

Psychische Belastungen in der Postpartalzeit aufgrund schwer zu verarbeitender Geburtserfahrungen

Risikofaktoren, mögliche Auswirkungen einer Kaiserschnittgeburt
und Unterstützungsmöglichkeiten

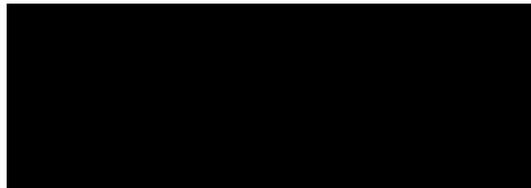
BACHELOR-THESIS

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit
Studiengang: Bildung und Erziehung in der Kindheit

Tag der Abgabe 5.05.2018

Vorgelegt von Anna-Lena Krenz

Matrikel-Nr.



Erstgutachterin Frau Prof. Dr. Katja Weidtmann

Zweitgutachterin Frau Nicole Setzpfand

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, Anna-Lena Krenz, ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Titel: „Psychische Belastungen in der Postpartalzeit aufgrund schwer zu verarbeitender Geburtserfahrungen. Risikofaktoren, mögliche Auswirkungen einer Kaiserschnittgeburt und Unterstützungsmöglichkeiten“ selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die dem Wortlaut oder dem Sinn nach anderen Werken entnommen wurden, sind in jedem Fall unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Die Arbeit ist noch nicht veröffentlicht oder in anderer Form als Prüfungsleistung vorgelegt worden.

Ort, Datum

Unterschrift

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	2
Inhaltsverzeichnis.....	3
Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	5
Abkürzungsverzeichnis.....	6
Einleitung	7
1 Allgemeine Begriffsbestimmung.....	10
1.1 Präpartal, peripartal und postpartal	10
1.2 Dysphorie, Depression, Psychose und Trauma.....	11
1.3 Wochenbett	13
2 Unterscheidung postpartaler psychischer Störungen.....	15
2.1 Postpartale Dysphorie	15
2.2 Postpartale Depression.....	16
2.3 Postpartale Psychose	20
2.4 Akute Belastungsreaktionen und Posttraumatische Belastungsstörung in der Postpartalzeit.....	22
3 Risikofaktoren für psychische Störungen nach der Geburt	25
3.1 Präpartale Faktoren	25
3.2 Peripartale Faktoren	27
3.3 Postpartale Faktoren.....	32
4 Die Rolle des Kaiserschnitts und seine möglichen Auswirkungen auf das physische und psychische Befinden schnittentbundener Frauen	34

4.1	Entwicklung der Sectiorate	34
4.2	Indikationen für einen Kaiserschnitt	38
4.3	Mögliche physische und psychische Folgen für die Mutter	41
4.4	Bewältigung eines Kaiserschnitts: Fünf Phasen der Verarbeitung	46
5	Prä-, peri- und postpartale Unterstützungsmöglichkeiten.....	49
5.1	Prävention und Intervention von postpartalen psychischen Belastungen	49
5.2	Screening-Methoden	52
5.3	Therapeutische Unterstützung in der Postpartalzeit.....	55
6	Fazit.....	58
	Literaturverzeichnis.....	61

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Therapeutische Empfehlungen bei postpartaler Depression	19
Abbildung 2: Mittelwerte der Items „Pro Kaiserschnitt“	40
Abbildung 3: Edinburgh Postnatal Depression Scale	52

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Absolute und relative Sectioindikationen	38
Tabelle 2: Sectiokomplikationen bei der Mutter	43

Abkürzungsverzeichnis

DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Version 5
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Version 10
IPT	Interpersonelle Psychotherapie
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
MKIT	Mutter-Kind-Interaktionstherapie
PRQ	Pregnancy Risk Questionnaire
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung

Einleitung

„Es war eine schwere Geburt“ – diese umgangssprachliche Redewendung bezeichnet nicht nur Etwas, das viel Mühe gekostet hat und im Alltag schnell mal „salopp“ daher gesagt wird, sondern beschreibt auch die Situation vieler Frauen nach der Entbindung ihres Kindes.

