

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Band: 114 (2016)
Heft: 12

Artikel: Psychische Erkrankungen in der Peripartalzeit
Autor: Oberndörfer, Katrin
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949256>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 17.11.2024

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

Psychische Erkrankungen in der Peripartalzeit

In der Schweiz leidet laut Statistik fast jede siebte Person an einer Angststörung und eine von 15 Personen an einer Depression. Dabei sind es mehr Frauen, bei denen eine psychische Erkrankung diagnostiziert wird. Für Hebammen ist die Wahrscheinlichkeit damit deutlich höher, dass sie in ihrem Arbeitsalltag einer Frau mit psychischer Erkrankung begegnen als einer mit Mastitis. Je früher eine psychische Auffälligkeit entdeckt wird, desto besser für die Frau und nicht zuletzt für ihre Familie.

.....
Katrin Oberndörfer

Im Folgenden werden verschiedene psychische Krankheiten im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Wochenbett beleuchtet und mögliche Hilfestellungen durch die Hebamme aufgezeigt. Ebenso wird das Thema Suizid aufgenommen, da psychische Erkrankungen das Suizidrisiko erhöhen.

Angst- und Panikstörungen

Wenn massive Angstreaktionen auftreten, ohne dass entsprechende Gefahren oder Bedrohungen vorhanden sind, spricht man von einer Angst- oder Panikstörung. Diese äussern sich neben dem seelischen Erleben auch durch körperliche Symptome wie Zittern, Brustschmerzen, Atemnot, Übelkeit, Harndrang.

Die häufigsten Formen sind:

- Phobien (Angst vor einem spezifischen Objekt oder einer Situation) wie z. B. Agoraphobie, soziale Phobie
- Panikstörung, d. h. wiederholte Panikattacken, deren Auftreten unerwartet und nicht situationsgebunden sind
- Generalisierte Angststörung, bei der die Angst verallgemeinert sowie langandauernd und nicht nur auf gewisse Situationen und Objekte beschränkt ist
- Die Posttraumatische Belastungsstörung zählt ebenfalls zu den Angststörungen

Als gemeinsame Risikofaktoren für die meisten der genannten Erkrankungen gelten genetische Veranlagung und belastende Lebensereignisse. In der Schwangerschaft können Angststörungen durch die schwangerschafts-assoziierten physiologischen und psychischen Umstellungen ausgelöst werden (Alder und Urech, 2012).

Werden Angststörungen richtig diagnostiziert, besteht eine hohe Chance auf Heilung. Zur Therapie können Medikamente und/oder verschiedene Arten von Psychotherapie eingesetzt werden.

Bedeutung für die Peripartal- und Perinatalzeit

Der Einfluss dieser Störungsbilder auf Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und das Neugeborene wird in der Literatur kontrovers diskutiert. Einige Studien zeigen aber einen Zusammenhang zwischen Angst- und Panikstörungen sowie dem Auftreten von geburtshilflich relevanten Komplikationen.

- In der Schwangerschaft bzw. Geburt: z. B. erhöhte Abortrate, Hyperemesis gravidarum, vorzeitige Wehen und fetale Makrosomie (Seng et al., 2001); erhöhtes Frühgeburtsrisiko, Hyperemesis gravidarum und Small-for-Gestational-Age-Kinder (Hoirisch-Clapauch et al., 2015); primäre Sectiones und Epiduralanästhesie (Andersson et al., 2004); Präeklampsie (Lilliecreutz et al., 2010); Anämie (Banhidy et al., 2006; Pavlov et al., 2014). Der Zusammenhang mit Frühgeburtlichkeit und Kaiserschnittgeburten konnte auch in einer neueren Studie (Pavlov et al., 2014) gezeigt werden.
- Beim Neugeborenen: z. B. erhöhte Morbidität (Lilliecreutz et al., 2010); erniedrigte Apgarwerte nach einer und fünf Minuten (Berle et al., 2004); Adaptationsschwierigkeiten (Misri et al., 2004).

Die Erwartungen an die Mutterschaft sind bei ängstlichen Schwangeren eher negativ, und es ist für sie schwieriger, sich in die neue Rolle als Mutter einzuleben. Dies begünstigt auch die Entstehung einer postpartalen Depression (Alder und Urech, 2012).

