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: 83 (1985)

Heft: 4

Artikel: Schwangerschafts- und Wochenbettpsychosen

Autor: Bachmann, Kurt

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-950387

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

La sage-femme peut suggérer la possibilité d'un accouchement ambulant (de dispensaire), décrire ses avantages, et, avec la femme, se mettre en communication avec un hôpital approprié où l'on pratique ce genre de délivrance. Avec un tel accouchement on peut tenir compte des besoins individuels de la femme en ce qui concerne la psychologie aussi bien que la politique sanitaire.

Il existe plusieurs avantages. Il ne faut pas préparer la maison; dans le cas de complications soudaines, on obtient de l'aide immédiatement grâce à une équipe de médecins munie de toutes les installations techniques; dans la plupart des cas, la présence du mari est possible; la femme récemment délivrée peut retourner chez elle après l'accouchement, et ainsi les difficultés d'allaitement sont éliminées. La délivrance ambulante est une alternative raisonnable par rapport à la délivrance à la maison, pourvu qu'on garantisse des soins avant et après la naissance.

Avant de réaliser une délivrance ambulante, il faut assurer qu'une sage-femme sera libre pour veiller aux premières étapes de la période postnatale. Dans beaucoup d'hôpitaux, la sage-femme surveille la gestation, fait les préparations à l'accouchement, réalise l'accouchement, et fait les suites de couches à domicile. Les soins donnés à la mère et au nouveau-né sont la responsabilité de la sage-femme, et ne doivent pas être cédés au service de soins sociaux.

Bien des conditions d'un accouchement à domicile sont également applicables à une délivrance ambulante: la sage-femme doit contrôler les conditions domestiques; il faut qu'un médecin soit libre à tout moment pour effectuer un «deuxième examen» (examen U 2); il faut préparer une aide domestique; l'enfant doit être sain (poids de naissance normal; observation de la bilirubine; l'incompatibilité Rh; l'épreuve de Guthrie; etc.).

Le choix correct n'est pas automatiquement l'accouchement à domicile ou l'accouchement ambulant. Dans chaque cas la meilleure solution ne sera trouvée qu'après plusieurs consultations, examens et visites.

Schwangerschafts- und Wochenbettpsychosen

Kurt Bachmann

Einleitung

Schwangerschafts- und Wochenbettpsychosen werden in geburtshilflichen wie auch in psychiatrischen Lehrbüchern recht stiefmütterlich behandelt. Dies mag zum Teil seinen Grund darin haben, dass es seltene Erkrankungen sind. Es könnte jedoch auch Ausdruck davon sein, dass wir uns gegenüber Betroffenen sehr hilflos fühlen.

Ende des 19. und anfangs des 20. Jahrhunderts scheinen diese Krankheiten noch wesentlich häufiger Gegenstand wissenschaftlicher Arbeiten gewesen zu sein. Ab Mitte 20. Jahrhundert werden die Publikationen seltener. In der gleichen Zeitspanne haben auch die Erkrankungsfälle abgenommen. Dies scheint jedoch nicht der Hauptgrund dafür zu sein, dass Wochenbettpsychosen seltener studiert wurden. Offenbar trat eine gewisse Frustration bezüglich der Forschungsresultate ein, weshalb man sich lieber «forschungsträchtigeren» Krankheitsbildern zuwandte. Pauleikhoff drückt dies 1964 folgendermassen aus: «Wir treten auf der Stelle, seit die Hauptproblematik der Gestationspsychosen in der Frage gesehen wird, wie der kausale Zusammenhang zwischen Gestationsvorgang (z.B. Geburt) und Psychose beschaffen ist.»

Es ist ein natürliches Bedürfnis jedes Kranken, eine Erklärung für sein Erkranken zu finden. Das zentrale Problem der an Psychose erkrankten Patientin ist deshalb: Warum ist mir das passiert? Und weiter: werde ich bei einer späteren Geburt erneut von dieser Krankheit betroffen?

Diesen sehr schwierig zu beantwortenden Fragen will dieser Artikel nachgehen. Ausserdem soll er ein wenig das Wesen von psychischen Erkrankungen im Wochenbett, insbesondere von Psychosen, erläutern. Ziel wäre es, durch Verständnis Hilflosigkeit abzubauen und die Möglichkeit zu erlangen, besser mit diesen Patientinnen umgehen zu können.

Ich werde mich hauptsächlich den Wochenbettpsychosen zuwenden, da die Hebamme aus zwei verschiedenen Gründen dieser viel eher begegnen wird, als der Schwangerschaftspsychose:

1. ist die Wochenbettpsychose etwa 15mal häufiger als die Schwangerschaftspsychose;

2. ist es bei uns recht selten, dass Schwangerschaftskontrollen von Hebammen durchgeführt werden und folglich die Hebamme einer Schwangerschaftspsychose kaum begegnen wird, werden doch diese Patientinnen fast immer in psychiatrischen Kliniken behandelt.

Die Häufigkeit der Schwangerschafts- und Wochenbettpsychosen ist in den letzten Jahrzehnten wohl als Folge der Entwicklung der Schwangerenbetreuung und -aufklärung, sowie perinatalen Gynäkologie zurückgegangen. Die Literatur gibt uns hier verschiedene Angaben. Die Erkrankungshäufigkeit liegt jedoch sicher zwischen 4–10 Psychosen pro 10000 Geburten. Auffallend dabei ist, dass die Erkrankungshäufigkeit für Schwangere kleiner ist, als diejenige einer entsprechenden Altersgruppe nicht schwangerer Frauen. Dieser Schutz der Schwangerschaft vor Psychose ist so wenig geklärt wie die erhöhte Anfälligkeit im Wochenbett. Einerseits könnte diese Tatsache für körperliche Ursachen sprechen, andererseits aber auch für psychische, zum Beispiel für eine Selbstwertsteigerung der Schwangeren durch das Erfüllen ihrer ursprünglichen biologischen Rolle. Sie könnte jedoch auch für mehr psychosoziale Gründe sprechen, indem die Schwangere von ihrer Umgebung mehr respektiert oder eventuell geschont wird.

