

Auch in der Geburtshilfe nachgewiesen : posttraumatische Belastungsstörung

Autor(en): **Hartmann, Linda**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **103 (2005)**

Heft 6

PDF erstellt am: **11.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-950053>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

EDITORIAL

Nach einem belastenden Ereignis, einer Bedrohung oder einer Naturkatastrophe leiden etwa 30% der Betroffenen an einer Belastungsstörung (NICE 2005). Wir haben uns daran gewöhnt, dass psychologisch



geschulte Fachleute eingesetzt werden, die nach Flugzeugunglücken oder Überschwemmungen für die Betroffenen sorgen und sie bei Bedarf unterstützen. Welche Betreuung erhalten aber Frauen nach einem Krieg, nach Gewalterlebnissen oder nach schweren Geburten?

Und welche Auswirkungen haben Krieg oder Gewalt auf eine Geburt? Darüber wissen wir noch wenig.

Das wachsende Wissen der Traumaforschung über die Auswirkungen von Lebensbedrohungen auf psychische Gesundheit und soziales Wohlbefinden gibt uns jedoch wesentliche Hinweise für unsere Hebammenarbeit. In der kürzlich erschienenen Leitlinie des National Institute for Clinical Excellence (NICE 2005) wird empfohlen, primär die Betroffenen und ihre Angehörigen über mögliche Symptome zu informieren, damit eine Störung frühzeitig erkannt werden kann. Da Menschen unterschiedlich auf diese Erlebnisse reagieren, sie individuell interpretieren und über mehr oder weniger Ressourcen zur Bewältigung verfügen, sollten alle Betroffenen praktische, emotionale und soziale Unterstützung erhalten. Von einem so genannten Debriefing, einem einmaligen Gespräch mit Fokus auf dem Erlebnis, wird abgeraten. Treten leichte Symptome auf, die innerhalb von vier Wochen schwächer werden, kann achtsam abgewartet werden. Treten stärkere posttraumatische Symptome auf oder eine Belastungsstörung, sollte eine therapeutische Behandlung angeboten werden.

Linda Hartman hat sich in ihrem Artikel differenziert mit der Frage auseinandergesetzt, welchen Beitrag Hebammen leisten können, um Belastungsstörungen nach der Geburt vorzubeugen. Sie weist nicht nur auf die Bedeutung einer kontinuierlichen Betreuung hin, die früh in der Schwangerschaft beginnen sollte, sondern zeigt, welche Arbeitsbedingungen in der Geburtshilfe die Entstehung einer Belastungsstörung fördern. Linda plädiert für einen bewussten Umgang mit dieser Krankheit in allen Erscheinungsformen und liefert uns mit ihrem Beitrag gewichtige Argumente für eine klientinnenzentrierte Betreuung.

Inge Loos

NICE 2005 Post-traumatic stress disorder (PTSD). The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Verfügbar über <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=CG026> (Zugang 10.04.2005)

Auch in der Geburtshilfe nachgewiesen

Posttraumatische

Auch eine Geburt kann bei der Frau ein Trauma auslösen, das ihr psychisches und physisches Gleichgewicht nachhaltig stört. Seit einiger Zeit befasst sich die Forschung mit der schweren Verlaufsform der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nach Geburten. Nicht immer sind es nur interventionsreiche Geburten, die ein PTBS auslösen, auch das subjektive Empfinden der Mutter spielt eine grosse Rolle. Die Autorin hat sich in der Forschung umgesehen.

Linda Hartmann

IN der medizinischen Literatur wurden schon vor mehreren Jahrhunderten Symptome beschrieben, welche wir heute der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zuordnen würden. Nach dem zweiten Weltkrieg wurden vermehrt systematische Beobachtungen und die Erfassung der Auswirkungen von traumatischen Erlebnissen durchgeführt. Doch erst 1980 prägte die Amerikanische Psychiatrische Gesellschaft die Bezeichnung des «Posttraumatic Stress Disorder» (PTSD), die auch heute noch verwendet wird.

Mit der Definition des PTBS und der Aufnahme ins DSM-II (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) wurde mit der wissenschaftliche Erforschung dieser Störung begonnen (Kamolz et al. 2003). Zehn Jahre später nahm die WHO die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in die Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) auf.