Begleitung durch die Hebamme

Bei der Betreuung von betroffenen Frauen sollten folgende Punkte beachtet werden (Michel, 2002):

- Sicherheit und Vertrauen geben
- Verständnis und Interesse zeigen
- Bei Angstattacken oder Erregungszuständen Sicherheit vermitteln und beruhigendes Eingehen auf die Frau
- Bewältigungsstrategien fördern

Eine wichtige Rolle spielt bei diesen Krankheiten auch die Angst vor der Angst (Erwartungsangst), die dazu führen kann, dass die Betroffenen ein extremes Vermeidungsverhalten zeigen, das unter Umständen weitreichende Folgen im sozialen Bereich hat und bis zur totalen sozialen Isolierung führen kann. Dadurch wird auch das nahe

Umfeld beeinträchtigt. Angststörungen gehen häufig mit weiteren psychischen Störungen einher (Komorbidität) (Möller et al., 2009).

Depression

Die Depression ist ein emotionaler Zustand, «der durch starke Traurigkeit und Niedergeschlagenheit, Gefühle der Wertlosigkeit und Schuld, sozialen Rückzug, Schlafstörungen, Verlust von Appetit und sexuellem Verlangen oder dem Verlust von Interesse und Freude gekennzeichnet ist» (Davison et al., 2007, S. 307). Weitere Symptome sind verminderter Antrieb oder erhöhte Ermüdbarkeit, Konzentrations- und Aufmerksamkeitschwierigkeiten, vermindertes Selbstvertrauen oder Selbstwertgefühl, negative und pessimistische Zukunftsgedanken sowie Suizidgedanken, Selbstverletzung oder suizidale Handlungen. Es können ebenfalls somatische Beschwerden wie z.B. Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Herzbeschwerden, Magen-Darm-Beschwerden oder Unterleibsbeschwerden auftreten (Möller et al., 2009). Je nach Anzahl der Symptome und Ausmass der Beeinträchtigung beim Bewältigen des täglichen Lebens kann zwischen einer leichten, mittelgradigen und schweren depressiven Episode unterschieden werden (ICD-Code, 2016).

Schwangere erkranken nicht häufiger an Depressionen als andere Frauen im gebärfähigen Alter. Von ihnen sind ca. 10% betroffen, von den Frauen im Wochenbett ca. 10 bis 15% (Frisch und Riecher-Rössler, 2012). Da in der Schwangerschaft und im Wochenbett einige der erwähnten Symptome auch als normal zu betrachten sind, ist eine Diagnose einer effektiven Erkrankung nicht immer einfach. Zudem kann dies auch dazu führen, dass die depressiven Beschwerden nicht ausreichend ernst genommen werden. Die meisten Instrumente zur Erfassung von Depressionen sind daher nur bedingt für den prä- und postpartalen Einsatz geeignet. Der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) berücksichtigt diesen Umstand, kann ebenfalls in der Schwangerschaft eingesetzt werden und eignet sich sehr gut für die Hebammenarbeit.

In seltenen Fällen treten bei ca. 1% der Patienten, die an wiederkehrenden depressiven Episoden leiden, auch Manien auf. Definiert wird die Manie als «emotionaler Zustand von intensiver, aber unbegründeter gehobener Stimmung, der sich in Hyperaktivität, Geschwätzigkeit, Ideenflucht, Ablenkbarkeit oder nicht durchführbaren grossartigen Plänen ausdrückt» (Davison et al., 2007, S. 308). Patienten mit depressiven Störungen haben ein erhöhtes Risiko für weitere psychische und somatische Erkrankungen (Möller et al., 2009).

Risikofaktoren für die Entstehung

Genetische Disposition (Depression in der Vorgeschichte, psychiatrische Erkrankungen in der Familienanamnese), belastende Ereignisse, ungenügende soziale Unterstützung, häusliche Gewalt, Ängstlichkeit, niedriges Einkommen, geringe Bildung, schwangerschaftsbedingte begünstigende Faktoren wie Schlafstörungen, neue Rolle als Mutter (oder mehrfache Mutter), Sorgen um das Ungeborene bzw. Kind, unerwünschte Schwangerschaft, Lebensveränderung und hormonelle Umstellungen nach



Marie Blanchard
Hebamme, Centre hospitalier universitaire vaudois,
Lausanne

Liebe Leserin, lieber Leser

Viele Jahrzehnte lang wurden die psychischen Probleme von Frauen als Hysterie oder Hexerei abgetan. Erst mit dem Aufkommen der Psychoanalyse erkannte man die hochkomplexe Psyche der Frau, insbesondere beim Geburtsprozess.