Die Geburt eines Kindes stellt ein natürliches, einzigartiges Ereignis und eine Bereicherung im Leben der Frau dar. So wird es zumindest von der Gesellschaft erwartet. Dass dieses Ereignis weder geplant noch kontrolliert werden kann und auch mit Ängsten, Ungewissheit und unerfüllten Wunschvorstellungen verbunden ist, sollte nicht unbeachtet bleiben. Jede Frau hat unterschiedliche Erwartungen an die Geburt. In vielen Lebensbereichen können wir durch sorgfältige Planungen und gründliche Vorbereitungen den Erfolg eines Ereignisses begünstigen. In der Schwangerschaft und unter der Geburt befindet sich die Mutter in einer Situation, in der sie das Ereignis weder planen noch kontrollieren kann. Niemand kann vorhersehen, wie die Geburt verläuft und wie sie ausgehen wird. Aus diesem Grund scheint es nicht verwunderlich zu sein, dass auf den Höhenflug der ausgemalten Traumgeburt tiefe Stürze folgen können, die sich in schmerzlichen Erinnerungen an die Geburt äußern.

Und dann ist es da, das Kind, das alle freudig erwartet haben und nun die volle Aufmerksamkeit seiner Eltern benötigt. Rund um die Uhr sind sie gefordert; da liegt es nahe, den Geburtsschmerz erst einmal beiseite zu schieben. Viele Frauen werden von den negativen Erinnerungen und Gefühlen an die Geburt jedoch eingeholt. Für die einen ist es ein kurzlebiges Stimmungstief, für andere entstehen nach der Entbindung sogar langwierige psychische Störungen, denn nicht jede Frau verspürt nach der Geburt ihres Kindes herausragende Glücksgefühle.

Obwohl jede entbundene Frau von einer kürzeren oder längeren postpartalen Krise betroffen sein kann, findet die Thematik wenig Beachtung in unserer Gesellschaft. Dies zeigt sich bereits in Geburtsvorbereitungskursen: Es scheint, als würde die Realität abgeschirmt werden, indem negativ behaftete Themen nicht oder nur unzureichend behandelt werden. Dabei sind es gar nicht wenige Frauen, die nach der Entbindung gegen ein emotionales Stimmungstief kämpfen. Eine leichte Verstimmung, der sogenannte Babyblues, tritt bei rund 50 bis 80 Prozent aller entbundenen Mütter auf (vgl. Mändle, 2015, S. 709). Etwas seltener, aber deshalb nicht weniger bedeutsam, treten postpartale Depressionen auf; die Zahlen schwanken zwischen 10 und 15 Prozent aller entbundenen Mütter. Die schwerste Form der psychischen Er-

krankungen in der Postpartalzeit stellt die postpartale Psychose dar, dessen Häufigkeit bei 0,1 bis 0,2 Prozent liegt (vgl. Gröhe, 2009, S. 6 ff.). Die Zahlen geben Anlass dazu, sich die Ursachen für die Entstehung postpartaler psychischer Belastungen genauer anzusehen.

Im Rahmen der Recherche fiel zudem die stark gestiegene Anzahl durchgeführter Kaiserschnitte auf. Jede dritte Geburt endet mit einer Schnittentbindung (vgl. Statistisches Bundesamt, 2016). Ursachen und Folgen, die mit einem Kaiserschnitt in Verbindung stehen sind vielschichtig. Der Großteil der Frauen wünscht sich jedoch eine natürliche Entbindung. Ein Forschungsprojekt an der Universität Osnabrück hat ermittelt, dass die Mehrzahl der Studienteilnehmerinnen eine Spontangeburt bevorzugt und nur 3,8 Prozent sich einen Kaiserschnitt wünscht (vgl. Hellmers & Schücking, 2005, S. 79). Im Angesicht der einerseits hohen Kaiserschnitttrate und andererseits großen Wunschvorstellung der Spontangeburt liegt es nahe, dass sich der gewünschte Geburtsmodus größtenteils nicht verwirklichen lässt und möglicherweise zu Enttäuschungen bei den betroffenen Müttern führt. An dieser Stelle lässt sich die Hypothese aufstellen, dass auch die Art und Weise wie ein Kind geboren wird, Einfluss auf das psychische Befinden der Mutter nimmt.

