castellano (2004), S. 20.

122 Vgl. Chisholm (1983), S. 77, ferner S. 164.

123 Vgl. zu diesen Angaben die Tabelle 2 in Iglowstein et al. (2003), S. 306.

12-stündige Tagperiode von ca. 7:00 bis 19:00 Uhr gilt. Völlig unproblematisch sind Angaben zur Schlafwahrscheinlichkeit auf 24 Stunden bezogen. Bezieht man nun die Schlafdauer tags auf den zuvor genannten 12-stündigen Zeitabschnitt, erhält man die Schlafwahrscheinlichkeit tagsüber.

Tabelle 1¹²⁴: Schlafdauer für verschiedene Altersgruppen (Quelle: Iglowstein et al. (2003)) und Schlafwahrscheinlichkeit¹²⁵

Alter	Gesamt-schlaf [Stunden]	Schlaf tags [Stunden]	Schlaf nachts [Stunden]	Schlaf-wahrscheinlichkeit für den gesamten Tag [%]	Schlaf-wahrscheinlichkeit tags (Näherung) [%]
1 Monat	14,5	5,5	8,0	60,4	45,8
3 Monate	14,5	5,0	10,0	60,4	41,7
6 Monate	14,2	3,4	11,0	59,2	28,3
12 Monate	13,9	2,8	11,7	57,9	23,3

Man kann also in Umrissen erkennen, daß die Verwendung des Cradleboards zu erheblich erhöhten Schlafdauern führt, wenn man die Schlafwahrscheinlichkeit von ungewickelten Kindern mit der Angabe von 85% Schlafzustand im Cradleboard vergleicht. Die exakte Stundenanzahl ist aufgrund der undeutlichen Angaben in der Literatur leider nicht angebar. Aber die Größenordnung scheint sich im Bereich von der Verdoppelung bis zur Verdreifachung des Tagschlafes zu bewegen. Eine verkürzte

124 Die Angaben in der Tabelle stammen Iglowstein et al. (2003), Graphik Fig. 1 (S. 303) und numerische Angaben in Tabelle 1 (S. 304). Groome et al. (1997), S. 5 geben 68,7% als Schlafanteil bei Neugeborenen an, Sadeh et al. (1996), S. 123 geben 63,8% an.

125 Die Addition der Zahlen zum Schlaf tags und nachts müßte eigentlich arithmetisch zur Summe des Gesamtschlafes führen. Hier scheinen bei den Autoren Iglowstein et al. (2003) Rundungsfehler vorzuliegen.

Zeit am Tag im Cradleboard bedeutet sicher eine verringerte Wirkung auf die Schlafdauer.¹²⁶ Für unsere Zwecke mögen allerdings die oben genannten groben Kalkulationen genügen.

Der Effekt des Wickelns auf den Schlaf ist jedenfalls erstaunlich groß, viel zu groß, um eine derartig ausgeprägte Wirkung einer Maßnahme einfach gut zu heißen. Wir haben es nämlich nicht mit einer „beruhigenden“ Wirkung zu tun, denn das Kind wird nicht nur ruhiger, sondern es verändert seinen Bewußtseinszustand viel dramatischer: Es schläft ein. Offenbar wirkt Wickeln wie eine starke Medikation und verlängert den Schlaf bzw. umgekehrt formuliert: Es verkürzt die Wachzeit des Babys um mehrere Stunden. Und diese ohnehin stark verringerte Wachzeit verbringt das Baby nicht mit tastender Exploration der Mutter, der Umwelt und des eigenen Körpers, sondern bewegungslos. Aus einem wachen, aktiven Baby wird ein passives Wesen, eingeschränkter und motorisch viel passiver, als es der Fötus je war. Und das Wickeln sorgt dafür, daß die Schlafdauer sich offenbar der fötalen Schlafdauer annähert, die in der Literatur mit 84% angegeben ist, also praktisch übereinstimmt mit Chisholms Schätzung der Schlafdauer gewickelter Kinder.¹²⁷

Der starke Effekt des Wickelns auf den Schlaf ist irritierend und bislang nur sehr unzureichend verstanden und erforscht. Offenbar reagieren zahlreiche Forscher und auch Eltern auf die Verlängerung des Schlafes mit der Annahme, dies sei positiv für das Kind. Die damit verbundene Deprivation bezogen auf die Zeit des Wachseins – des Lernens, Entdeckens, Explorierens, Kennenlernens – rückt offenbar seltener in das Bewußtsein. Was bedeutet es aber, wenn ein Baby durch eine Maßnahme viel länger schläft als ohne? In einer Untersuchung zum Schlaf bei gesunden Föten und Babys fanden die Forscher, daß Föten, die vorgeburtlich lange schliefen, nach der Geburt als Baby kürzere Zeit schliefen. Die Korrelation zwischen Schlaf vor der Geburt und Schlaf danach war negativ. Die Wissenschaftler interpretieren ihr Ergebnis folgendermaßen:

- 126 Außerdem ist hinzuzufügen, daß Kluckhohn (1947), S. 47, 53 und 56 erheblich längere Zeiten der Verweildauern im Cradleboard zu den Navajo als Chisholm liefert. Die Zahlen bei Kluckhohn und vor allem bei Dennis (1940 b), S. 33 zu den Hopi nähern sich für Neugeborene dem Wert von 24 Stunden.
- 127 Vgl. Groome et al. (1997), S. 5. Die Schlafdauer des Fötus beträgt 84,4% (die Standardabweichung beträgt 20,8%). Für Neugeborene geben die Autoren eine etwas höhere Schlafdauer an als Iglowstein et al. (2003), nämlich 68,7% (Standardabweichung 20,8%).