Das «Mutterwerden» und die damit einhergehenden psychischen Veränderungen waren nie eine Selbstverständlichkeit für die Frauen, egal in welcher Epoche sie lebten. Doch in unserem Jahrhundert kommt eine neue Problematik dazu: Wir wollen unsere Berufskarriere, unseren Kinderwunsch, unseren Körper, den Schmerz in den Griff bekommen. Ausserdem gilt das gesellschaftliche Leitmotiv: Mutterschaft bedeutet Glück.

Das Thema dieser Ausgabe beleuchtet einen selten genannten Aspekt der Mutterschaft, der den Werbebotschaften ganz schön entgegenläuft. Die Mutterschaft ist eine Reise nach innen und gleichzeitig birgt sie viel Unvorhersehbares, wie jedes menschliche und emotionale Abenteuer. Es gibt unerwartete und verunsichernde Momente, die einem fremd sind und schmerzhaft sein können.

Diese Facetten der Mutterschaft werden heute stark unterschätzt und in der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett zweitrangig behandelt. Die Patientinnen, von denen man weiss, dass sie psychische Probleme haben, werden in der Regel dank des interdisziplinären Netzes angemessen betreut. Doch was ist mit den fremdsprachigen Frauen mit Migrationshintergrund? Und mit den Frauen, die schweigend und schuldbewusst länger als einen Sekundenbruchteil daran gedacht haben, ihr Kind oder sich selbst aus dem Fenster zu werfen?

Wir sollten uns bewusst sein, dass Freude und Alptraum in der Mutterschaft sehr nahe beieinander liegen. Glücklicherweise verfügen wir über Instrumente zur Erkennung der Probleme und oft auch über eine gute Prise Intuition. Der Ball liegt bei uns.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre!

Herzlich, Marie Blanchard

der Geburt (Frisch und Riecher- Rössler, 2012; Riecher-Rössler, 2012) gelten bspw. als Risikofaktoren für das Auftreten von depressiven Erkrankungen.

Antidepressiva, Psycho- und Lichttherapie

Der Therapierfolg bei depressiven Erkrankungen ist sehr hoch – jedoch mit hoher Rückfallquote. Leider werden nicht alle Depressionen erkannt, und sie bleiben damit unbehandelt. Zur Therapie können verschiedene Antidepressiva und Psychotherapien eingesetzt werden. Zu empfehlen ist ebenfalls Lichttherapie (in der Schwangerschaft; Wirz-Justice et al., 2011). Werden Medikamente eingesetzt, ist zu beachten, dass die Wirkung erst nach mehreren Tagen eintritt und sie auch nach Abklingen der Symptome einige Zeit weiter eingenommen werden müssen. Bei schweren Depressionen ist der Einsatz von Antidepressiva unumgänglich (Schweregrad der Symptome sowie Suizidrisiko). Bestimmte Antidepressiva können auch während der Schwangerschaft und der Stillzeit eingesetzt werden und sollten keinesfalls einfach abgesetzt werden.

Bedeutung für die Peripartal- und Perinatalzeit

Studienergebnisse zu den Auswirkungen von mütterlichen Depressionen auf Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und das Neugeborene sind nicht immer einheitlich. Einige Forscher belegen aber negative Folgen: Erhöhte Rate an

- Kaiserschnitten und Frühgeburten, Geburtsgewicht unter 2500 g (Sion et al., 2016)
- Präeklampsien (Kurki et al., 2000)
- Plazenta praevia, vorgeburtliche Blutungen sowie fetalem Stress (Jablensky et al., 2005)

Folgende Zusammenhänge konnten in Meta-Analysen bestätigt werden:

- Frühgeburten sowie vermehrtes primäres Abstillen (Grigoriadis et al., 2013)
- Frühgeburten und Geburtsgewicht unter 2500 g (Grote et al., 2010)

.....
Autorin



Katrin Oberndörfer, Hebamme, Diplom-Psychologin, klinische Hypnotherapeutin, arbeitet als modulverantwortliche Dozierende im Bachelorstudiengang Hebamme an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

obek@zhaw.ch

Begleitung durch die Hebamme

Bei der Betreuung von betroffenen Frauen sollten folgende Punkte beachtet werden (Michel, 2002):

