Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 69 (1971)

Heft: 8

Artikel: Psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett

Autor: Brupbacher, W.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-950917

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 15.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

DIE SCHWEIZER HEBAMME

Offizielles Organ des Schweizerischen Hebammenverbandes

Bern, 1. August 1971 Monatsschrift 69. Jahrgang Nr. 8

Aus der Universitäts-Frauenklinik Bern
(Direktor: Prof. Dr. M. Berger)

Psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett

W. Brupbacher

Einleitung: Psychische Erkrankungen sind Erkrankungen der Seele, des Geistes. Erkennbar sind sie am «abnormen» Funktionieren des Geistes, am «abnormen» Verhalten, wobei man sich bewusst sein muss, dass die Uebergänge vom «Normalen» zum «Abnormen» gleitend sind. Normal wird gemeinhin das bezeichnet, was die grosse Mehrheit der Mitmenschen tut, wie sie denkt und wie sie reagiert. Die Norm ist gewissen Schwankungen unterworfen je nach Ort und Zeit, je nach Volk und Rasse. Doch nicht jeder ist geisteskrank, der sich anders verhält und anders denkt als die Mehrheit!
Zur besseren Erfassung und Charakterisierung der Geisteskrankheiten teilt die Psychiatrie die Funktionen des Geistes in Einzelfunktionen auf, von welchen eine oder mehrere gestört sein können. Wir unterscheiden:

— Wahrnehmungsstörungen (Verlangsamung, Verkennung, Illusion, Halluzination)
— Gedächtnisstörungen (Gedächtnisverlust, Erinnerungslükken und -täuschungen etc.)
— Orientierungsstörungen (Desorientierung in bezug auf Ort, Zeit und Person)
— Triebstörungen (z. B. Antriebssteigerung oder -Verminderung, Perversionen)
— Affektstörungen (sie betreffen die Stimmung wie Hochgefühl und Schwermut und den Kontakt zu den Mitmenschen in Form von Ueberschwänglichkeit, fehlender Beherrschung und Kontaktarmut)
— Intelligenzstörungen (Schwachsinn, Verblödung)
— Denkstörungen (Zerfahrenheit, Gedankenarmut, Konzentrationsschwäche, Wahnideen)
— Persönlichkeitsstörungen (Selbstentfremdung)
— Bewusstseinsstörungen (Bewusstseinsverlust bis Koma, Bewusstseinstrübungen wie Dämmerzustand und Delirium).

Viele der psychischen Krankheiten werden ausgelöst durch irgendwelche ungewohnte lebensgeschichtliche Situationen und äussere Einflüsse und Einwirkungen, welchen der betreffende Mensch allgemein oder im speziellen Augenblick nicht gewachsen ist. Man spricht dann von *reaktiven psychischen Erkrankungen* also von solchen, die aus Reaktion auf eine neue, eine ungewohnte Situation auftreten (z. B. Depressionen). Daneben gibt es aber auch psychische Krankheiten, die ohne jede äussere Ursache auftreten, von denen man nicht weiss, woher sie kommen. Man bezeichnet sie als *endogene Geisteskrankheiten.* Dazu gehören die Schizophrenie und das manisch-depressive Kranksein sowie die Wahnkrankheit. Die endogenen Krankheiten verlaufen häufig in Schüben, die mit gesunden Intervallen abwechseln. Psychische Erkrankungen können aber auch durch körperliche Krankheiten bedingt sein, so z. B. durch Hirntumoren, durch hohes Fieber und durch Vergiftungen. Bei letzteren sind besonders der Alkohol, die Betäubungsmittel und die Schlafmittel bestens bekannt. Umgekehrt kann sich eine Erkrankung der Seee in körperlichen Leiden äussern, die Psyche ist bei oberflächlicher Betrachtung nicht verändert, es scheint keine Erkrankung des Geistes vorzuliegen, aber es treten Herzbeschwerden, Bauchschmerzen, Magengeschwüre etc. auf. Man spricht dann von *psychosomatischen Krankheiten,* d. h. Erkrankungen des Körpers, die ihren Ursprung im Seelischen haben.