Die Erkrankungshäufigkeit zeigt eine Abhängigkeit von der Parität. Gödtel findet bei hundert Frauen 50%, die nach der ersten Geburt psychotisch werden, 25% nach der 2. Geburt und 11% nach Fehlgeburten. Dies würde an sich klar darauf hinweisen, dass Erstgebärende wesentlich mehr gefährdet sind als Mehrgebärende. Wir müssen jedoch berücksichtigen, dass es mehr Erstgebärende als Mehrgebärende gibt. Er beschreibt aber auch eine 8. Para, die nach sieben unauffälligen Geburten eine Wochenbettpsychose durchmachte.

Die Frau kann nicht nur einmal an einer Wochenbettpsychose erkranken. Unter seinen hundert Frauen fand Gödtel deren zwei, die dreimal eine Wochenbettpsychose durchmachten. Vielerorts besteht auch die irrige Meinung, dass die Krankheit vor allem junge Frauen treffe. Das durchschnittliche Erkrankungsalter von 28,5 Jahren dürfte sogar hinter dem durchschnittlichen «Geburtsalter» liegen.
Die Krankheitsdauer ist äusserst unterschiedlich und von der Erscheinungsform der Wochenbettpsychose abhängig.

Die Psychosen im Wochenbett

Um zu den Entstehungsbedingungen und zur Prognose Stellung zu beziehen ist es notwendig, die verschiedenen Zustandsbilder von Wochenbettpsychosen wahrzunehmen und zu unterteilen. Wesentlich ist der diagnostische Versuch, die Wochenbettpsychose einer der beiden nachfolgenden Gruppen zuzuordnen:

- körperlich begründbare Psychose
- (eher) endogene Psychose

Mit dem in Klammern gesetzten «eher», deute ich bereits an, dass diese Zuordnung selten leicht fällt und in Grenzfällen meist erst durch Beobachten der Lebensgeschichte nach der Erkrankung gelingt, also manchmal kurz nach der Erkrankung der Patientin bezüglich Prognose keine schlüssige Auskunft gegeben werden kann. Dies mag auf den ersten Blick desillusionierend sein, könnte jedoch auch unsere Motivation, die Kranke möglichst gut wahrzunehmen, fördern. Neben unserer Wahrnehmung benötigen wir jedoch auch technisches «Werkzeug», um zu einer diagnostischen Zuordnung zu gelangen. Wir müssen beispielsweise wissen, was überhaupt eine Psychose ist, oder was endogen bedeutet, usw. Deshalb will ich einige Definitionen und Erläuterungen einflechten:

- Unter einer Psychose versteht der Pschyrembel folgendes: Geisteskrankheit; zentral bedingte Störung der psychischen Funktionen, die über den bis dahin Gesunden schicksalshaft hereinbricht und ihn oft weitgehend verändert. Psychosen führen zu einem Strukturwandel des gesamten Erlebens.
  Der Diagnosenschlüssel, der auf der internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO basiert, beschreibt Psychose folgendermassen: Psychiatrische Erkrankung, in der die Beeinträchtigung der psychischen Funktionen ein so grosses Ausmass erreicht hat, dass dadurch Einsicht und Fähigkeit, einigen der üblichen Lebensanforderungen zu entsprechen, oder der Realitätsbezug erheblich gestört sind. Es handelt sich um keinen exakten oder genau definierten Begriff.
  Im Umgang mit dem Patienten ist es mir eine Hilfe, wenn ich die Psychose folgendermassen verstehe: Wird das Leben eines Menschen durch körperliche oder seelische Beeinträchtigungen derart gestört, dass es nicht mehr auszuhalten ist, dann bricht automatisch die Sicherung, welche ihn in der Realität zurückhält, und er entgleitet in einen Zustand, in dem er die Welt und sich so wahrnimmt, wie er sie ertragen kann.

- Auch der Begriff «endogen» wird verschieden verstanden und etwa wie folgt umschrieben: Endogen sind auf ererbter Grundlage entstehende seelische Störungen, deren Ursache ungeklärt ist (Spoerri). Endogen ist ... ein klinischer Arbeitsbegriff zur Kennzeichnung bestimmter Psychosen ..., manche Psychiater verstehen darunter nicht mehr als «idiopathisch» (d. h. eigene, aus sich heraus entstandene Krankheit, nicht Symptom einer andern Krankheit), andere meinen «erblich», wieder andere vertreten die Ansicht, es könne nicht anders sein, als dass eine somatische Ursache vorläge, nur sei sie bisher nicht erkannt, aber zu postulieren (Schulte-Tölle).

Am hilfreichsten scheint mir, wenn wir unter «endogen» den erwähnten klinischen Arbeitsbegriff zur Kennzeichnung bestimmter Psychosen verstehen und so in unserer therapeutischen Arbeit nicht gelähmt werden durch so schicksalshafte Begriffe wie «erblich» usw.