Aus diesem Anlass beschäftigt sich die vorliegende Bachelor-Thesis mit folgenden Fragestellungen: Wodurch werden psychische Störungen in der Postpartalzeit begünstigt? Wie wirkt sich eine Kaiserschnittgeburt auf das psychische Befinden der Mutter aus?

Ziel dieser Arbeit ist es, Risikofaktoren, welche die Wahrscheinlichkeit an einer postpartalen psychischen Störung zu erkranken erhöhen, darzulegen und die Rolle des Kaiserschnitts in diesem Kontext zu erläutern. Außerdem sollen Unterstützungsmöglichkeiten für betroffene Mütter aufgezeigt werden.

Die Arbeit basiert auf einer theoretischen Auseinandersetzung anhand ausgewählter Literatur, Artikeln aus Fachzeitschriften des Themengebiets, Studien sowie Ergebnissen aus Internetrecherchen. Zusätzlich wurde die Dringlichkeit dieses Themas durch zahlreiche Erfahrungsberichte von Müttern deutlich, die zwar nicht in diese Arbeit einfließen, jedoch als Hintergrundwissen fungieren.

Die vorliegende Thesis ist in sechs Kapitel unterteilt. Zur Einführung in die Thematik lassen sich in Kapitel 1 Begriffserläuterungen finden, welche die Basis für das Verständnis einzelner Termini schaffen. Je nach Ausprägung der Symptome kann zwischen unterschiedlichen Arten von postpartalen psychischen Störungen differenziert werden. Diese reichen von leichten, über mittleren bis hin zu schweren Erkrankungen. Die Krankheitsbilder werden im zweiten

Kapitel beleuchtet. Die Ursachen für die Entstehung von postpartalen psychischen Störungen sind mehrfaktoriell und können in zeitliche Abschnitte rund um den Geburtszeitpunkt eingeteilt werden. Mögliche prä-, peri- und postpartale Risikofaktoren sind dem dritten Kapitel zu entnehmen. Die Art und Weise, wie ein Kind das Licht der Welt erblickt, nimmt möglicherweise Einfluss auf das psychische wie physische Befinden von Müttern. Eine Analyse der steigenden Kaiserschnitttrate und das Herausstellen der Indikationen für einen Kaiserschnitt sowie mögliche Folgen und Bewältigungsstrategien für die Verarbeitung einer Schnittentbindung werden im vierten Kapitel herausgestellt. Wie psychischen Störungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt vorgebeugt werden kann und welche speziellen Unterstützungsmöglichkeiten es für diese Patientengruppe gibt, beschreibt das fünfte Kapitel. Das sechste Kapitel umfasst ein abschließendes Fazit.

1 Allgemeine Begriffsbestimmung

Um eine Grundlage und Gemeinsamkeiten im Verständnis über die wesentlichen Termini dieser Arbeit zu schaffen, folgt zum Einstieg in die Thematik eine Begriffsbestimmung.

1.1 Präpartal, peripartal und postpartal

Während der Literaturrecherche wurde ersichtlich, dass in der deutschsprachigen wissenschaftlichen Literatur keine einheitliche Unterscheidung der lateinischen Adjektivendungen -natal und -partal vorgenommen wird. Um die Begrifflichkeiten dennoch wissenschaftlich korrekt zu verwenden, besteht die Notwendigkeit, diese differenziert zu betrachten.