Man gliedert also die psychischen Krankheiten in reaktive, körperlich bedingte (=exogene) und endogene Erkrankungen. Zwischen den reinen Geisteskrankheiten und den rein körperlichen Krankheiten stehen die psychosomatischen Erkrankungen.

Die Schwangerschaft bedeutet nun für jede Frau von vornherein eine völlig neue Situation, die eine Umstellung des Körpers und des Geistes auf das werdende Kind und auf die Stellung und Aufgaben der Mutter verlangt. Es ist damit nicht erstaunlich, dass unter dieser Belastung mit einem gehäuften Auftreten von psychischen Störungen zu rechnen ist, wobei sinngemäss die sogenannt reaktiven Störungen und Erkrankungen im Vordergrund stehen. Insbesondere werden alle jene Frauen zur Erkrankung neigen, die sich bereits vor der Schwangerschaft im Grenzbereich des Normalen befunden haben und die nun durch die neue Situation aus dem Geleise geworfen werden. Es liegt somit auf der Hand, dass auch die Hebamme und die Krankenschwester um diese Störungen wissen sollte. Gar zu leicht werden Patientinnen, die nur leicht erkrankt sind, als «unmögliche Personen» betrachtet und dementsprechend behandelt, weil man die psychische Erkrankung gar nicht erkennt. Dabei bedürfen gerade diese Patientinnen vermehrter Geduld und Aufmerksamkeit. Eine verständnisvolle Pflege und Führung der Patientinnen durch das Pflegepersonal mag in vielen Fällen bereits zur Besserung und Genesung führen und ist wertvoller als alle heute so viel gepriesenen Psychopharmaka. Diese Medikamente sind wohl eine grosse Hilfe in der Behandlung, sie können jedoch das mitfühlende und tröstende Wort nie völlig ersetzen. Anderseits wird die Krankenschwester durch die Kenntnis der psychischen Störungen in schwereren Fällen rechtzeitig den Arzt benachrichtigen und ihm durch ihre Beobachtungen diagnostisch wertvolle Hinweise geben können. Sie kennt die Patientinnen ja meistens besser als der Arzt, der im Spital nur während einigen Minuten pro Tag Visite macht.
Verallgemeinernd kann man sagen, dass es sich bei psychischen Störungen in der Schwangerschaft vorwiegend um reaktive Krankheitsbilder — meist in Form von Depressionen — und seltener auch um körperlich begründbare Psychosen handelt, während endogene Psychosen auffallend selten auftreten. Nach der Geburt verhält es sich hingegen gerade umgekehrt. Dort findet man fast nur endogene Psychosen. Wichtig ist es, den Beginn einer psychischen Erkrankung genau festzuhalten, da der Zeitpunkt ihres Auftretens für die Diagnose und die Prognose des Leidens von grosser Bedeutung ist.

Schwangerschaft

Bei den psychischen Störungen in den ersten 2—3 Schwangerschaftsmonaten handelt es sich in der Regel um reaktive Depressionen, meist infolge einer unerwünschten Schwangerschaft. Ab 3.—5. Monat findet man endogene oder körperlich begründbare Psychosen, vor der Geburt hingegen fast nur Psychosen mit körperlicher Ursache.