Körperlich begründbare Psychosen

Als synonymer Ausdruck wird gelegentlich auch «exogene», «symptomatische» oder «organische» Psychose gebraucht. Immerhin wird damit bereits etwas über die Entstehung dieser Form der Wochenbettpsychose ausgesagt, nämlich, dass körperliche Beeinträchtigungen bei der Entstehung im Spiel sind. Dies kann jedoch nicht die einzige Ursache sein, sonst müsste ein grosser Teil der Wöchnerinnen mit körperlichen Komplikationen erkranken. Auch bei dieser Form der Wochenbettpsychose muss man verschiedene Entstehungsursachen annehmen, auf die später noch zurückgekommen wird. Hilfreich ist hier sicher die Definition von K. Schneider, der für eine körperlich begründbare Psychose fordert: Einen gewissen zeitlichen Zusammenhang oder Parallelität von körperlichem und psychischem Geschehen, sowie das «typisch exogene» Erscheinungsbild: Bewusstseinstrübung (Dösigkeit, Somnolenz, Koma), Bewusstseinsveränderung (traumhaft), zeitliche, örtliche und/oder personelle Desorientiertheit, Denkstörungen (verworren, widersprüchlich, unzusammenhängend, Gegenstands- oder Personenverkennen, Störungen der Stimmung (ängstlich-erregt, apathisch, ratlos, depressiv), Halluzinationen und Wahnideen (sieht die verstorbene Mutter am Bett, glaubt vergiftet zu werden, meint, sie habe Jesus geboren).

Unter den oben erwähnten körperlichen Komplikationen, die für die Diagnose der körperlich begründbaren Wochenbettpsychose gefordert werden, verstehen wir: Lochialstau, Hämatome in Sektio- und Episiotomiewunden, Thrombosen und Embolien, Infektionen, Wochenbettsblutung postpartuale Blutung, EPH-Gestose, Placenta praevia, vorzeitige Lösung usw.

Die Entstehung einer körperlich begründbaren Wochenbettpsychose könnte man also etwa so verstehen: Eine Wöchnerin kann dann an einer Wochenbettpsychose erkranken, wenn bei ihr eine gewisse Disposition besteht (Erbanlage, seelischer Zustand, Beziehungen zur Umwelt) und zusätzlich das körperliche Befinden beeinträchtigt ist.

Zur Verdeutlichung dieser Form der Wochenbettpsychose ein Fallbeispiel:

Typisch für diese körperlich begründbaren Wochenbettpsychose ist, dass sie schlagartig in den ersten 14 Tagen nach der Geburt, häufig am 3./4. Tag nach der Entbindung auftreten. Relativ oft während der Nacht mit dem Auftreten einer Wahnidee, die von der Patientin nachträglich meist als Traum geschildert wird.

Nebst der erwähnten Bewusstseins-und Orientierungsstörung recht charakteristisch sind Symptome von seiten der Motorik, wie Unruhe: die Patientinnen sind nie im Bett, ziehen sich 10mal pro Tag um, reden dauernd und können deshalb in diesem Stadium für sich und den Säugling eine gewisse Gefahr darstellen. Oder sie sind auffällig ruhig, apathisch, essen kaum, wirken allgemein verlangsamt, nehmen keinen Kontakt auf und weisen Verdauungs- und Schlafstörungen auf. Hier können also diagnostische Schwierigkeiten gegenüber einer endogenen Depression auftreten.

(Eher) Endogene Wochenbettpsychosen

Wie wir vorher von einer typisch exogenen Symptomatik gesprochen haben, fordern wir für diese Wochenbettpsychosen eine sogenannte «endogene Symptomatik». Körperliche Komplikationen werden hier nicht gefordert.
Als typisch «endogen» wird der Verlauf einer Erkrankung beschrieben, die nicht ausheilt, sondern immer wieder ausbrechen kann und im schlechteren Fall sogar zu einer Abflachung, zu einem Defekt der Persönlichkeit führt. Dies nützt uns jedoch wenig, müssen wir während dem Verlauf einer Wochenbettpsychose zur Diagnose und Prognose Stellung beziehen. Diesbezüglich hilfreich wäre bloss, wenn die Patientin bereits einmal an einer Depression oder Schizophrenie erkrankt wäre. Dann könnte man mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit sagen, dass es sich um eine Wochenbettpsychose des «endogenen» Typs handelt und eine entsprechende Prognose stellen. Aufschlussreich ist uns hier, wenn wir wissen, wie die sonst als endogen bezeichneten psychiatrischen Erkrankungen aussehen, nämlich die sogenannte endogene Depression und die Schizophrenie.
Auf die beiden vorerwähnten Erkrankungen können wir insbesondere deshalb durchaus zurückgreifen, entsprechen doch die «eher endogenen Wochenbettpsychose» den klinischen Erscheinungsbildern von Schizophrenie und endogener Depression, respektive manisch-depressivem Kranksein.

Was ist Schizophrenie?

(Spaltungsirresein, Spaltung des Selbst)
An Schizophrenie zu erkranken bedeutet, dass, wie vorher über «Psychose» bereits erläutert, plötzlich oder schleichend der Kontakt zur vertrauten Umwelt abbricht und eine fremdartige Welt mit völlig neuen Erlebnissen über den Betroffenen hereinbricht, was zu einer Störung der Persönlichkeit führen muss. Dies bedeutet, dass vor allem die «Bestandteile oder Werkzeuge» der Person gestört («gespalten») werden:

Abgrenzung der eigenen Person:
Der Betroffene kann nicht mehr sicher sagen, wer er ist; die Grenzen zwischen ihm und anderen Personen sind entzwei. Auch ist ihm nicht mehr klar, ob er die eigenen Gedanken oder Gefühle erlebt, oder ob dies die Gefühle und Gedanken eines andern sind. Er hat den Eindruck, dass seine Gedanken und Gefühle beeinflusst werden; er fühlt sich ausgeliefert.