Die Endung -natal ist abgeleitet von dem lateinischen Wort „natales“ und bedeutet übersetzt „Geburt, Entstehung“ (vgl. PONS GmbH, o. J.-a). Aus diesem Grund werden alle Entwicklungen, Veränderungen oder Vorgänge, welche den Fötus bzw. den Säugling betreffen, mit einem Adjektiv mit der Endung -natal beschrieben. Dieser das Kind betreffende Ausdruck wird jedoch in dieser Arbeit nicht weiter aufgegriffen, da der Schwerpunkt auf dem Befinden der Mutter liegt. Im Gegensatz dazu leitet sich die Silbe -partal von dem lateinischen Begriff „partus“, zu Deutsch „das Gebären“, ab (vgl. PONS GmbH, o. J.-b). Da allein die Mutter das Kind gebärt, werden in dieser Thesis alle Vorgänge und Veränderungen, welche die Mutter betreffen, mit Adjektiven, die auf die Silbe -partal enden, beschrieben.

Beide genannten Endungen stehen in Verbindung mit den ebenfalls aus dem Lateinischen abgeleiteten Vorsilben prä- (vorher), peri- (während) und post- (nach) und ermöglichen dadurch eine zeitliche Unterscheidung hinsichtlich des Geburtszeitpunktes. Für diese Arbeit ergeben sich daraus die Adjektive präpartal, peripartal und postpartal. Das Eigenschaftswort präpartal bezieht sich in dieser wissenschaftlichen Auseinandersetzung somit auf das körperliche und psychische Befinden der Mutter vor der dem Zeitpunkt der Geburt (vgl. Seitz, 2012, S. 249). Die Bezeichnung peripartal beschreibt das Befinden bzw. sonstige Umstände während der Geburt (vgl. Seitz, 2012, S. 236). Mit dem Begriff postpartal wird die Situation nach der Entbindung beschrieben (vgl. Seitz, 2012, S. 248).

1.2 Dysphorie, Depression, Psychose und Trauma

Diese vier Begriffe stammen aus dem komplexen Themengebiet der Psychologie, sodass im Folgenden lediglich eine oberflächliche Begriffsbestimmung gegeben werden kann, da eine ausgedehnte und detailreiche Beschreibung den Rahmen dieser Arbeit überschreiten würde.

Eine Dysphorie beschreibt ein Stimmungstief, das sich in gedämpfter Stimmung, Traurigkeit und Reizbarkeit äußert und stellt das Gegenteil von Euphorie dar (vgl. Dorsch, Wirtz & Strohmer, 2017, S. 435). Nach Werner Stangls Definition handelt es sich dabei weniger um ein Stimmungstief mit Krankheitsanteil sondern mehr um eine Verstimmung, die im Alltag auftauchen kann (vgl. Stangl, 2018). Daraus lässt sich folgern, dass jeder Mensch unter einer vorübergehenden Dysphorie leiden kann, ohne dabei die Zuschreibung „krank“ zu erhalten.

Im Gegensatz zur Dysphorie stellt eine Depression ein komplexes Krankheitsbild dar, das sowohl im Klassifikationssystem „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM-V) als auch im „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD-10) klassifiziert ist. Depressionen werden im ICD-10 unter F30 bis F39 als „Affektive Störungen“ zusammengefasst (vgl. ICD-10-GM, 2018a). Affektive Störungen beschreiben verschiedene Ausprägungen depressiver Erkrankungen (vgl. Wittchen, Jacobi, Klose, Ryl & Ziese, 2010, S. 7). Das Hauptmerkmal der Depression ist eine „durch Beeinträchtigung der Gefühls- und Stimmungslage bedingte psychische Niedergeschlagenheit bzw. Traurigkeit“ (de Vries & Petermann, S. 363). Hinzu kommen können sowohl Antriebslosigkeit, kognitive Veränderungen, Abweichungen im Verhalten (z. B. Rückzug) als auch Veränderungen auf physischer Ebene wie beispielsweise Schlafstörungen oder Libidoverlust (vgl. de Vries & Petermann, S. 363). Die Ursachen für das Entstehen der Krankheit sind multifaktoriell. Es wirken dabei biologische, psychische und soziale Faktoren zusammen; eine eindeutige Aussage über die Entstehung kann aufgrund mangelnder einheitlicher und empirischer Forschungen jedoch nicht hervorgebracht werden (vgl. Wittchen et al., 2010, S. 14). De Vries und Petermann führen an, dass Menschen, die eine erhöhte Empfindsamkeit gegenüber kritischen Lebensereignissen haben, besonders gefährdet sind an einer Depression zu erkranken. Somit können auch traumatische Erlebnisse zu einer Depression führen (vgl. de Vries & Petermann, S. 363).