Symptome der PTBS

Die posttraumatische Belastungsstörung tritt innerhalb der ersten sechs Monate nach dem als traumatisch erlebten Ereignis ein. Die Symptome sind das Wiedererleben mit Flashbacks (ungewollte und unbeeinflussbare Nachhallerinnerung der traumatischen Situation auf verschiedenen sensorischen Ebenen wie Bilder oder Film, Geräusche, Geschmack oder Körperempfindungen), Träumen, andauerndes Gefühl des Betäubtseins, emotionale Stumpfheit, Vermeidung von Stimuli,

die an das Trauma erinnern, Depression, Reizbarkeit, Vigilanzsteigerung, Schreckhaftigkeit, Schlaflosigkeit.

Vorkommen

Die Häufigkeit einer PTBS ist abhängig von der Art des Traumas. Dorn (2003) nennt hier Zahlen von 46% bis 80% nach Vergewaltigung, basierend auf Studien von Kessler (1995) und Breslau et al. (1991). Bei Verkehrsunfällen ist die Prävalenz mit 25%, nach einer Studie von Ursano et al. (1999), deutlich geringer. Dorn (2003) zieht den Schluss, dass lang anhaltende oder wiederholte und von Menschen beabsichtigte Gewalteinwirkungen eine höhere PTBS-Prävalenz zeigen.



Linda Hartmann war vor ihrer Ausbildung zur Hebamme medizinische Praxisassistentin und arbeitet jetzt im Limmatspital in Urdorf.

Die PTBS in der Geburtshilfe

Vorkommen

Zur Prävalenz der PTBS nach einer Geburt liegen unterschiedliche Zahlen vor. In der Studie von Czarnocka und Slade aus dem Jahr 2000 liegt die Häufigkeitsrate bei 3%. In dieser Studie wurden 264 Frauen sechs Wochen nach der Geburt nach dem DSM-IV klinisch untersucht. 24% der Frauen hatten zudem eines der drei PTBS-Symptome und weisen somit eine subsyndromale Form der PTBS auf.

Die von Almut Pantlen und Anke Rohde (2001) durchgeführte retrospektive Studie, in der sie im Jahre 1997/98 insgesamt 976 Frauen mittels Fragebogen zu ihrem Geburtserlebnis be-

Belastungsstörung

fragten, ergab, dass 46 der Frauen Hinweise auf Symptome einer PTBS hatten. Zehn der 46 intensiv befragten Frauen wiesen subsyndromale Formen der PTBS auf. 0,9% der Frauen zeigten das Vollbild der PTBS.

Ursachen

Das derzeitige Klassifikationssystem für psychische Störungen nach ICD-10 sieht die Geburt nicht als ausreichend schweres Trauma an, um das Stressor-Kriterium zu erfüllen (Dorn 2003). Einzig der Notkaiserschnitt erfüllt laut der Studie von Ryding et al. (1998) das Stressor-Kriterium nach DSM-IV, da er mit intensiven Ängsten der Mutter um das eigene Leben und das Leben ihres Kindes verbunden sein kann. Dennoch gibt es Frauen, die ein PTBS nach der Geburt entwickeln, ohne einen Notkaiserschnitt erlebt zu haben.

Sieht man sich die Ursachen einer traumatischen Geburt an, so wird das Defizit des Stressor-Kriteriums deutlich. Denn die objektive Perspektive und die subjektive Selbstwahrnehmung der Frau können stark von einander abweichen (Dorn 2003).

Pantlen A und Rohde A haben in ihrer Studie von 2001 die Ursachen der traumatischen Geburt in objektive Interventionen und subjektive Bedrohung aufgliedert. Sie weisen darauf hin, dass das traumatische Geburtserlebnis von verschiedenen Ursachen abhängig ist, die subjektive Bedrohung aber eine dominierende Rolle zu spielen scheint. Diese Aussage deckt sich mit der von Boos et al. (1998), die in ihrer Studie zeigen, dass Selbstaufgabe, Kontrollverlust über die eigene Person und Verlust der Autonomie ein PTBS zur Folge haben kann, auch wenn objektiv keine Lebensbedrohung vorliegt.

Aus diesem Grund weist die Literatur der letzten Jahre vermehrt darauf hin, dass das Stressor-Kriterium zu eng definiert ist. Würde diese Definition ausgeweitet, käme der PTBS in Zusammenhang mit der Geburt eine höhere Bedeutung zu (Dorn 2003).