Wahrnehmungsstörung:
Wesentliches kann nicht von Unwesentlichem unterschieden werden. Unwesentliche Dinge, zum Beispiel Strassengeräusche, gewinnen für den Betroffenen eine so zentrale Bedeutung, dass er alles andere nicht mehr wahrnehmen kann. Bedeutungen werden verkannt und auf sich bezogen, zum Beispiel der Polizist geht in den Kiosk vis-à-vis, weil er mich beobachten will. Halluzinationen treten auf, akustische (Betroffener hört wie er beschimpft wird), optische (Betroffener sieht wie am Haus gegenüber Feuer gelegt wird), haptische/taktile (Patient hat das Gefühl, er werde berührt, obgleich dies nicht der Fall ist), sowie Geruchshalluzinationen (Betroffener riecht giftiges Gas in seinem Zimmer).

Denkstörungen:
Auch beim Denken kann Wichtiges und Unwichtiges nicht auseinandergehalten werden. Das Denken erscheint dem Beobachter unlogisch und zusammenhanglos, der Gedanke wird entrissen, der Betroffene kann sich nicht entscheiden, welchen Gedanken er äussern will, er kann sich generell nicht für oder gegen etwas entscheiden. Als inhaltliche Denkstörungen imponieren die Wahnvorstellungen. Sie dienen der Abwehr und oder dem Ausdruck von Wünschen. (Erlebe ich mich als dumm, nichtsnutzig, schlecht aussehend usw. und ertrage ich dies nicht mehr, besteht für mich in der Psychose die Möglichkeit, mich als Prinz Charles zu erleben und sofort fühle ich mit wohl und gut). Häufige Formen sind Verfolgungswahn («man lässt mich nicht in Ruhe»), Beeinflussungswahn («im Radio hat man mir gesagt, ich müsse das Haus anzünden»), Beziehungswahn (ich bin schuld, dass es der Patientin im anderen Bett schlecht geht) usw.

Die Gefühlswelt:
Die Gefühle des Patienten wirken verarmt, abgeflacht, er wirkt, als ob ihn naheliegende Erlebnisse nicht «berühren» würden, manchmal passt das an Gefühlen Geäusserte nicht mit dem Gesichtsausdruck überein («So, so, Tante Erna ist gestorben», lacht der Patient am Telefon). Ausserdem ist auch häufig die Beziehung zur Umwelt so gestört, dass wir den Patienten gefühlsmässig kaum spüren können, dass sich der Patient ganz in sich – wie in ein Glashaus – zurückzieht.
Dies sind also die 4 wesentlichen Störungen bei einem «gespaltenen Menschen», einem Schizophrenen, bei dem aber andere Teile, mindestens primär, nicht gestört sind. So sind zum Beispiel Intelligenz, Gedächtnis und Bewusstsein intakt.
Damit wäre eine Form der mehr «endogenen» Wochenbettpsychose theoretisch etwas näher erläutert. Eine weitere Erscheinungsform, der eher «endogenen» Wochenbettpsychose ist das Krankheitsbild der endogenen Depression oder des manisch-depressiven Krankseins, auf das ich jetzt noch eingehen werde.

Was ist eine endogene Depression?
Was ist eine Manie?

Bei beiden Krankheiten handelt es sich, wie bei der Schizophrenie, um Psychosen. Ein Mensch kann isoliert nur an Depression(en) oder nur an Manie(n) erkranken. Er kann jedoch in seinem Leben auch beiden Krankheitsformen unterliegen. Man zählt beide Erkrankungen zu den Affektpsychosen und meint damit, dass bei diesen Personen vor allem der Affekt, das heisst die Gefühlswelt, die Stimmung, das gefühlsmässige Körperbefinden gestört ist.
Beim depressiven Menschen treten vor allem folgende Störungen auf:

Die Stimmung
ist depressiv, wie leer, tot, gleichgültig, hoffnunglos. Am schlimmsten ist sein Zustand, wenn er darüber klagt, dass er gar nichts mehr fühle, weder Trauer noch Schmerz.

Der Antrieb
ist gestört, gehemmt, ohne Initiative und Elan, ein Gefühl des Gelähmtseins, kraftlos und entscheidungsunfähig. Auch das Denken tritt dann, im Sinne des Grübelns, auf der Stelle oder geht im Kreise herum. Es existiert keine Zukunft mehr. Allerdings handelt es sich nicht um eine Antriebslosigkeit, sondern vielmehr um eine «Selbstblockierung» des Antriebs, was zu einer quälenden inneren Unruhe führt. Sie äussert sich dann häufig in sinnlosen Tätigkeiten wie zum Beispiel Hin- und Hergehen, oder führt zu endlosen Klagen, die wir fast nicht aushalten können.

Das Denken und Fühlen
ist von ganz bestimmten Inhalten besetzt. Man ist darauf «fixiert». Nach Schneider handelt es sich dabei um die jedermann bekannten «Ur-Ängste», die sich ausprägen in: Angst vor Schuld, Erkrankung, Verarmung, Versagen und Wertlosigkeit. Wir bezeichnen diese Ängste, die jede reale Einschätzung der Situation überschreiten und an denen oft trotz Erklärungen unbeirrbar festgehalten wird, als Wahnidee. «Ich darf nicht mehr essen, sonst verarmen wir und die Familie muss verhungern!» An dieser Idee können wir manchmal auch nichts ändern, wenn wir eine schriftliche Bestätigung der Krankenkasse vorzeigen mit der Bestätigung, dass auch das Essen von der Krankenkasse übernommen wird. Fortsetzung Seite 14