- Verständnis und Mitgefühl zeigen
- Hoffnung fördern und da sein für die psychisch Kranke
- Nicht überfordern (situationsadäquate Aktivierung)
- Ressourcen erkennen und fördern
- Suizidgedanken erfragen und gegebenenfalls Ärztin/Arzt miteinbeziehen
- Sich der eigenen Gefühle bewusst sein und sich abgrenzen (damit die negativen Gefühle nicht überschwappen)

Die Hebamme sollte spätestens beim Verdacht auf ein depressives Geschehen die Familie über das Krankheitsbild und die Hilfsmöglichkeiten informieren. Wichtig ist, dass die Frau in ihren Aufgaben im Haushalt und bei der Kinderbetreuung entlastet wird oder dass sie ihre Berufstätigkeit reduziert. Auch bedarf die Mutter-Kind-Bindung im Wochenbett besonderer Beachtung und Unterstützung. Die Betreuungszeit sollte auf alle Fälle verlängert werden. Bei mittelschweren und schweren Depressionen sind zusätzliche ärztliche und/oder psychologische Unterstützung unabdingbar. Da die Frauen in dieser Situation häufig auch mit der Organisation einer geeigneten Therapie überfordert sind, sind sie bei der Vermittlung an geeignete Stellen auf die Hilfe der sie begleitenden Hebamme angewiesen.

Borderline-Syndrom

Stimmungsschwankungen, chaotische zwischenmenschliche Beziehungen und ein instabiles Selbstbild charakterisieren das Borderline-Syndrom (Persönlichkeitsstörung). Betroffene geraten häufig in schwere depressive Zustände, sind gereizt oder haben Ängste. Während ihrer häufigen, starken sowie grundlosen Wutausbrüche ist es für sie schwierig, ihre Wut zu kontrollieren. So sind sie oft an Streitigkeiten oder gar Handgreiflichkeiten beteiligt. Sie führen instabile, aber intensive Beziehungen. Borderline-Persönlichkeiten handeln auch oft selbstschädigend und -verletzend. Haben sie Verlassensängste, egal ob eingebildet oder real, reagieren sie mit verzweifelten Versuchen, dies zu verhindern. In diesem Zusammenhang neigen sie zu manipulativen Suiziddrohungen oder Selbstmordversuchen.

Die Impulskontrolle ist für Betroffene schwer. In ihren häufig wechselnden Sexualbeziehungen schützen sie sich nur selten vor Krankheiten und Schwangerschaften. In Bezug auf Geldausgaben und Essverhalten sind sie unberechenbar. Viele Erkrankte äussern ein Gefühl der Leere oder Langeweile (Oldham und Skodol, 1998).

Die Prävalenz beträgt bei Frauen 3%, sie sind meist jüngeren Alters, und häufig entwickeln sie zudem eine substanzbezogene Störung (Kienast et al., 2014). Frauen mit einer Borderlinestörung haben ein erhöhtes Risiko für Teenagerschwangerschaften und ungewollte Schwangerschaften (De Genna et al., 2012). Viele betroffene Mütter haben in der eigenen Kindheit keine tragfähige Beziehung zu den Eltern aufgebaut, oftmals haben sie Kontaktabbrüche oder Verluste erfahren (Schönberner, 2012). Nicht selten sind Frauen in ihrer Kindheit selber sexuell missbraucht worden, und die Geburt des Kindes sowie die Elternschaft können ein vergangenes Trauma reaktivieren (Blankley et al., 2014).

Bedeutung für die Peripartal- und Perinatalzeit

In der Literatur werden folgende Auswirkungen auf Schwangerschaft, Geburt, Neugeborenes und postpartale Phase beschrieben:

- Erhöhte Rate an traumatischen Geburten sowie Verlangen nach einer frühzeitigen Beendigung der Schwangerschaft; niedrigere Apgarwerte sowie Reanimationsbedarf, Frühgeburtlichkeit und Verlegung auf eine neonatologische Intensivstation (Blankley et al., 2015).
- Häufig sind die Mutter-Kind-Interaktionen gestört: Inkonsistentes Verhalten der Mutter führt zu wenig Verlässlichkeit für die Kinder; Mangel an empathischen Reaktionen; Wechsel von intrusivem und vermeidendem Verhalten; kindliche Signale werden nicht wahrgenommen bzw. falsch interpretiert; eigene Bedürfnisse werden über die des Kindes gestellt (Schönberner, 2014).