Objektive Interventionen

Für uns sichtbare Traumatisierungen durch objektiv verletzendende Interventionen können physische Eingriffe, zum



Fallgeschichte 1

Trauma trotz Wunschsectio

«Schon die Nachtschwester hat beobachtet, dass die Frau seit ihrer Aufnahme am Abend vorher traurig und verschlossen wirkte. Sie war für einen Kaiserschnitt eingetreten. Sie wünscht einen Kaiserschnitt, weil sie durch die Geburt ihres ersten Kindes traumatisiert wurde.

Ich lese in ihren Unterlagen, dass die frühere Geburt eine physiologische Spontangeburt war, einzig die Austreibungsphase dauerte länger als normal. Dies weckt meine Neugier. Aber der Moment scheint mir nicht günstig, die Frau darauf anzusprechen. Ich beschliesse, mich von ihrem Schweigen und ihrem leeren Blick nicht beeinträchtigen zu lassen und sie in diesem schwierigen Moment bestmöglich zu begleiten.

Nach der Operation entwickelt das Neugeborene ein Atemproblem und muss auf die neonatologische Abteilung verlegt werden. Die Mutter spricht kein Wort mehr, und auch der Vater des Kindes wirkt schockiert. Bevor das Paar das Gebärzimmer verlässt, setze ich mich für eine Weile zu ihnen. Sie haben keine Fragen. Sie sagen, sie seien noch unter Schock. Als ich frage, ob der Ablauf nicht ihren Erwartungen entspreche, stimmen sie zu, und die Frau beginnt zu weinen. Mein Eindruck ist, dass sie einmal mehr eine äusserst schwere Geburt erlebt hat.»

Aus: Lisa George «Des mamans moins heureuses». Diplomarbeit an der Hebammenschule Bern, Ausbildungszentrum Insel, 2004.

Übersetzung: Gerlinde Michel

Depression ist eines von mehreren Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung.

Foto: Susanna Hufschmid

Beispiel häufige vaginale Untersuchungen (in Spitälern oft durch verschiedene Personen) sein. Auch verbal verletzendende Äusserungen werden von Pantlen A und Rohde A (1998) miteinbezogen, sowie die Geburtsbeendigung durch Episiotomie, Vacuum, Forceps oder Kaiserschnitt. Letzterer kann von der Frau als aussergewöhnliche Bedrohung wahrgenommen werden. Somit wäre das ICD-10 Stressor-Kriterium erfüllt.

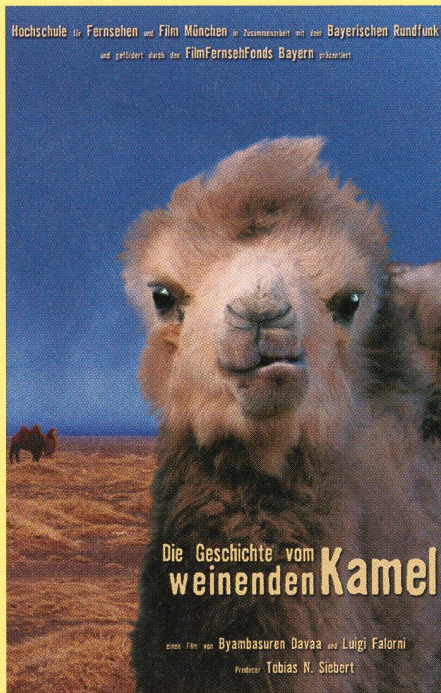
Trauma blieb jahrelang unbewusst

«Die Geschichte vom weinenden Kamel» ist ein Film von B. Daava und L. Falorni (2003, 90 Minuten, deutsche und französische Fassung, auch auf DVD), der bei mongolischen Nomaden in der Wüste Gobi gedreht wurde. Christiane Allegro, Hebamme und Mitglied des redaktionellen Beirats der Hebamme.ch, hat mit einer Frau gesprochen, die den Film sah und davon tief berührt wurde. Er weckte in ihr schmerzhaftes Erinnerungen. Eva* war bereit darüber zu sprechen.

Eva sah den Film fast drei Jahre nach der Geburt ihres zweiten Kindes.

«Der Film zeigt die schwierige und schmerzhaftes Geburt eines kleinen Kamels. Ich ertrug es fast nicht, dem furchtbaren Leiden der Kamelmutter zuzuschauen. Als das kleine Kamel endlich auf der Welt war, wollte die Mutter nichts mehr von ihm wissen. Sie vertrieb es mit Fusstritten und lief weit weg von ihm. So liessen die Nomaden Musiker kommen, um die Seele des Mutterkamels zu heilen. Als es die Musik hörte, begann es zu weinen. Ganz langsam liess es sein Junges näher kommen. In diesem Moment realisierte ich, dass auch ich eine traumatische Geburt erlebt hatte. Und im dunklen Kinosaal begannen alle meine Tränen zu fliessen.