„Our data support the hypothesis of the ontogenetic role of sleep development in perinatal period (especially AS [= active sleep, REM-sleep]); we observed that the more the fetus sleeps, the less newborn sleeps. This finding can be explained that fetuses with higher percentages of sleep had spent more time in developing anatomic and chemical brain networks for postnatal sleep control as a newborn than those who slept less time, exhibiting a more mature sleep pattern. The latter hypothesis deserves more attention in future works. From a developmental perspective, AS has generally been regarded as the most ontogenetic of the sleep states; animals with a structurally immature brain at birth are in AS longer than animals with a relatively mature brain.“¹²⁸

Also zeigt sich hier bei aller Vorsicht in der Interpretation dieser neuen Ergebnisse immerhin eine empirische Evidenz dafür, daß langes Schlafen eher ein Indiz für ein unreifes zentrales Nervensystem darstellt als ein gesundes Reaktionsmuster. Und das wirft ein zweifelhaftes Licht auf die schlafverlängernde Wirkung des Wickelns. Es ist nicht einzusehen, warum eine Praxis propagiert werden soll, die das natürliche Bedürfnis nach Schlaf und Wachsein nicht berücksichtigt, sondern dazu führt, daß das Baby viele Stunden länger schläft als ohne diese Zwangsmaßnahme. Welche Langzeitfolgen daraus entstehen, ist nicht erforscht.

Wickeln und Exzessives Schreien

Die Auswirkungen des Wickelns sollen im weiteren anhand des Exzessiven Schreiens gezeigt werden. Exzessives Schreien von Babys gehört zu den sogenannten Regulationsstörungen, wozu auch Exzessives Weinen, Schlafstörungen, Unruhezustände, „Koliken“ sowie Eß- und Fütterstörungen gezählt werden.¹²⁹ Diese sehr früh einsetzenden Störungen lassen sich meist im Zusammenhang mit beeinträchtigten Eltern-Kind-Interaktionen verstehen. Dabei soll nicht ausgesagt werden, daß elterliches Verhalten immer als Ursache der Problematik verstanden werden muß. Meist entwickelt sich aber zwischen dem Baby und den Eltern eine Störung – also letztlich eine Beziehungs-Störung –, die behandelt werden muß und kann. In bestimmten Fällen wird auch deutlich, daß die Regulations-

128 Poblano et al. (2008), S. 27.

129 Vgl. Ziegler et al. (2004), S. 111 ff.; Wurmser et al. (2004), S. 311 ff.

störung ihre wesentliche Ursache in emotionalen Beeinträchtigungen der Eltern hat.¹³⁰ In der Praxis sieht der Kinderpsychotherapeut häufig neurotisierte Kinder etwa im Schulalter, die in ihrer Vorgeschichte als Babys Regulationsstörungen zeigten.

In Deutschland wird Wickeln als Intervention bei Exzessivem Schreien anscheinend nicht empfohlen, zumindest fehlt jeder Hinweis darauf in der einschlägigen Literatur.¹³¹ Anders ist die Situation dagegen in den Niederlanden, wo zur Behandlung häufig Wickeln eingesetzt wird.¹³² Die bereits erwähnte niederländische Forschergruppe scheint die empirische Argumentation hierfür zu liefern.¹³³ Zuvor war bereits bekannt, daß es eine wirksame Behandlung von Exzessivem Schreien gibt: Zentrale Maßnahme dabei ist die Einführung von Regelmäßigkeit in die Pflege des Kleinkindes durch die Eltern. Durch eine beruhigte Umgebung ergibt sich für das Baby erst die Vorhersagbarkeit von Ereignissen, emotionale Sicherheit, ein erstes Erfassen der Tagesabläufe und ein Tagesrhythmus. Diese Vorhersagbarkeit beruhigt das Baby: Es kann ohne größere Schwierigkeiten einschlafen. Regulationsstörungen werden generell durch das Ordnen des Tagesablaufs in der Familie und die Beratung der Eltern zu ihrem Umgang mit ihrem Baby behandelt.¹³⁴

Im Forschungsansatz der niederländischen Gruppe wird nun die Wirksamkeit von zwei Maßnahmen verglichen, nämlich das Wickeln und die Einführung von Regelmäßigkeit in den Tagesablauf. Exzessiv schreiende Babys werden also in zwei Gruppen unterteilt: Die Experimentalgruppe erhält die Maßnahme „Regelmäßigkeit und Wickeln“, die Kontrollgruppe erhält nur „Regelmäßigkeit“. Hierbei zeigt sich nun ein interessanter Sachverhalt: Durch Hinzunahme des Wickelns ergibt sich ein sofortiger „beruhigender“ Effekt auf die Kinder. Nach wenigen Tagen aber ist der Effekt der Einführung der Regelmäßigkeit zusammen mit Wickeln exakt genauso groß wie der von Regelmäßigkeit alleine. Mit anderen Worten: Nach wenigen Tagen ist Wickeln vollkommen überflüssig.