Die Psychose ist ein übergeordneter Begriff, der alle schweren psychischen Erkrankungen zusammenfasst. Schultze-Lutter und Schmidt berichten über die Psychose wie folgt:

„Psychosen‘ beschreiben diagnostisch heterogene Störungsbilder, die in unterschiedlichem Maß durch Wahn, Halluzinationen und formale Denkstörungen definiert sind. Ihre Genese ist aufgrund ihrer komplexen multifaktoriellen Natur noch nicht vollständig verstanden [...]“ (Schultze-Lutter & Schmidt, 2015, S. 16).

Als Kernsymptom gilt also der vorübergehende Realitätsverlust der Erkrankten (vgl. Brauer, S. 1264). Psychosen werden im DSM-V unter dem Kapitel „Schizophrenie Spektrum und andere psychotische Störungen“ aufgeführt (vgl. American Psychiatric Association, 2013, S. 87). Im ICD-10 sind Psychosen im Kapitel F2 eingeordnet und umfassen das Krankheitsbild Schizophrenie und weitere psychotische Störungen wie zum Beispiel F22 „Anhaltende wahnhaftige Störungen“ (vgl. ICD-10-GM, 2018b). Psychosen können in ganz unterschiedlicher Weise auftreten. Allen gemein ist, dass Erkrankte ihre Gedanken nicht kontrollieren können. Sie ist geprägt durch eine Beeinträchtigung des Denkens, Wollens, Fühlens und Handelns. Je nach Art und Schweregrad variieren Symptome und Verlauf der Krankheit. Zu den Symptomen zählen akustische Halluzinationen, Konzentrations- und Denkstörungen oder Wahnvorstellungen (vgl. Bachmann & Mundt, 2002, S. 215). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine Psychose eine „seelische Erkrankung“ darstellt, welche die Betroffenen ohne professionelle Hilfe nicht überwinden können.

Eine allgemeine Definition für ein Trauma gibt es nicht. Ein Trauma wird zunächst dahingehend definiert, ob das Erlebte kurzfristig oder langfristig ein bestimmtes psychisches Reaktionsmuster auslöst. Nur, wenn genaue Indikationen vorliegen, spricht man von einem Trauma. Erlebnisse, die überwiegend mit einem Trauma in Verbindung gebracht werden und extremen Stress bei Betroffenen auslösen, sind Todesbedrohungen und (sexuelle) Gewalterfahrungen. Sie sind in ihrem Schweregrad nicht mit anderen mittleren, leichten oder schweren Belastungen zu vergleichen. Das konkrete Erlebnis kann jedoch individuell ganz verschieden sein (vgl. Maercker, 2017, S. 10). Die Definition von Fischer und Riedesser beschreibt dies wie folgt:

Ein Trauma ist demnach ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (Fischer & Riedesser, 1999, S. 79).

Weiter kann das Trauma in apersonale Traumen und personale Traumen untergliedert werden. Bei apersonalen Traumen handelt es sich um schwer zu verarbeitende Traumen, die nicht

durch Menschen verursacht wurden. Beispiele hierfür sind Naturkatastrophen oder Verkehrsunfälle. Im Gegensatz dazu stellt ein personales Trauma eine von Menschen ausgelöste psychische Belastung dar. Dazu zählen beispielsweise schwere Raubüberfälle, Vergewaltigungen und Misshandlungen (vgl. Wöller & Mattheß, 2009, S. 12).