Bei meinem zweiten Kind erlebte ich grosse Stillprobleme, immer wieder Milchstau und grosse Schmerzen. Ich hörte mit Stillen auf, als mein Kind vier Monate alt war. Das Schlimmste waren dann die Schreie meines Kleinen, der zu Beginn die Ersatzmilch nicht trinken wollte. Ich war am Ende meiner Kräfte. Als ich den Film sah, wünschte ich mir, dass ich die Zeit zurückdrehen und noch einmal mit dem so schwierigen Stillen beginnen könnte. Ich verstand, dass die als traumatisch erlebte Geburt es war, die mich blockierte. In mir war ein Widerstand, ich konnte die Milch nicht zum Fliessen bringen. Heute erfüllt mich das mit grossem Schmerz. Aber in der Zeit nach der



Geburt konnte ich nie weinen... » Was hatte Eva erlebt? Im Laufe unseres Gesprächs verstand ich, dass ihr Trauma sicher mit der sehr kontrovers beurteilten Kristellermethode zu tun hat. Das Erlebnis von Eva beunruhigt, ihre Worte gingen tief: «Ja, sagte mein Kopf, der Arzt hat recht, das Baby muss kommen. Aber mein Körper sagte: Er tötet mich, wenn er mit allen Kräften so auf meinen Bauch drückt. Ich hatte das Gefühl, versagt zu haben, nicht genug Kraft zu haben. Und das Schlimmste war, dass das Kind gar nicht mehr wirklich zu mir gehörte.

Ich denke, dass es die Hebamme sein müsste, welche die physische Seite der Geburt mit allen ihren praktischen Aspekten betreut, die sagt, was gemacht werden muss, und die auch für die seelischen Bedürfnisse der Frau sorgt – genau so wie in dem Film die mongolische Familie voller Mitgefühl das Mutterkamel umsorgt. Ich konnte in jenem Moment meinen Schmerz mit keiner Hebamme teilen. Er war mir damals nicht einmal bewusst. Erst der Film hat den Schmerz in meinem tiefsten Inneren aufgedeckt.»

Christiane Allegro

Übersetzung aus dem Französischen:
Gerlinde Michel.

* Name geändert.

Subjektive Bedrohungen

Zu den erlebten subjektiven Bedrohungen unter der Geburt zählen starke Schmerzen, vor allem bei langer Geburtsdauer. Das Gefühl des Kontrollverlustes über die Situation, die damit verbundene Hilflosigkeit oder die Verletzung der Schamgefühle werden als mögliche subjektive Bedrohungen angesehen (Pantel 1998). Zudem geben Frauen mit einem PTBS nach der Geburt signifikant häufiger an, dass sie unter der Geburt zu wenig Betreuung und Unterstützung durch die betreuende Person erhalten haben (Dorn 2003). Abgesehen von der protrahierten Geburt sind subjektive Erfahrungen kaum messbar. Auch das Gefühl, die betreuenden Personen seien unbeteiligt und rücksichtslos, ist aus medizinisch-geburtshilflicher Sicht nicht immer klar als Bedrohung erkennbar.

Risikofaktoren

Dorn (2003) beschreibt in der Anamnese Risikofaktoren für die Entwicklung der PTBS. Psychische Vorerkrankungen sind laut Studie von Wijma et al. (1997) bei Frauen mit PTBS nach der Geburt signifikant häufig in der Anamnese vorhanden. Negative Erfahrungen bei früheren Geburten oder sogar eine traumatisch erlebte Geburt sind prädisponierend für PTBS-Symptome post partum (Wijma et al. 1997). Andere vorbestehende Traumata wie in erster Linie der sexuelle Missbrauch sind mit einem höheren PTBS-Risiko nach der Geburt verbunden. Weijenborg et al. (2001) machten mit Fallbeispielen auf eine mögliche Traumatisierung oder Reaktualisierung unter der Geburt aufmerksam. Auch das Erleben der Schwangerschaft hat Einfluss auf das PTBS-Risiko nach der Geburt. Lyons konnte 1998 den Zusammenhang zwischen schwangerschaftsbedingten Komplikationen und den PTBS-Symptomen nachweisen. Es wird angenommen, dass im geburtshilflichen Kontext ein Zusammenspiel verschiedener Vulnerabilitätsfaktoren und Traumaformen für die Ausbildung der PTBS verantwortlich sind.