Die *reaktiven Depressionen* beginnen praktisch immer erst nach dem Erkennen der Schwangerschaft, was in der Regel erst nach dem Ausfall der Menstruation der Fall ist. Meistens handelt es sich um unerwünschte Schwangerschaften. Die Depression kann aber auch erst später auftreten, dann nämlich, wenn die Schwangere anfänglich positiv zu ihrer Schwangerschaft steht und erst durch die Reaktion der Angehörigen und ihrer Umgebung in die Depression gedrängt wird, so vor allem bei unehelichen und vorehelichen Schwangerschaften. Das Krankheitsbild umfasst Niedergeschlagenheit, Angst, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit und andere körperliche Beschwerden vegetativer Art wie unklare Herz- und Magenbeschwerden etc. Die Depression erreicht ihr Maximum in der Regel am Abend. In ärztliche Behandlung gelangen diese Patientinnen vor allem in schwereren Fällen, wenn Selbstmordgefahr besteht oder eine Unterbrechung der Schwangerschaft verlangt wird. Die meisten reaktiven Depressionen nehmen einen günstigen Verlauf und bessern sich spätestens im 5. oder 6. Schwangerschaftsmonat. Selten kommt es zu einer dauernden Störung der Persönlichkeit. Suicidgedanken sind häufig und sollen ernst genommen werden, doch sind Selbstmorde in dieser Zeit äusserst selten. Von einer Hospitalisation in einer psychiatrischen Klinik kann und soll daher nach Möglichkeit abgesehen werden. Meist genügt die ambulante Betreuung.

Endogene Psychosen sind in der Schwangerschaft wie schon erwähnt selten. In den ersten Wochen und Monaten nach der Geburt treten sie hingegen 10—20 mal häufiger auf als in der Gravidität. Zu Beginn der Schwangerschaft sind sie extrem selten. Bestehen sie bereits vorher, so verschlechtern sie sich unter der Schwangerschaft nicht, es tritt eher eine Besserung ein, deren Ursache bis heute nicht bekannt ist. Es scheint, dass die Schwangerschaft einen gewissen Schutz vor endogenen Geisteskrankheiten bietet. Desgleichen ist bekannt, dass bei Schwangeren mit vegetativer Labilität (nervöse Frauen) häufig eine Besserung auftritt.

Endogene Depressionen beginnen im 3.—5. Schwangerschaftsmonat ohne ersichtlichen äusseren Anlass; es besteht kein ersichtlicher Zusammenhang mit der Schwangerschaft. Bei den Patientinnen handelt es sich meistens um ordentliche und gewissenhafte Frauen. Im Vordergrund stehen Schwermut, Hemmung, Antriebslosigkeit, Interesselosigkeit, Arbeitsunlust, Schlaflosigkeit und oft auch Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle. Daneben bestehen körperliche Beschwerden wie Herzklopfen und -Schmerzen, Druckgefühl über Brust- und Magengegend usw., ohne dass sich eine körperliche Ursache dafür finden liesse. Im Unterschied zu der reaktiven Depression besteht hier der Tiefpunkt der Depression am Morgen, während gegen Abend zu eine Aufhellung auftritt. Anträge auf Schwangerschaftsunterbrechung werden von den Patientinnen hier so gut wie nie gestellt. Die Erkrankung dauert mehrere Monate bis zu einem Jahr und mehr, also bis über die Geburt hinaus. Dann tritt schliesslich völlige Gesundung ein, doch können sich endogen depressive Phasen im späteren Leben wiederholen.

Die Schizophrenie ist in der Schwangerschaft sehr selten und wird daher erst im Kapitel Wochenbett besprochen. Im Unterschied zu den endogenen Depressionen tritt sie gelegentlich auch bei unehelichen Schwangerschaften auf, wobei die Schwangerschaft als auslösendes Moment wirken kann. Der Verlauf ist ungünstig. Wohl dauert der Schub nur einige Monate und bessert sich oft vor der Geburt oder unmittelbar danach. Die Gefahr ist jedoch gross, dass es bald zu einem Rückfall kommt und schnell eine dauernde Störung der Persönlichkeit entsteht. Die Selbstmordgefahr ist gering.