130 Vgl. Resch (2004), S. 42 ff. Eine Maßnahme bei der Behandlung der Regulationsstörung war die Psychotherapie der Mutter.

131 Vgl. Papousek et al. (2004).

132 Vgl. Blom et al. (2009), S. 165 und 168.

133 Vgl. van Sleuwen et al. (2006) und Blom et al. (2009). Beide Veröffentlichungen beschreiben die gleiche Untersuchung. Vgl. auch Gates Campos (1989) zur Wirkung von Wickeln auf schmerzinduzierte Reaktionen.

134 Vgl. hierzu Ziegler et al. (2004), S. 137 ff.

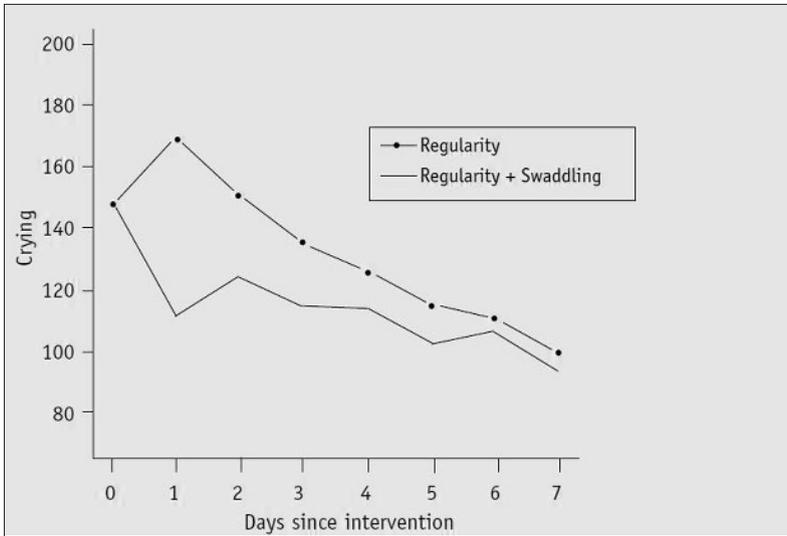


Abb. 12: Zusammenhang zwischen Schreidauer bei Babys [Minuten pro 24 h], Dauer der Intervention [Tage] und Intervention [„Regelmäßigkeit“ (R) vs. „Regelmäßigkeit und Wickeln“ (R + S)]¹³⁵

Es ist also regelrecht kontraindiziert, das mögliche Risiko von Wickelmaßnahmen einzugehen, denn der Effekt ist nur kurzfristig vorhanden, mittelfristig aber vernachlässigbar. An diesem Beispiel, dessen empirische Basis von Autoren geliefert wurde, die daß Wickeln unter bestimmten Umständen ausdrücklich empfehlen, läßt sich luzide demonstrieren, nämlich das Problem beim Wickeln ist. Wickeln wirkt wie ein Medikament, Alkohol oder Mohnsamen: Es schaltet das Kind einfach ab. Das hier zugrunde liegende Problem – der unregelmäßige Ablauf des Familienlebens – würde, wenn man das Wickeln alleine anwendete, gar nicht angegangen, sondern die „Symptome“ des Babys, also sein Schreien, werden regelrecht verhindert. Diese Symptome sind aber die kommunikativen Hinweise des Säuglings, daß etwas nicht stimmt. Sie bilden wertvolle Signale dafür, daß etwas verändert werden muß. Dies durch Wickeln zu unterbinden, ist also hochproblematisch. Tatsächlich empfehlen die Autoren auch nicht alleiniges Wickeln, sondern begründen dessen Einsatz

135 Nach van Sleuwen et al. (2006), S. 515.

damit, daß es Eltern gibt, die ihre schreienden Kinder mißhandeln.¹³⁶ Die sofortige Wirkung des Wickelns reduziere dieses Risiko – so wohl die Annahme der Autoren. Dabei wird eine Bedrohung durch pathologische Eltern zur Begründung des Wickelns benutzt, das seinerseits unklare Risiken aufweist. Genau diese Art des Argumentierens verschleiert aber die tatsächlichen Kausalverhältnisse. Die Autoren selbst exponieren ja diese Minderheit von Eltern, die tatsächlich Gefahr läuft, gewalttätig zu entgleisen, wenn sie durch ihr schreiendes Baby überfordert ist. Derartig emotional schwer gehandicapte Eltern erzeugen oft die Regulationsstörungen, die dann als „Diagnosen“ dem Kind zugeschrieben werden, de facto aber Folgen von Beziehungsstörungen darstellen. Pathogenen Eltern, die an der Problementwicklung ihres Kindes unmittelbar beteiligt sind, gibt man nun ein Mittel an die Hand, ihr Baby ruhigzustellen. Offensichtlich wird doch das Problem vom falschen Ende her gelöst, indem – zumindest was das Wickeln betrifft – eine reine Anpassung des Kindes unternommen wird. Die Methode „Einführung von Regelmäßigkeit“ ist genau die richtige Strategie, zudem wenn damit verbunden wird, daß den Eltern die Eigenheiten ihres Kindes näher gebracht werden, also empathisches Verstehen eingeübt wird. Daß überforderte Eltern Hilfe zum Umgang mit ihrem Baby brauchen und keine Wickelanleitung, dürfte spätestens dann dramatisch klar werden, wenn Studien zeigen, daß selbst telefonische Beratungsinterventionen durch trainierte Laien zu einem Rückgang des Exzessiven Schreiens führen.¹³⁷ Wickeln wird eher zum Teil des Problems, denn es vollstreckt ja den Willen unempathischer Eltern und führt alleine auch nicht zu einer angemessenen Problemlösung.