Weiterbildung am 92. Schweizerischen Hebammenkongress

Ambulante Geburt – Die Alternative der Mitte

Das Programm

1. Teil am Mittwoch, 29. Mai 1985

13.00 Uhr
Begrüssung durch die Präsidentin
Einleitung von Frau Yvonne Meyer, Tagungsleiterin

13.10 Uhr
«Die Praxis in der Versorgung nach ambulanter Geburt».
Kurzreferate von Frau Blanca Landheer, freischaffende Hebamme in Winterthur und von Madame Heidi Girardet, freischaffende Hebamme in Nyon

14.00 Uhr
«Die ambulante Geburt aus ärztlicher Sicht»
Referat von Professor Dr. med. Gabriel Duc, Direktor der Neonatologischen Abteilung der Universitätsfrauenklinik Zürich

14.40 Uhr
«Die Haltung der Kantone, Gemeinden, Krankenkassen, Familien zu den finanziellen Anforderungen»
Kurzreferate von Blanca Landheer und Heidi Girardet.

15.30 Uhr
Kaffeepause

16.10 Uhr
Arbeiten in Gruppen mit den Schwerpunkten
1. Anforderung an die Aus- und Fortbildung der Hebammen, welche die Vor- und Nachsorge bei ambulanter Geburt übernehmen.
2. Probleme in der Zusammenarbeit und in der Organisation. Lösungsvorschläge?

Freipraktizierende Hebamme
Spitalhebamme
Freipraktizierende Hebamme
Andere Berufsgruppen

17.30 Uhr
Schluss des 1. Teils.

2. Teil am Donnerstag, 30. Mai 1985

08.30 Uhr
Begrüssung und Zusammenfassung vom Vortag von Frau Georgette Grossenbacher, Tagungsleiterin

08.40 Uhr
Rapporte der Gruppenleiterinnen

10.00 Uhr
Kaffeepause

10.45 Uhr
«Die rechtliche Situation für alle Beteiligten»
Diskussionsrunde mit Frau Dr. iur. Christine Bigler-Geiser, Rechtsanwältin, Bern

11.30 Uhr
Zusammenfassung und Schluss der Tagung

etwa 11.45 Uhr
Mittagessen

13.15–17.45 Uhr
Delegiertenversammlung

Von den in französischer Sprache gehaltenen Referaten werden deutschsprachige Übersetzungen respektive Zusammenfassungen abgegeben.

Immer mehr Frauen machen von der Möglichkeit Gebrauch, das Wochenbett unmittelbar nach der Geburt zu Hause zu verbringen.
Damit hat sich der Arbeitsbereich der Hebamme wiederum sinnvoll erweitert.
Die Anforderungen seitens der Mutter, des Neugeborenen und der Familie verlangen intaktes Wissen und Können der Hebamme sowie die Fähigkeit zu partnerschaftlichem Verhalten.
Wie bereitet sie sich auf diese umfassende Aufgabe vor?
Wie steht es mit dem gesetzlichen Rahmen, mit Recht und Pflicht für alle Beteiligten – und mit den finanziellen Regelungen?
An dieser Tagung werden sowohl die praktischen Aspekte wie auch gesundheitspolitische und juristische Fragen zur Thematik behandelt.

Tagungspreis für Teilnehmerinnen ohne Festkarte

Mitglieder mit Mitgliederausweis:	Fr. 20.–
Nichtmitglieder:	Fr. 50.–
Schülerinnenmitglieder mit Mitgliederausweis:	Fr. 10.–
Schülerinnen-Nichtmitglieder:	Fr. 25.–

Kolleginnen ohne Festkarte melden sich bitte bis 15. April 1985 mit untenstehendem Talon im Zentralsekretariat an, damit die ungefähre Teilnehmerzahl erfasst werden kann.

Die Programmleiterinnen

Deutsche Schweiz:
Georgette Grossenbacher
Doris Winzeler

Französische Schweiz:
Yvonne Meyer-Leu
Lydia Tièche

Ich nehme an der Weiterbildungstagung teil: 29. Mai ☐ 30. Mai ☐

Name ..... Vorname .....

Adresse .....

Telefon ..... Unterschrift .....

Einsenden an: SHV, Zentralsekretariat, Flurstrasse 26, 3000 Bern 22

92. Schweizerischer Hebammen-Kongress und Delegiertenversammlung

29., 30. und 31. Mai 1985, Hôtel de Ville, Siders

Liebe Kollegin

Die Walliser Hebammen laden Sie herzlich ein, dem Kongress in Siders beizuwohnen. Die Sonnenstadt hält für Sie sowohl in beruflicher wie in kultureller Hinsicht ein interessantes Programm bereit.

Für die Sektion Bas-Valais
Blandine Zufferey, Präsidentin

Château de Villa, Sierre.

Programm

Mittwoch, 29. Mai	
13.00–17.30 Uhr	Weiterbildung 1. Teil Thematik: Ambulante Geburt – Die Alternative der Mitte
Donnerstag, 30. Mai	
08.30–11.40 Uhr	Weiterbildung 2. Teil Beachten Sie bitte das detaillierte Programm auf der gegenüberliegenden Seite.
13.15–17.45 Uhr	Delegiertenversammlung
19.00 Uhr	Aperitif
20.00 Uhr	Bankett
Freitag, 31. Mai	
09.00 Uhr	Ausflug
13.00 Uhr	Mittagessen
Ab 15.00 Uhr	Abfahrt der Busse