Körperlich begründbare oder sog. exogene Psychosen treten während der Schwangerschaft nur selten auf und wenn, dann vor allem vor der Geburt. Weitaus am häufigsten handelt es sich um Begleitpsychosen einer Eklampsie. Gestört ist dabei die Bewusstseinslage, die Orientierung, das Denken sowie die Wahrnehmung: Die Kranken sind unruhig, ängstlich verwirrt, desorientiert, verkennen die Umgebung und können optisch und akustisch halluzinieren. Dabei werden kleinere unzusammenhängende Episoden erlebt. Die Schwere der psychischen Störungen verläuft im allgemeinen parallel zur Schwere der Grundkrankheit. Ausser der Eklampsie können gelegentlich Entzündungen, Tumoren und Blutungen im Bereich des Gehirns zu diesen Ausnahmezuständen führen.

Unsere Zusammenstellung wäre nicht vollständig, wenn wir nicht noch kurz auf die *psychosomatischen Erkrankungen* in der Schwangerschaft zu sprechen kämen, obschon es sich dabei nicht mehr um Geisteskrankheiten, um Störungen des Geistes im engeren Sinne handelt, denn im Vordergrund stehen körperliche Beschwerden und Krankheiten. Erst jetzt bei näherem Zusehen offenbaren sich die körperlichen Krankheiten als Manifestationen seelischer Störungen. Die häufigste und bekannteste Krankheit dieser Art ist die Hyperemesis gravidarum, das gesteigerte und übermässige Schwangerschaftserbrechen. Infolge der ungenügenden Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme infolge des Erbrechens kann es zur Austrocknung und zu schweren Stoffwechselstörungen kommen. Wenn in Fachkreisen die Meinungen über die Ursache dieser Krankheit etwas unterschiedlich sind und immer wieder nach körperlichen Ursachen gesucht wird, so dürfte der grosse Einfluss der Psyche doch unbestritten sein. Schon das in unseren Breitengraden durchaus als normal angesehene morgendliche Schwangerschaftserbrechen dürfte seinen Ursprung im Seelischen haben, ist es doch bekannt, dass bei primitiven Völkern, aber auch bei den stoischen Asiaten das Schwangerschaftserbrechen selten oder überhaupt unbekannt ist. Erst der Kontakt mit der westlichen Zivilisation hat auch bei diesen Völkern zu einer Zunahme des Schwangerschaftserbrechens geführt. Die Hintergründe der Hyperemesis liegen meistens in einer bewussten oder unbewussten Ablehnung der Schwangerschaft. Die Schwangerschaft kann eine unerwünschte zusätzliche Arbeitsbelastung, materielle Schwierigkeiten oder eine endgültige Bindung an den Ehemann bedeuten. Die Furcht vor der Geburt an sich und den zu erwartenden Erziehungsschwierigkeiten tragen das ihre dazu bei. Gehäuft finden wir die Hyperemesis bei Patientinnen, die in ihrer psychischen Reifung verspätet sind, denen die natürliche Mütterlichkeit fehlt. Das Erbrechen ist dann Ausdruck des Ekels, der Abneigung, des Protestes, des nicht-bei-sich-behalten, des nicht-akzeptieren-wollens. Nicht selten finden sich bei diesen Kranken auch depressive Verstimmungen. Therapeutisch genügt es bereits oft, einen Milieuwechsel vorzunehmen. In schwereren Fällen müssen die Patientinnen der künstlichen Ernährung und der Psychotherapie zugeführt werden. In ganz hartnäckigen Fällen ist die Schwangerschaftsunterbrechung gelegentlich nicht zu umgehen.

Geburt

Akute psychische Erkrankungen unter der Geburt sind äusserst selten. Endogene Psychosen treten unter der Geburt nicht auf, bereits bestehende Krankheiten verschlechtern sich nicht. Seelische Störungen unter der Geburt sind meistens auf körperliche Ursachen zurückzuführen, z. B. Hirnblutungen, Hirntumoren etc. Die Symptome entsprechen denjenigen der exogenen Psychosen in der Schwangerschaft, es finden sich also besonders Bewusstseinsstörungen, Unruhe, Verwirrtheit und Desorientierung.