Jedenfalls ist zusammenfassend festzuhalten: Wickeln ist trotz der erwünschten „beruhigenden“ Effekte überflüssig, weil der Effekt auf viel überzeugendere und nachhaltigere Weise erreichbar ist und nur die Einführung von Regelmäßigkeit die ursächlichen Faktoren wirksam verändert. Wickeln funktioniert, weil es Babys einschläfert und regelrecht in den Schlaf zwingt. Den hier erwähnten Kindern fehlen aber Regelmäßigkeit, Strukturierung des Tagesablaufs und zuverlässige Gewohnheiten, die durch Eltern gesetzt werden. Das Wickeln wirkt ähnlich wie ein unangepaßtes Medikament: Es unterdrückt das informationshaltige,

136 Vgl. Blom et al. (2009), S. 165 und 174.

137 Vgl. Wolke et al. (1994). Die trainierten Telefon-Berater waren selbst Mütter, die für diese Beratung angeleitet worden waren. Rein „empathisches“ Zuhören hatte kaum einen Effekt auf die Babys.

bedeutungsvolle Symptom und löst die zugrundeliegenden Beziehungsprobleme nicht. Die Studie von van Sleuwen et al. liefert daher eindeutig Argumente *gegen* die Anwendung von Wickeln, auch wenn die Autoren diesen Schluß nicht ziehen können.¹³⁸

Aus kinderpsychotherapeutischer Sicht ist generell anzumerken, daß Wickeln keine bzw. zu wenig Interaktionsaspekte aufweist. Das Wickeln als geradezu „automatisch“ ausgeführte Pflegeroutine bewirkt offenbar psychischen Rückzug. Das Baby wirkt dann zwar „ruhig“, warum aber sollte man ein gesundes Baby derart ruhigstellen?



Abb. 13: Gewickeltes Baby und Großmutter, Slowenien, 20. Jh., (deMause (2002), S. 326)

138 Vgl. hierzu den Kommentar von Long (2007), der zu ganz ähnlichen Schlüssen kommt: „The study by van Sleuwen et al. [gemeint ist van Sleuwen (2006)] adds further doubt about swaddling effectiveness and reinforces the value of behaviour modification, previously found to be effective in some cases.“ Nur dieser Schluß ist auf der Handlungsebene aufgrund der Ergebnisse ethisch vertretbar.

Wickeln und Plötzlicher Kindstod

Der Plötzliche Kindstod ist die häufigste Todesursache bei Babys nach der Neugeborenenphase.¹³⁹ Es handelt sich dabei um eine Störung mit unbekanntem Ursachen. Die Bekämpfung dieses Problems basiert auf statistischen Auswertungen von Daten zum Zweck des Erkennens von Risikofaktoren. Als sich herausstellte, daß das Schlafen der Babys auf dem Bauch einen Risikofaktor beim Plötzlichen Kindstod (*Sudden Infant Death Syndrome, SIDS*) darstellt, kam es zu entsprechenden Kampagnen der Pädiater. Das Schlafen der Babys in Rückenlage wurde propagiert, und in der Folge sank die Zahl der Plötzlichen Kindstode dramatisch.¹⁴⁰

Die Diskussion und Beurteilung des Wickelns wurde nun auf indirektem Weg Teil der Diskussion um den Plötzlichen Kindstod. Und das kam dadurch, daß Wickeln das Baby eben bewegungsunfähig macht und daher mit der Schlafposition zu tun hat. Eine Untersuchungsgruppe propagierte offensiv das Wickeln, weil dadurch die Rückenlage des Babys gewährleistet werden könne.¹⁴¹ Allerdings muß gesagt werden, daß der Mechanismus der protektiven Funktion der Rückenlage in gar keiner Weise verstanden wird.¹⁴² Noch wichtiger ist aber, daß das Wickeln selbst nicht als protektiver Faktor beim Plötzlichen Kindstod angesehen wird. Wickeln erhöht sogar das Risiko, wenn Babys zudem in der Bauchlage schlafen; es verringert das Risiko nur, wenn sie in der Rückenlage schlafen.¹⁴³ Das alles wiederum hat damit zu tun, daß beim Plötzlichen Kindstod u. a. auch Erstickungssituationen eine Rolle spielen. Diese Situationen scheinen eher in Bauchlage zu entstehen. Wickeln erleichtert also lediglich die Fixierung der Kindslage beim Schlafen.