Traktanden der Delegiertenversammlung 1985

1. Eröffnung der Delegiertenversammlung
2. Kontrolle der Delegiertenmandate
3. Wahl der Stimmenzählerinnen
4. Genehmigung des Protokolls der Delegiertenversammlung 1984
5. Genehmigung der Jahresberichte 1984
   a) der Zentralpräsidentin
   b) des Fürsorgefonds
   c) des Zeitungsunternehmens
   d) der Stellenvermittlung
   e) der Weiterbildungskommission
6. Genehmigung der Jahresrechnungen 1984
7. Genehmigung der Jahresbudgets 1985/1986
8. Bericht der Sektion Solothurn und Vorschlag für 1986
9. Abstimmungen:
   I. Wahlen
      a) zwei Mitglieder für den Zentralvorstand
      b) vier Mitglieder für die Zeitungskommission
   II. Festsetzung der Mitgliederbeiträge
   III. Abstimmung über eine Resolution des Berufsverbandes
   IV. Stellungnahme zur Initiative «Recht auf Leben»
10. Information über Statutenrevision
11. Anträge
12. Vorschlag des Ortes der Delegiertenversammlung 1986
13. Informationen
14. Verschiedenes

Das Allgemein-(Körper)Befinden
ist beeinträchtigt. Die Patientin fühlt sich matt, kaputt, schlaff, leidet unter einem Druck, der sich über Brust oder Stirn legt wie ein zu enger Ring, fühlt sich stets müde, ist trotzdem schlaflos, ohne Appetit, meist mit Verdauungs- und Stuhlbeschwerden im Sinne eines trägen Magens und Darmes. Beim manischen Menschen treten vor allem folgende Störungen auf:

Die Stimmung
ist gehoben, heiter, ausgelassen bis euphorisch, die ganze Welt umarmend, manchmal auch aggressiv, arrogant. Gelegentlich brechen jedoch auch leere, fast depressive Momente ein.

Der Antrieb
ist gesteigert und beschleunigt. Die Patientin will fast alles gleichzeitig erledigen, ein Handlungsimpuls jagt den andern. Sie kann nicht mehr stillsitzen, wird dabei auch distanzlos, duzt jeden und jede, muss auf jeden Umweltreiz reagieren und wirkt dadurch chaotisch.

Das Denken
ist gestört. Kaum ein Gedanke kann zu Ende gedacht werden, bevor schon eine neue Idee auftritt, auf einen neuen Umweltreiz reagiert werden muss. Der Patient ist daher äusserst ablenkbar und verliert dauernd den roten Faden. So wird auch jede selbstkritische Idee oder Wahrnehmung sofort abgeblockt (Ideenflucht), eine reale Selbstwahrnehmung dadurch verhindert und damit der Weg zur unkritischen Selbstüberschätzung geebnet bis hin zum Grössenwahn. Wahrscheinlich ist dies gar der «Sinn» der Manie, das Entfliehen aus einem Minderwertserleben, das nicht mehr ertragen werden kann, in eine kritiklose Selbst-Erhöhung, in der sich der Patient endlich einmal gut und stark erlebt.

In dieser Selbstüberschätzung entstehen dann auch die phantastischsten Pläne, Firmen werden gegründet, ohne Geld teure Autos gekauft, Erfindungen gemacht usw. Wahllos werden Liebesbeziehungen geknüpft, Vorgesetzte blossgestellt, Kredite eingegangen bei fast gänzlicher Aufhebung des Scham- und Schuldgefühles. Insgesamt wird sich also in massivster Weise geschadet.

Das Allgemein-(Körper)Befinden
ist insofern gestört, dass manische Menschen auch körperliche Signale und Bedürfnisse nicht wahrnehmen – «darüberstehen». Das Hunger- und Sättigungsgefühl kann so gestört sein, dass übermässig und pausenlos «gefressen» wird, oder das Essen bis zur totalen Abmagerung einfach «vergessen» wird. Auch Schmerzsignale des Körpers werden unwirksam. Dabei können dann ernsthafte Erkrankungen übersehen werden.

Entstehungs- und Auslöseursachen von Wochenbettspychosen

Nachdem wir nun die hauptsächlichsten Formen und Erscheinungsbilder von Wochenbettpsychosen geschildert und in die beiden Gruppen «exogene» und «eher endogene» Psychosen eingeteilt haben, wollen wir mögliche Entstehungs- und Auslöseursachen besprechen. Die Ursache für eine Psychose-Entwicklung liess sich bis anhin nicht auf eine bestimmte körperliche oder seelische Störung zurückführen, weshalb sich die Theorie durchsetzte, dass an der Entstehung der Psychosen verschiedene Teilursachen beteiligt sind:

Körperliche:
Dazu zählen wir die Erbanlagen, deren Ausprägungsstärke verschieden beurteilt wird. Statistisch lässt sich nachweisen, dass endogene Formen von Psychosen in einzelnen Familien gehäuft auftreten. Andere Erhebungen weisen nach, dass bei bestimmten «Körpertypen» bestimmte psychische Krankheitsbilder gehäuft auftreten. Während der Schwangerschaft und im Wochenbett besteht eine körperliche Belastungssituation, insbesondere massive Hormonspiegel-Schwankungen, eventuell schwere, protrahierte Geburt, Laktation, die ihren Teil zu einer Erkrankung, mindestens aber zur Resistenzverminderung beitragen können.