Wochenbett

Wie bereits erwähnt, handelt es sich bei den Wochenbettpsychosen fast ausschliesslich um endogene Erkrankungen, Erkrankungen also, für die keine lebensgeschichtlichen oder körperlichen Ursachen gefunden werden können. Auch hier ist der Zeitpunkt des Auftretens für die Diagnose sehr wichtig. In den ersten zwei Tagen nach der Geburt treten keine

Psychosen auf. Dagegen ist am 3. und 4. Tag ein plötzlicher, starker Anstieg zu verzeichnen. Dabei handelt es sich vorwiegend um amientielle oder manische Bilder. Am 7. und 8. Tag können endogen depressive und schizophrene Krankheitsbilder auftreten. Sie sind sehr selten und haben eine schlechte Prognose. Am 10. Tag, bzw. am Tag der Entlassung, treten typische endogene Depressionen auf, ebenso in der 3. und 4. Woche nach der Geburt. 3 bis 4 Monate post partum werden gehäuft Schizophrenien mit schubweisem Verlauf beobachtet.

Die *amentielle Psychose* ist eine typische Wochenbettpsychose. Die Kranken scheinen den Verstand verloren zu haben. Ihre Sprache ist unzusammenhängend, der Gedankengang durcheinander geraten. Die Umgebung wird verkannt, das Bewusstsein ist stark eingeengt oder verwirrt. Die Patientinnen haben Halluzinationen und Wahnvorstellungen. Sie sind sehr unruhig, wälzen sich im Bett, ziehen die Bettwäsche ab, bleiben nicht im Bett, verrücken die Möbel, drängen aus dem Zimmer und suchen sich nicht selten zu beschädigen *(Pauleikhoff)*. Später können sie sich an diese Zeit kaum oder gar nicht mehr erinnern.

Bei der *Manie* handelt es sich um das Gegenstück der Depression. Der Antrieb ist gesteigert, die Hemmungen fallen weg. Die Kranken fühlen sich in Hochstimmung und haben mehr oder weniger ausgeprägte Grössenideen. Sie fühlen sich reich, sind freigebig und verspüren einen ausgeprägten Tatendrang. Sie fühlen sich im Mittelpunkt, reissen im Gespräch das Wort an sich und sind kaum mehr zu bremsen. Es bestehen Konzentrationsschwierigkeiten, vieles wird begonnen aber nicht zu Ende geführt. Im Gespräch fehlt der rote Faden. Der Sinn für die Proportionen geht verloren. Für die Umgebung und das Pflegepersonal stellen sie eine schwere Belastungsprobe dar, erfordern sie doch ein Höchstmass an Geduld und Führungskunst. Amentielle und manische Bilder nach der Geburt haben eine gute Prognose. Sie klingen nach zwei bis drei und mehr Monaten ab und kehren nur selten wieder. Sie sind meistens bei Erstgebärenden zu finden.

Die *endogene Depression* bei Spitalentlassung am 10. Tag entspricht in ihrer Symptomatik derjenigen der Schwangerschaft. Die Mütter fühlen sich zu Hause der Arbeit plötzlich nicht gewachsen, sie wissen nicht mehr, wie sie ihr Kind besorgen sollen. Es fehlt ihnen das Interesse und die Freude am Kind. Die Spitalentlassung und die der Mutter nun plötzlich allein obliegende Pflege des Kindes können wohl als auslösende Momente, nicht aber als Ursache der Depression angesprochen werden. Es handelt sich somit nicht um eine reaktive Depression. Auch hier ist wiederum typisch, dass die Depression am Morgen am stärksten ausgeprägt ist und sich gegen Abend zu eher aufhellt. Dasselbe gilt für die endogenen Depressionen, die in der 3. und 4. Woche nach der Geburt auftreten. Die Prognose ist insofern gut, als nach einigen Monaten die Schwermut verschwindet, doch wiederholen sich depressive Phasen im späteren Leben unabhängig von Schwangerschaft und Geburt.