Nachdem man jahrelang Wickeln als protektiven Faktor angesehen hat, erstaunte eine ganz neue Studie die pädiatrischen Fachleute um so mehr. Sie zeigte, daß Wickeln offenbar doch einen Risikofaktor für den Plötzlichen Kindstod darstellt, obwohl zuvor oftmals das Gegenteil angenommen wurde: Bei Kindern, die am Plötzlichen Kindstod verstorben waren, betrug der Anteil der gewickelten 24%. Bei einer Kontrollgruppe

139 Vgl. Task Force on Infant Sleep Position and Sudden Infant Death Syndrome (2000), S. 650 f. (eingesetzt von der *American Academy of Pediatrics*).

140 Vgl. Gilbert (1994), S. 445.

141 Vgl. Gerard et al. (2002 b).

142 Vgl. Gilbert (1994), S. 447.

143 Vgl. Thach (2009), S. 461; Richardson et al. (2009), S. 475 ff.

waren nur 6% gewickelt.¹⁴⁴ Eine frühere Studie hatte bereits Hinweise darauf geliefert, daß „heavy wrapping“ – also eine Form des Wickelns – im Zusammenhang mit Infektionskrankheiten ebenfalls einen Risikofaktor für den Plötzlichen Kindstod darstellt.¹⁴⁵ Insgesamt zeigen also mehrere neue Studien ein durchaus beachtliches Risikopotential des Wickelns im Zusammenhang mit dem Plötzlichen Kindstod.

Die *American Academy of Pediatrics* hat offizielle Richtlinien zur Reduzierung des Plötzlichen Kindstodes herausgegeben. Eine ihrer Empfehlung ist die Vermeidung von „overbundling“, also dem Anlegen zu warmer Kleidung für Kinder und dadurch verursachter Überwärmung.¹⁴⁶ Diese Gefahr kann durch Wickeln gegeben sein, wie ein tragisches Fallbeispiel zeigte.¹⁴⁷ Diese Gefahr steigt weiter im Falle von Fieber bei Babys.¹⁴⁸ Wickeln stellt hierbei einen Risikofaktor dar. In einer Untersuchung stellte sich heraus, daß nicht-gewickelte Baby häufiger nachts ihr Bettzeug wegziehen als gewickelte, die ja an diesen Bewegungen gehindert werden. Die Autoren sehen die Gefahr von Hyperthermie, also Überhitzung, und kommentieren ihr Ergebnis folgendermaßen:

„Many babies throw off their bedding, and it is possible that they do so because they feel too hot, in which case swaddling or tucking in tightly may deprive them of a beneficial manoeuvre.“¹⁴⁹

Hier wird ein generelles Problem angesprochen, das erst durch Wickeln entsteht: Diese Praxis verhindert zahlreiche Formen der Selbststeuerung durch Bewegungen, sei es Abwenden, Dinge wegbewegen, Körperzustände durch Lokomotion verändern oder auch nur die Fähigkeit, seinem Gefühl durch eine Körperbewegung Ausdruck zu verleihen.

144 Vgl. Blair et al. (2009), S. 1. Vgl. zum Einfluß von Wickeln auf SIDS-Raten auch Richardson et al. (2009).

145 Vgl. Gilbert et al. (1992).

146 Vgl. Task Force on Infant Sleep Position and Sudden Infant Death Syndrome (2000), S. 654.

147 Vgl. van Gestel (2002), ferner Gilbert et al. (1992), S. 171; van Sleuwen et al. (2007), S. e1101.

148 Vgl. Cheng & Partridge (1993), S. 238 ff.

149 Bacon et al. (1991), S. 632.

Empirisch nachgewiesene negative Wirkungen von Wickeln

Es gibt zahlreiche empirische Studien, die negative Wirkungen des Wickelns nachweisen. Auch van Sleuwen et al. verweisen auf diese Risiken, die in der medizinischen Literatur diskutiert werden: Bestimmte Formen des Wickelns erhöhen das Risiko für Hüftdysplasie.¹⁵⁰ Enges Wickeln kann, wie zuvor bereits erwähnt, zu Überwärmung führen.¹⁵¹ In der Literatur wird ein tragischer Fall beschrieben, bei dem ein gewickeltes Kind durch Überwärmung zu Tode kam.¹⁵² In einer Studie war das Risiko an Atemwegsinfektionen zu erkranken durch Wickeln um das Vierfache erhöht.¹⁵³ Ein Kinderarzt fand in seinem Sample überzufällig häufig abgeplattete Hinterköpfe bei Kindern, die fest gewickelt waren und in ihren traditionellen Wiegen lagen.¹⁵⁴

In der Studie von Bystrova et al. wird gezeigt, daß Wickeln bei normal entwickelten Babys mit einer verspäteten Gewichtszunahme nach der Geburt verknüpft ist.¹⁵⁵ Positiv auf die postnatale Gewichtszunahme wirkt sich dagegen der direkte Hautkontakt zwischen Mutter und Baby aus.¹⁵⁶ Dieses Ergebnis zeigt, daß Wickeln eben gerade nicht taktilen Kontakt bedeutet, sondern nur motorisch das Baby ruhig stellt. Der Hautkontakt scheint den Geburtsstreß zu reduzieren, das Wickeln hat diesen Effekt offenbar nicht. Kennell und McGrath haben die beeindruckenden Ergebnisse dieser Studie in einem eigenen Artikel hervorgehoben:

- 150 Vgl. Kutlu et al. (1992), S. 598 f.; Akman et al. (2007), S. 290. Das Risiko für Hüftdysplasie war erhöht für weibliche gewickelte Babys. Auch Chaarani et al. (2002) gehen von einem erhöhten Risiko durch Wickeln aus; Kremli et al. (2003) sprechen sich gegen Wickeln aus. Vgl. die Literaturübersicht bei Mahan & Kasser (2008). Für eine historische Population (5. – 17. Jahrhundert) liegen ebenfalls Befunde vor, die Wickeln und Hüftdysplasie in einen Zusammenhang rücken (vgl. Mafart et al. (2007)).
- 151 Vgl. Bacon et al. (1991), S. 627 ff.; Cheng & Partridge (1993), S. 238 ff., ferner van Sleuwen et al. (2007), S. e1101.
- 152 Vgl. van Gestel et al. (2002).
- 153 Vgl. Yurdakok et al. (1990), S. 878 (türkisches Sample).
- 154 Vgl. Bloch (1966), S. 645 (kurdisches Sample). Die extreme Version dieses Problems, nämlich Läsionen im Occipitalbereich des Kopfes durch Verwendung des Cradleboards, beschreibt Young Holliday (2005) bei einer prähistorischen Indianerpopulation.
- 155 Vgl. Bystrova et al. (2007 a), S. 29 ff.
- 156 Vgl. Bystrova et al. (2007 a), S. 37 f.; Bystrova (2008), S. 41 und 56, ferner Bystrova et al. (2003), S. 324.

„Bystrova et al. have examined a centuries-old neonatal practice of swaddling commonly believed to be beneficial to the newborn. Their data demonstrate otherwise, and show skin-to-skin contact with the mother as the most effective way both to maintain the newborn's body temperature and to decrease the »stress of being born«.“¹⁵⁷

Hautkontakt mit der Mutter läßt sich im Unterschied zur statischen Situation des gewickelten Babykörpers als ein komplexer und angemessener Wahrnehmungsinpult verstehen: Berührungen durch die Mutter ergeben auf einer physiologischen Ebene dauernden ruhigen Wechsel von leichtem Druck und Entlastung auf die Haut. Diese Vorgänge führen unmittelbar zu einer bedeutungsvollen Interaktion zwischen Mutter und Kind. Beim Streicheln der Mutter erlebt das Kind eine *komplexe kommunikative Situation*, die begleitet wird von Vokalisation, „Spielen“, Interaktion. Hinzu kommt das Getragen-Werden mit entsprechender vestibulärer Stimulation, ebenfalls als Teil einer hochkomplexen Interaktionsstruktur. Entscheidend bei all diesen Erlebnissen des Kindes, so ist aus kinderpsychotherapeutischer Sicht zu betonen, ist der dauernde Handlungsdialog zwischen Neugeborenem und motorisch (wie auch gestisch und akustisch) antwortender Mutter. Ein gewickeltes Kind schläft und gibt, wenn es denn einmal wach ist, nur äußerst eingeschränkte Körpersignale. Nur Schreien ist ihm als emotionaler Ausdruck möglich. Somit findet Kommunikation im Sinne eines wechselseitigen Austauschs nur sehr eingeschränkt statt. Die Langzeitfolgen dieser herbeigeführten Kommunikations-Blockade sind bislang unabsehbar. Die jüngsten Ergebnisse einer Untersuchung von Bystrova liefern erste, skeptisch stimmende Evidenz. Sie wies nach, daß das mütterliche Verhalten sich gegenüber gewickelten Kindern weniger zugewandt ausbildet: Mit Hilfe der Rating-Skalen des *Parent-Child Early Relational Assessment* (PCERA) wurden Mütter verglichen (gewickelte Babys vs. ungewickelte Babys). Die Mütter entwickelten weniger affektive Zuwendung gegenüber ihren einjährigen gewickelten Babys; Wechselseitigkeit und Reziprozität innerhalb der Mutter-Kind-Dyade war eingeschränkt.¹⁵⁸

157 Kennell & McGrath (2003), S. 273.

158 Vgl. Bystrova (2008), S. 46.



Abb. 14: Wickelmethode in einer empirischen Studie,
(Bystrova (2008), S. 28)

Bystrova schreibt zu der von ihr untersuchten Wickelmethode, daß der Kopf des Babys so eingewickelt wird, daß er nicht mehr bewegt werden kann. Visuellen Objekten kann das Baby dann nur noch mit den Augen folgen.¹⁵⁹

159 Vgl. Bystrova (2008), S. 28.

Es ist nochmals zu betonen, daß im vorherigen Abschnitt nur eine *modifizierte Form* des Wickelns untersucht wurde. Die unbewegliche Streckstellung traditioneller Methoden ist fester, starrer, wird länger beibehalten und wird auch nicht von medizinischem Fachpersonal, sondern von den Müttern ausgeführt. Alle potentiell negativen Aspekte des Wickelns in seiner modifizierten Form gelten in ungleich brisanterem Maße für die üblichen traditionellen Formen des Wickelns.