Hebammen sollten bei der Betreuung Betroffener folgendes beachten (Michel, 2002):

- Als Mensch annehmen, auch wenn das Verhalten nicht tolerierbar ist.
- Klare Regeln aufstellen.

Suizid

Selbstmordversuche treten gehäuft im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen auf (> 90 %). Weitere Risikofaktoren sind bspw. (Michel, 2009; Davison et al., 2007; Kranjac, 1998):

- Schwerwiegende körperliche Krankheiten
- Zeit nach der Entlassung aus einer psychiatrischen Klinik
- Abbruch einer engen Beziehung
- Vorausgegangene schwere Verlustereignisse (den Tod der Eltern in der frühen Kindheit eingeschlossen)
- Alleinlebend
- Arbeitslosigkeit
- Allgemeine Stressfaktoren
- Konfrontation mit Suizid (Imitationshandlung)

Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett können als grosse Belastung erlebt werden, die bereits ein Suizidmotiv darstellt oder andere Belastungen verstärkt.

Bei der Beurteilung der Suizidgefahr können weitere folgende Informationen hilfreich sein (Davison et al., 2007):

- Etwa drei Viertel aller Suizidanten kündigen ihre Absicht im Vorfeld an, d. h. Bemerkungen diesbezüglich müssen ernst genommen werden.
- Suizid wird in allen sozialen Schichten begangen.
- Motive sind nicht immer leicht zu identifizieren.
- Menschen mit suizidalen Absichten können trotzdem klaren Verstandes sein.
- Auch wenn es der Person wieder besser geht, kann eine akute Selbstmordgefahr bestehen. Dies ist besonders bei Depressiven der Fall.

Die richtigen Fragen stellen

Bereits beim kleinsten Verdacht muss mit der betroffenen Person über das Thema Suizid gesprochen werden (Michel, 2002). Die Angst, dass man so Suizidimpulse begünstigt, ist unberechtigt. Ganz im Gegenteil, dies kann ein Schritt zum weiteren Vertrauensaufbau sein. Suizidgefährdete Menschen suchen Personen, die sie verstehen und ihre verzweifelte Stimmung aushalten. Dazu eignen sich z. B. folgende Fragen: «Ist es für Sie so schlimm, dass

Sie denken, Ihr Leben hat keinen Sinn mehr?» «Haben Sie auch schon mal daran gedacht, nicht mehr zu leben, sei besser für Sie?» «Ich höre, es geht Ihnen schlecht. Möchten Sie am Morgen am liebsten gar nicht mehr aufwachen?» Danach fragen ist eines der effektivsten Mittel, um einen Selbstmord zu verhindern. Ebenso wie der Glaube daran, dass sich die Situation bessert oder bewältigen lässt.

Wenn Mütter suizidgefährdet sind, muss man immer daran denken, dass auch die Kinder gefährdet sind (erweiterter Suizid). Sie möchten ihre Kinder nicht mutterlos zurücklassen bzw. befinden, dass der Tod das Beste für die Kinder sei.

Weitere wichtige Aspekte für die Hebammenarbeit:

- Thema Suizid schon beim kleinsten Verdacht ansprechen (siehe vorher).
- Bei jedem Verdacht auf Suizid muss eine Fachperson hinzugezogen werden.
- Bei einem begründeten Verdacht darf die Frau nicht mehr alleine lassen gelassen werden, bis Hilfe organisiert ist.
- Betroffenen mit Verständnis und Akzeptanz begegnen.

Auch den Kindern Beachtung schenken

Generell ist zu bemerken, dass psychisch kranke Frauen eine engmaschige und einfühlsame Betreuung durch ein interdisziplinäres und interprofessionelles Team brauchen. Wenn die Hebamme Frauen mit psychischen Erkrankungen betreut, ist es wichtig, dass sie sich mit weiteren Fachpersonen vernetzt, der betreuten Familie ihr Grenzen in dieser Situation aufzeigt und sich als betreuende Person abgrenzt.

Nicht zuletzt gilt es, den Kindern psychisch kranker Frauen und Eltern besondere Beachtung zu schenken und sie unbedingt in die Betreuung miteinzubeziehen. Sie erleiden vermehrt Entwicklungsstörungen, die sich bis ins Schulalter auswirken können und/oder psychische Erkrankungen der Kinder selbst nach sich ziehen (Laucht et al., 2000).

Die vollständige Literaturliste kann heruntergeladen werden unter www.hebamme.ch Aktuelles