Persönlichkeitsfaktoren

Als einziger Persönlichkeitsfaktor wurde Trait-Angst systemisch untersucht. Hohe Ängstlichkeit ist laut Studie von Czarnocka und Slade (2000) ein Prädiktor für PTBS-Symptome nach der Geburt.

Verlauf

Über den Krankheitsverlauf der PTBS nach der Geburt ist sehr wenig bekannt.



Hat eine Frau sexuellen Missbrauch erlebt, so vermag eine Geburt dieses Trauma wieder wachzurufen.

Foto: Susanna Hufschmid

Die Studie von Allen (1998) zeigt, dass es Frauen vermeiden, über das traumatische Geburtserlebnis nachzudenken und sich damit auch keine Unterstützung suchen. Dies begünstigt einen chronischen Verlauf der Erkrankung. Mit einer positiven Interpretation des traumatischen Ereignisses können die Symptome reduziert werden (Allen 1998, s. auch Mosaik). Dorn (2003) weist darauf hin, dass dieser wichtige therapeutische Faktor in weiteren Studien genauer untersucht werden müsste. Demnach könnten Bewältigungsstrategien der Frauen als Ressource genutzt werden. Käppeli (1993) beschreibt mögliche Coping-Strategien.

Bewältigungsstrategien, die auf Kommunikation und aktiver Auseinandersetzung basieren, können für die PTBS vorbeugend und nützlich sein.

Symptome und Diagnostik

Die Symptome der PTBS nach der Geburt können von der ICD-10 (s. oben) übernommen werden. Obwohl die Symptome in ihrer Art von Frau zu Frau sehr unterschiedlich sein können, ist eine weitgehende Übereinstimmung der postpartalen Symptome sichtbar. Dies wurde in einer explorativen Studie der Universitätsklinik Bonn nachgewiesen (Dorn 2003).

Schwangerschaftsabbruch machen. Eben- sowenig wurde erforscht, welche Auswirkung die PTBS nach der Geburt auf die Mutter-Kind-Beziehung hat und welche Probleme sich in der Partnerschaft oder der Sexualität zeigen. Auch über die Kosten der Therapien liegen keine Zahlen vor, auch nicht über mögliche Langzeitfolgen wie Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit, Isolation.

Therapie

Für die Belastungsstörung nach einer traumatischen Geburt sind nur wenige Behandlungsansätze bekannt. Dorn (2003) geht dennoch auf die bis jetzt bekannten Therapiemöglichkeiten kurz ein.

Bei den meisten Therapien bei PTBS nach einer Geburt wird die aktive Auseinandersetzung mit dem traumatischen Erlebnis empfohlen. Durch die Erzählungen der Frau über das Trauma sollen anhaltende Ängste und Vermeidungsverhalten behandelt werden. Weitere therapeutische Massnahmen könnten Körper- und künstlerische Therapien sein. Dorn (2003) hat dies bei der allgemeinen PTBS kurz beschrieben und empfiehlt sie, wenn das Trauma die körperliche Unversehrtheit bedroht. Diese Art der unterstützenden Therapie könnte auch bei der PTBS nach Geburt sinnvoll sein. Denn auch hier kann die körperliche Integrität bedroht und das Körpererleben gestört sein. Leider liegen auch bei der allgemeinen PTBS keine wissenschaftlichen Vergleichsstudien über diese Therapieformen vor. ◀

Eine ausführliche Literaturliste ist auf Anfrage elektronisch oder auf Papier bei der Redaktion erhältlich.



Laut Studien kann eine operative Geburtsbeendigung von der Frau als traumatisierende Bedrohung wahrgenommen werden.

Foto: Uwe Ahrens

Folgen

Über die Folgen einer PTBS nach der Geburt sind nur sehr wenige Arbeiten veröffentlicht. Die Studie von Hofberg und Brockington (2000) beschreibt den Zusammenhang zwischen postpartaler PTBS und sekundärer Tokophobie. Bei einer erneuten Schwangerschaft leiden die Frauen unter extremen Ängsten und haben Panik vor einer Reaktualisierung des Traumas und der PTBS.

Möglicherweise verhindern diese Frauen auch weitere Schwangerschaften. Dorn führt hier an, dass nichts über die Zahlen bekannt ist, wie viele Frauen deshalb einen