1.3 Wochenbett

Geschichtlich gesehen bezeichnet das Wochenbett den Ort, an dem sich die Frau in den ersten Tagen nach der Geburt ausgeruht hat. Dies war bis Mitte des 20. Jahrhunderts in der Regel das Bett zu Hause, wo auch die Geburt stattfand. Die Frau wurde zudem täglich durch eine Hebamme¹ betreut (vgl. Harder & Polleit, 2015, S.2). Der Ausdruck „Wochenbett“ ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass sich die entbundene Frau nicht weniger als eine Woche in dieser Ruhephase befand. Nach einer Woche im Bett verbrachte sie weitere ruhige Tage in der sogenannten Wöchnerinnenstube (vgl. Bloemeke, 2011, S. 11).

Heute definieren medizinische Fachkräfte das Wochenbett als die Zeit nach der Geburt der Plazenta bis zum Rückgang der durch Schwangerschaft und Geburt beeinflussten physischen und psychischen Veränderungen. So definiert Mändle den Begriff des Wochenbetts wie folgt:

„Das Wochenbett oder Puperium ist die Zeit eines enormen körperlichen und seelischen Umstellungsprozesses. Die schwangerschafts- und geburtsbedingten Veränderungen bilden sich zurück. Eine neue Phase im Leben der Frau beginnt.“ (Mändle, 2015, S. 699).

Während sich die Mehrheit der Fachliteratur bezüglich der Dauer des Wochenbetts hauptsächlich auf einen Zeitraum von sechs bis acht Wochen bezieht, beschreibt Bloemeke, dass diese Spanne lediglich ein Richtwert sei, da mehrere Einflüsse auf die Dauer einwirken können. So teilt Bloemeke das Wochenbett in drei zeitliche Abschnitte ein: die ersten zehn Tage nach der Entbindung, die folgenden fünf bis sieben Wochen und die weiteren Wochen bis hin zu einem Vierteljahr nach der Geburt. In den jeweiligen Abschnitten stellt sich die Frau psychisch und physisch auf die neue Situation ein (vgl. Bloemeke, 2011, S. 11).

Neben den körperlichen Vorgängen beispielsweise die Rückbildung des Uterus oder die Wundheilung (vgl. Skibbe & Löseke, 2013, S. 295), gilt es in der Zeit des Wochenbetts auch psychosoziale Vorgänge zu durchlaufen (vgl. Bloemeke, 2011, S. 11). Die erste Zeit nach der Geburt, in der sich Eltern und Kind kennenlernen, wird „sensible Anpassungsphase“ genannt

¹ Die in dieser Thesis verwendete weibliche Bezeichnung schließt den männlichen Geburtshelfer mit ein.

(vgl. Mändle, 2015, S. 709). Das Kennenlernen geschieht anfänglich durch den Austausch von Zärtlichkeiten über die Haut und durch Blickkontakt (vgl. Bloemeke, 2011, S. 16). Wünschenswert ist es, wenn Eltern und Kind diesen emotionalen Moment unmittelbar nach der Geburt erleben können, indem der Säugling auf die Brust der Mutter oder des Vaters gelegt wird. Dies fördert die Bindung, weshalb eine Trennung von Eltern und Kind nach der Geburt unbedingt zu vermeiden ist. Eine Möglichkeit hierfür ist das Rooming-in, bei dem das Baby mit im Zimmer der Mutter schläft (vgl. Brisch, 2013, S. 115).

Die Geburt eines Kindes ist mit neuen Aufgaben verknüpft. Diese anzunehmen, sich über die neue Verantwortung bewusst zu werden sowie sich in die neue Rolle als Mutter bzw. Vater zu finden, ist Teil des Wochenbetts (vgl. Mändle, 2015, S. 709). Außerdem kann die Geburt Kindes das Familienkonstrukt zum schwanken bringen und Disharmonien begünstigen. Insbesondere dann, wenn Geschwisterkinder mit Eifersucht oder anderem „bockigen“ Verhalten reagieren (vgl. Kirchner, 2015, S.17). Aber auch das bisher alleinstehende Paar muss sich an die neue Situation als Triade gewöhnen. In erster Linie werden die Bedürfnisse des Kindes gestillt und die eigenen bzw. die des Paares zurück gestellt. Die Begrenzung der persönlichen und partnerschaftlichen Bedürfnisse kann zu Anspannungen und Krisen führen (vgl. Scholtes, 2016, S. 38). Somit ist die Anpassung an die neue Familiensituation ebenfalls ein Prozess im Wochenbett.