Es gibt weitere irritierende Befunde. Barry und Paxson stellten für 201 kulturelle Gruppen Daten zu Kindheitsmerkmalen zusammen und korrelierten diese. Die Variable „Körperliche Einschränkungen“ korreliert hoch negativ mit „Körperkontakt“ ($r = -0,57$). Das bedeutet, daß Wickeln und Cradleboard-Benutzung mit einer Verringerung des Körperkontakts zwischen Mutter und Kind einhergehen.¹⁶⁰

Amerikanische Forscher fanden in den frühen 70er Jahren Evidenz dafür, daß frühkindliche Erfahrungen von massiver Einschränkung der Motorik zu erschwertem Spracherwerb führten.¹⁶¹ Zwar wurden keine Wickelerfahrungen untersucht, aber es wurden Kinder unter 3 Jahren in die Stichprobe aufgenommen, die aus medizinischen Gründen geschient, eingegipst oder bandagiert worden waren. Bei diesen Kindern zeigte sich in 55% der Fälle Sprachprobleme (verzögerter Spracherwerb oder Ausspracheprobleme); bei den Geschwistern dieser Kinder, die keine Erfahrungen mit motorischen Einschränkungen hatten, lag die Rate bei 10%. Auf diese Weise konnte ausgeschlossen werden, daß familiäre Probleme beim Sprechen die hohe Rate erzeugt hatte. Es gab Hinweise darauf, daß nicht die Dauer der Bewegungseinschränkung mit der Schwere der sprachlichen Beeinträchtigung korrelierte, sondern das Alter: Je jünger das Kind bei der Bewegungseinschränkung war, desto gravierender die sprachlichen Probleme. Zeigen und Gestik geht der sprachlichen Entwicklung des Kindes voraus, und genau diese beiden motorischen Vorläufer der sprachlichen Kommunikation werden von den Bewegungseinschränkungen beeinträchtigt, von den existierenden Formen des Wickelns würden sie sogar völlig unterdrückt. Womöglich schädigen derartige Maßnahmen diffus den Spracherwerb.

160 Vgl. Barry & Paxson (1971), S. 487.

161 Vgl. Sibinga & Friedman (1971), S. 116 ff.

An dieser Stelle muß eine entwicklungspsychologische Anmerkung gemacht werden. Die moderne Säuglingsforschung, wie sie von Lichtenberg und Stern betrieben wird, betrachtet das Baby als ein Wesen, das eine Beziehung sucht und über eine umfassende Wahrnehmungsausstattung verfügt, die es erlaubt eine komplexe Beziehung mit seiner Mutter einzugehen. Stern betont, wie im Laufe dieser frühen Erfahrung sich ein Selbst entwickelt, ein Prozeß, der seinen Ausgang von frühen Körpererfahrungen nimmt, etwa dem Erleben des Babys, selbst eine willkürliche Bewegung ausführen zu können.¹⁶² Genau dies ist beispielsweise dem gewickelten Kind fast völlig verwehrt: Der Körper wird bewegungsunfähig gemacht, nur die Gesichts- und Augenmuskulatur bildet eine Ausnahme.

Mit derartigen Sichtweisen bewegt man sich nicht länger im engen Rahmen der klassischen Triebtheorie Freud'scher Provenienz. Nach älterer psychoanalytischer Auffassung zur grundlegenden emotionalen bzw. psychosexuellen Strukturierung der frühesten Kindheit wäre diese als „orale Phase“ zu charakterisieren. Demnach basierten die wesentlichen emotionalen Erfahrungen des Kindes auf Erlebnissen rund um die Mundzone und hätten mit Triebbefriedigung (oraler Wunscherfüllung) oder deren Versagung zu tun. Die phasische Einteilung der psychosexuellen Leitzonen (oral, anal, phallisch/genital) spielt im Rahmen der vorliegenden Arbeit eine untergeordnete Rolle.¹⁶³ Statt dessen orientiert sich der hier favorisierte Ansatz an den Vorstellungen der modernen Säuglingsforschung. Die Psychoanalyse hat in den letzten Jahren sich von deren Errungenschaften stark beeinflussen lassen, wie am Werk Fonagys deutlich wird. Dieser Psychoanalytiker versucht, moderne Säuglingsforschung, Bindungstheorie und Psychoanalyse in einen gemeinsamen Theorierahmen zu stellen. Bei seinem Integrationsversuch wird der Begriff der „Mentalisierung“ zentral. Mit diesem Begriff analysiert Fonagy, wie Mutter und Kind in wechselseitig initiierten Interaktionen gegenseitig ihre mentalen Zustände erkennen lernen.¹⁶⁴ Das Baby bzw. das Kleinkind lernt anhand der Reaktionen der Mutter auf seine Äußerungen, seine eigenen emotionalen und wahrnehmungsmäßigen Zustände zu erkennen, zu differenzieren und sprachlich zu benennen. Diese komplexe Entwicklung erlaubt

162 Vgl. Stern (1993), S. 47 ff.

163 Vgl. zu einer Diskussion der klassischen Ansatzes Fonagy & Target (2003), S. 62 ff. Whiting & Child (1953) untersuchten Kindheit noch stark angelehnt an den triebtheoretischen Rahmen (vgl. etwa Tabelle S. 114).