Schizophrene Krankheitsbilder sind gehäuft 3 bis 4 Monate nach der Geburt anzutreffen, sehr selten auch bereits am 7. bis 8. Tag nach der Geburt. Ihre Symptomatik unterscheidet sich nicht von der zu anderen Zeiten des Lebens auftretenden Schizophrenien. Hauptsymptome sind die Störungen des Gedankenganges, der Affektivität und der Persönlichkeit sowie Halluzinationen und Wahnideen. Der Gedankengang ist zerfahren, zusammenhangs- und beziehungslos, die Sprache wird symbolhaft. Der Affekt ist gestört, nicht mehr einfühlbar. Die Mimik ist steif und unpassend. Die Patientinnen können z. B. in einer Situation lachen, die jeder Komik entbehrt und weinen, wo in unseren Augen kein ersichtlicher Grund dafür vorzuliegen scheint. Dazu kommen Sinnestäuschungen und Wahnideen. Die Kranken leben zugleich in unserer Welt denn Gedächtnis, Orientierung und Aufmerksamkeit sind nicht gestört, und zugleich in ihrer für uns unzugänglichen Traumwelt, die für sie ebensosehr Wirklichkeit ist. Die Schizophrenie ist ein sehr kompliziertes Krankheitsbild und kann hier deshalb nur sehr kurz und grob skizziert werden. Die Prognose eines schizophrenen Schubes ist sehr unterschiedlich und von verschiedenen Faktoren abhängig. Er kann abklingen und nie wieder auftreten, er kann sich mehrfach wiederholen, wobei die dazwischenliegenden Intervalle eine weitgehend oder völlig unauffällige Psyche zeigen, oder er kann auch zur dauernden Veränderung der Persönlichkeit führen. Die Behandung gehört in die Hände des Facharztes, des Psychiaters.

Zusammenfassung

Die Schwangerschaft stellt schon für die körperlich und psychisch Gesunden eine sehr grosse Belastung dar, indem sich Körper und Seele auf die neue Aufgabe, auf das werdende Kind und die Mutterschaft umstellen müssen. So kann die Schwangerschaft psychische Störungen und Erkrankungen verursachen oder auslösen und dies ganz besonders, wenn bei Eintritt der Schwangerschaft schon eine unterschwellige Störung vorhanden war. Am häufigsten finden sich reaktive Depressionen zu Beginn der Schwangerschaft, wobei sie meist Ausdruck und Ablehnung einer unerwünschten Schwangerschaft sind. Endogene Psychosen hingegen sind während der Schwangerschaft sehr selten und zeigen eher einen Hang zur Besserung sofern sie bereits vorher bestanden. Nach der Geburt hingegen finden sich fast nur endogene Psychosen, wobei der Zeitpunkt ihres Auftretens für die Art und die Prognose des Leidens sehr bedeutsam ist.

Literatur:

Pauleikhoff B.: Seelische Störungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt, Stuttgart 1964.
Condrau G.: Psychosomatik der Frauenheilkunde.
Gynäkologie und Geburtshilfe (Käser, Friedberg, Ober Thomsen, Zahnder)
Spörri: Kompendium der Psychiatrie.

Sind Kopfwehmittel schädlich?

Jedermann weiss, dass lediglich das «Zu viel» und das «Zu oft», also der Missbrauch von Kopfwehmitteln, schädlich ist. Deshalb sollen Schmerzmittel nicht dauernd und in höheren Dosen genommen werden, ohne dass man den Arzt frägt. Wenn Sie aber gelegentlich einmal bei einem Anfall von Kopfweh, Migräne oder Rheumaschmerzen zu einem Arzneimittel greifen müssen, so verwenden Sie es sparsam, mit Zurückhaltung. Wählen Sie Melabon, die angenehm einzunehmende geschmackfreie Oblatenkapsel.

Mélabon