Seelische:
Das seelische Gleichgewicht ist ein Idealzustand, den wir nicht immer innehaben. Es ist durchaus möglich, dass beim Eintreten einer Schwangerschaft dieser Idealzustand nicht besteht. Unter Umständen ist keine Schwangerschaftsbereitschaft da. Vielleicht wird der Frau dieser Zustand aufgezwungen. Mit der Geburt wird dann ein sogenannter «point of no return» erreicht. Die Frau wird mindestens faktisch Mutter. Da gibt es keinen Weg zurück. Alles Vergessen- und Verdrängenwollen hilft nichts, die Tatsache bleibt stehen. Mit der muss sich die Frau auseinandersetzen. Das Kind – ihr Kind ist da, verlangt nach ihr, fordert Verantwortung, auch wenn sie sich der Lage nicht gewachsen fühlt. Eine Möglichkeit ist, aus dieser Realität in die Psychose auszuweichen. (Unbewusstes Geschehen!)

Soziale:
Es bestehen die verschiedensten Möglichkeiten von negativen sozialen Beeinträchtigungen: Es ist kein verlässlicher Partner vorhanden, eine ausfüllende berufliche Tätigkeit muss aufgegeben werden, es folgt eine völlig neue soziale Rolle, aus der Frau wird Mutter, die Dyade Mann/Frau wird urplötzlich zur Triade Mann/Kind/Frau.

Ich habe nun aus den verschiedenen Bereichen von Entstehungsursachen einige Beispiele genannt. Die Zusammenstellung ist unvollständig, kann dem Leser jedoch andeuten, wo mögliche Teilursachen liegen. Für das Ausbrechen einer Wochenbettpsychose muss man sicher mehr als eine Ursache fordern. Für die erwähnte Unterteilung exogen/endogen gilt jedoch, dass bei den exogenen Wochenbettpsychosen eine körperliche Ursache vorhanden sein muss. Bei den «eher endogenen» Wochenbettpsychosen neigt man heute dazu, sie bezüglich Erklärung, Prognose und Therapie den üblichen endogenen Psychosen zuzuordnen, wobei der Geburt und dem damit verbundenen körperlichen, seelischen und sozialen Geschehen eher Auslösefunktion zugesprochen wird. Ein Teil der Entstehungsbedingungen der Wochenbettpsychosen wird aber wahrscheinlich immer im Dunkeln bleiben.

Therapie und Prävention

Da die Entstehungsursachen, wie gezeigt, nicht sicher geklärt sind, ist es auch schwierig, diesen vorzubeugen. Die neuere Medizingeschichte zeigt uns jedoch, dass diesbezüglich Fortschritte erzielt worden sind, hat doch die Häufigkeit der Wochenbettpsychosen in den letzten 50 Jahren deutlich abgenommen. Als Gründe hiefür werden vor allem die besseren medizinischen Versorgungsmöglichkeiten (Fortschritte der Geburtshilfe und Perinatalmedizin), sowie die Schwangerschafts- und Säuglingskurse angeführt. Von Hertz und Molinsky wissen wir, dass mit spezifischen, angstabbauenden Kursen in der Schwangerschaft die Geburten erleichtert und verkürzt sowie das postpartale Befinden gebessert werden können. Es zeigt sich, dass Vorbereitung auf Geburt und die Zeit danach wesentlichen Einfluss auf das Wohlbefinden während und nach der Geburt ausüben. Auch hat eine Untersuchung gezeigt, dass werdende Mütter, die im letzten Trimenon vermehrt bezüglich der Geburt träumen und ihre Ängste dort ausleben, kürzere und angenehmere Geburten haben als Kontrollgruppen mit Frauen, welche von keinen ähnlichen Träumen berichten. Am häufigsten brechen Wochenbettpsychosen zwischen dem 8. und 10. Tag pp aus. Also im Zeitraum, in welchem die Frau üblicherweise die Kli-

nik verlässt und die Verantwortung für ihr Kind alleine übernehmen muss. Es scheint mir deshalb in diesem Zusammenhang unterstützenswert, der Wöchnerin bereits im Wochenbett einen Teil der Säuglingspflege zu übergeben, unter Umständen sogar den wesentlichen Anteil (rooming-in), damit sie beim Austritt mit den Routine-pflegeverrichtungen bereits vertraut ist.

Während des Wochenbettes kann noch immer Prävention betrieben werden, unter der Bedingung allerdings, dass die Hebamme ein aufmerksames Auge auf das psychische Befinden der Wöchnerin richtet, und ihr Rapport vom Arzt ernstgenommen wird. Dauert der sogenannte «Grännitag» länger als einen Tag, ist eine Wöchnerin ausgesprochen unstet und betriebsam, schläft sie kaum, zieht sie sich zurück und meidet den Kontakt usw., dann ist dies sicher keine psychische Reaktion im Rahmen der Norm und gehört zumindest besprochen. Möglicherweise können Gespräche und Hilfestellung noch ausreichen, damit sich der Zustand nicht weiter verschlimmert, eventuell muss jedoch eine Neuroleptika-Gabe zur Nacht ins Auge gefasst werden, um Schlimmeres zu verhindern. Damit sind wir bereits bei der Therapie angelangt, bei der die medikamentöse zurzeit die wichtigste Stellung innehat. Dabei zeigt sich ganz deutlich, dass Benzodiazepine, wie Mogadon, Seresta usw., nicht ausreichen, sondern dass mit Erfolg bloss Neuroleptika verabreicht werden können. Das meistgebrauchte davon ist das Haldol. Von letzterem weiss man, dass es milchgängig ist. Leider ist der Herstellerfirma nur ein Kontrollfall bekannt, bei dem der Mutter Haldol in üblicher Dosierung verabreicht wurde und die trotzdem ihr Kind gestillt hat. Dabei sind beim Kind keine beobachtbaren Veränderungen aufgetreten. In unserer Klinik wird in der Regel die abgepumpte Milch verworfen und bei längerer Dauer der Psychose und damit der Neuroleptikum-Verabreichung abgestillt.