164 Vgl. Fonagy et al. (2004), S. 9 ff.

dem Kind mit Hilfe der mütterlichen Reaktionen seine eigenen Affekte zunehmend reifer und autonomer zu regulieren. Die Mutter spiegelt dem Baby seine Affektzustände, wobei sie diese transformiert und so dem Kind zugänglich macht.¹⁶⁵ Sie spiegelt dem Baby nicht etwa nur seine Angst, sondern zeigt in ihrer Reaktion auch, daß die Angst aufgefangen werden kann, daß Schutz da ist und auf die Äußerungen des Kindes die mütterlichen Handlungen erfolgen. Pathologische Interaktionen wiederum führen zu entwicklungspsychopathologischen Folgen. Zentral für das Thema Wickeln ist, daß im Zentrum der frühen Interaktionen nicht etwa orale Wunscherfüllung oder -versagung steht, sondern das Aushandeln von Affektzuständen und Reaktionen zwischen Mutter und Kind. Dieser Entwicklungsprozeß führt schließlich dazu, daß das Baby bzw. das Kleinkind über eigene Affekte und Emotionen verfügen kann, aber ebenso auch den emotionalen Zustand anderer – zunächst den der Mutter – erkennen und verwenden kann. Das Kind entwickelt eine *Theory of Mind*, ein sicheres Wissen über die mentalen Zustände anderer und erwirbt so soziale Kompetenz.¹⁶⁶ Dieser Prozeß basiert auf den empathischen Fähigkeiten der Pflegepersonen und führt wiederum zu empathischen Fähigkeiten des Kindes. Die Frühformen dieses Aushandelns von Bedeutungen und mentalen Zuständen wird durch Wickeln auf geradezu extreme Weise eingeschränkt. Statt früher, körperbezogener Interaktion wird durch Wickeln ein im Resultat interaktionsfreier Zustand erreicht: das schlafende Baby in seinen Wickelbändern. Kein Zustand könnte vom Spiegeln, Interagieren und sprachlichen Bedeutung-Verleihen weiter entfernt sein. Ich halte es für möglich, daß die schädigende Wirkung der frühen Bewegungseinschränkungen unmittelbar mit einer pathologischen Entgleisung der Mentalisierungsvorgänge zu tun hat.

Es stimmt auch bedenklich, wenn man erfährt, daß Waisenkinder aus den katastrophalen Verhältnissen rumänischer Heime physiologisch erfaßbare Dauerschädigungen ihres Gehirnes erworben haben und als Babys lange gewickelt wurden.¹⁶⁷ Das Wickeln hat jedenfalls diese mit bildgebenden Verfahren dokumentierten Hirnschädigungen nicht verhindert, aber es ist sogar denkbar, daß es Teil der ausgedehnten sensorischen und emotionalen Deprivation war, unter der die Kinder lebenslang leiden.

165 Vgl. Fonagy et al. (2004), S. 43 ff.

166 Vgl. Fonagy et al. (2004), S. 34 ff.

167 Vgl. Carlson & Earls (1997), S. 421 ff.; Lie & Murarasu (2001), S. 21; Chugani et al. (2001); Dente & Hesse (2006), S. 11.

In Tierversuchen zeigte sich auch einige Evidenz für die Effekte bzw. ausbleibenden Effekte von reinem Wickeln. Thoman und Korner untersuchten den Einfluß vestibulärer Stimulation auf die Entwicklung neugeborener Ratten.¹⁶⁸ Dazu wurden die Rattenjungen gewickelt und entweder in einem Apparat einer vestibulären Stimulation durch Rotation ausgesetzt (Experimentalgruppe), oder nur gewickelt (Wickelgruppe) oder gar nicht behandelt (Kontrollgruppe). Eine Reihe von abhängigen Variablen wurde im Anschluß untersucht. Es zeigte sich, daß bessere Entwicklungsergebnisse durch die Kombination von Stimulation und Wickeln als durch alleiniges Wickeln erzielt wurde. Die stimulierten und gewickelten Ratten schrien deutlich weniger, waren später aktiver, waren länger wach und nahmen mehr an Gewicht zu als ihre lediglich gewickelten Geschwister. Darüber hinaus zeigte sich, daß die völlig unbehandelte Kontrollgruppe mehr postnatale Gewichtszunahme aufwies als die Wickelgruppe.

Aus den empirischen Befunden ergibt sich also, daß komplexe Reizung des zentralen Nervensystems wichtig ist für die Entwicklung und nicht die mechanischen Effekte des Wickelns. Dazu passend liegen diverse Ergebnisse vor, die zeigen, daß postnatales Anfassen von Ratten (*handling*) deren Entwicklung positiv beeinflusst und die Auswirkungen von pränatalem Streß reduziert.¹⁶⁹ Diese Ergebnisse sind analog den Ergebnissen von Bystrova et al. im Humanbereich.

168 Vgl. Thoman & Korner (1971), S. 92 ff.

169 Vgl. Wakshlak & Weinstock (1990); Smythe et al. (1994).