Bezüglich der Gesprächstherapie empfiehlt Molinski, welcher über eine langjährige diesbezügliche Erfahrung verfügt, keine aufdeckenden, sondern vielmehr stützende und entlastende Vorgehensweisen, wobei er empfiehlt, gelegentlich beiläufige Bemerkungen über die psychodynamischen Zusammenhänge einzustreuen. Dies mit dem Ziel, in suggestiver Weise die Schuldgefühle der Mutter abzubauen. Solche Äusserungen des Therapeuten (der Hebamme) sollen die Patientin in der Auffassung bestärken, dass es normal und natürlich ist, nicht nur immer an das Kind zu denken, und dass es normal und natürlich ist, wenn die Geburt nicht nur «Höhepunkt» des Frauseins, sondern auch als Last oder Mühsal erlebt wird.

Die Trennung der psychotischen Wöchnerin von ihrem Kind scheint im Sinne der Entlastung zuerst sinnvoll. Wesentlich erachte ich jedoch, dass die Mutter so bald wie möglich den Kontakt zu ihrem Säugling wieder aufnehmen und seine Versorgung mindestens zum Teil selber übernehmen kann. Dabei scheint mir die Anwesenheit einer Bezugsperson nötig. Es wirkt jedoch mit Sicherheit störend und verunsichernd und lässt keinerlei Intimsphäre zu, wenn die Mutter aus der psychiatrischen Klinik ihr Kind besucht und dabei von einer Menge Pflegepersonal argwöhnisch beobachtet wird. Auf diese Weise wird sie das dringend benötigte Gefühl von Sicherheit im Umgang mit ihrem kleinen Kind sicherlich nicht erringen. Freundliche Zuwendung und die Vermittlung von Geborgenheit sind in diesem Stadium entscheidend.

Die Hausfrauendepression

Dr. med. Annemarie Klingler

Meine Ausführungen beziehen sich auf die eigentümlichen Erscheinungsformen von Depression bei Frauen zwischen etwa 25 und 40 Jahren, bei denen scheinbar ohne äusseren Grund traurige Verstimmungen, Angstzustände, Teilnahmslosigkeit und oft auch Erschöpfungszustände auftreten. Viele dieser Frauen suchen den Arzt wegen somatischer Beschwerden auf. Sie klagen über Rückenschmerzen, Magen-Darm-Beschwerden, Unterleibsbeschwerden, Migräne, Schlaflosigkeit. Bei einer genauen Untersuchung lässt sich oft keine körperliche Ursache für diese Beschwerden feststellen: es handelt sich um eine Form von larvierter Depression. Der steigende Alkoholismus bei Frauen und die sich häufenden Kindsmisshandlungen gehören auch zum Teil hierher. Differentialdiagnostisch muss dieser Zustand gegen endogene Depressionen abgegrenzt werden; ich werde später darauf zurückkommen.

Beispielhaft für diese Depression scheint mir die Aussage einer jungen Frau, die mich aufsuchte mit den Worten: «Ich weiss gar nicht, warum ich zu Ihnen komme. Es geht mir doch eigentlich gut. Ich habe liebe Kinder, einen Mann, der mich liebt, wir haben alles, was wir brauchen ... Aber ich bin so traurig, ich weiss gar nicht, ob es noch einen Sinn hat, dass ich lebe.» Weiter sagt sie: «Ich komme mir vor wie ein Dienstleistungsbetrieb. Niemand nimmt Kenntnis von dem, was ich tue, und was ich tue, ist auch gar nicht gefragt.»

Sinnentleerung und Entfremdung

«Oder ist es vielleicht Arbeit, was die für ihre Kinder sorgende Mutter, die Gattin oder die Schwester tut? Was für ein unglaubliches Geheimnis ist doch all dem eigen, dass es, kaum getan, auch schon verschwebt und nirgendwo die Umrisslinien einer Tat oder Unternehmung hinterlässt.» (José Ortega y Gasset, Vom Einfluss der Frau in der Geschichte.) So mystisch verklärt kann nur ein Unbetroffener von Frauenarbeit sprechen.

In einem Bericht über eine Reise in den Hebriden im Jahr 1968 erzählt David Thomen in «The people of the sea» von einem Abend in einem dort typischen einräumigen Fischerhaus. Alle Bewohner sitzen um das Torffeuer in der Mitte. Das jüngste Töchterchen bittet die Mutter, ob es heute abend das Feuer zur Ruhe betten dürfe. Sorgfältig recht es die Glut aus der Asche, häuft sie in der Mitte an, deckt sie mit einer dünnen Aschenschicht zu und spricht dann dreimal einen Segen, ähnlich unserem Alpsegen, darüber. Der Autor betont, wie wichtig es ist, dass diese Handlung mit Liebe und Erfahrung ausgeführt wird, hatte er doch selber an einem anderen Abend das gleiche versucht. Es hatte dann am anderen Tag lange gedauert, bis das erloschene Feuer mit regennassem Material wieder angefacht war. Wir hingegen drehen heute an einem Schalter, wenn wir die elektrische Herdplatte anzünden, und drücken auf einen Knopf, um das Licht zu löschen. Was aber ist mit den seelischen Kräften geschehen, die mit Wissen und Ergriffenheit das Feuer entfachten und zur Ruhe betteten?
Im Hause meiner Grossmutter wurde den ganzen Sommer hindurch nach einem Plan, der dem Angebot der Marktfrauen aus dem Elsass folgte, eingemacht, sterilisiert und gedörrt. Dass wir im Winter gut und abwechslungsreich assen, stand im direkten Zusammenhang mit diesem Tun, mit der Erfahrung und Erfindungsgabe meiner Grossmutter.