Ein wesentlicher Part in der Zeit des Wochenbetts ist die Verarbeitung der Geburt. Das Geburtsereignis ist an eine weite Bandbreite von Gefühlen und Empfindungen geknüpft. Diese können von höchster Freude bis hinzu tiefer Enttäuschung und unangenehmen Gefühlen reichen (vgl. Bloemeke, 2011, S. 82). Die Mutter hat ein großes Bedürfnis sich mitzuteilen, um ihre Geburtserlebnisse zu verarbeiten. Ein Nachbereitungsgespräch mit den beteiligten Hebammen und Ärzt*innen hilft der Wöchnerin die Erfahrungen greifbar zu machen. Dies ist besonders dann sehr wichtig, wenn die entbundene Frau die Geburt ihres Kindes mit negativen Gefühlen verknüpft oder als traumatisch erlebt hat (vgl. Kirchner, 2015, S.11). Bleibt die betrubte Gefühlslage der Wöchnerin unterkannt und erfährt sie keine Unterstützung mit der belastenden Situation, so können schmerzlich empfundene Geburtserlebnisse in psychische Störungen münden. Psychische Belastungen beeinträchtigen die „Fähigkeit, Freude am Leben zu empfinden und wohltuende Beziehungen einzugehen“ (Bloemeke, 2015, S. 23).

2 Unterscheidung postpartaler psychischer Störungen

Nachdem im vorgegangenen Kapitel über unterschiedliche Formen psychischer Erkrankungen berichtet wurde, wird dieses Kapitel die Verbindung zu psychischen Störungen in der Postpartalzeit knüpfen. Da jede Frau auf ihrem Weg ins Muttersein nicht nur mit Glücksgefühlen und Freude begleitet wird, sondern auch negative Gefühle eine Rolle spielen können, wird nachfolgend zwischen den unterschiedlichen Gemütszuständen nach der Geburt differenziert.

2.1 Postpartale Dysphorie

Für die postpartale Dysphorie gibt es in der Literatur zahlreiche unterschiedliche Begrifflichkeiten, wie beispielsweise „Heultage“, postpartales Stimmungstief oder den sogenannten „Babyblues“, dessen englische Silbe „blues“ mit „Trübsinn“ übersetzt wird. Im Gegensatz zur depressiven Stimmung, die im englischsprachigen Raum mit „depressed“ beschrieben wird, wird der Babyblues mit dem Begriff „dysphoric“ charakterisiert. Deshalb spricht man im deutschsprachigen Raum von postpartaler Dysphorie (vgl. Unger & Rammsayer, 1996, S. 154).

Kurzweilige Gemütszustände in der Postpartalzeit werden seit Anfang des 20. Jahrhunderts von Psychoanalytikern wissenschaftlich erforscht. Seit den 1950er Jahren gelten sie auch als Gegenstand biologischer und psychologischer Betrachtungen (vgl. Lanczik & Brockington, 1999, S. 60).

Die postpartale Dysphorie ist weder im DSM-V, im ICD-10 noch in anderen Klassifikationssystemen verankert, was daran liegt, dass Dysphorien generell keinen Krankheitswert beinhalten, sodass dieses Krankheitsbild keiner Therapie bedarf (vgl. Stangl, 2018). Auch wenn die postpartale Dysphorie in den angewandten Klassifikationssystemen unbeachtet bleibt und die mildeste Form postpartaler psychischer Störungen darstellt, ist die erhöhte mütterliche Sensibilität während der ersten Tage nach der Geburt nicht zu missachten. Nach dem Abklingen der ersten Euphorie über das Wunder der Natur und der abfallenden körperlichen Erschöpfung ist es nicht selten der Fall, dass viele Mütter trotz gesundem Baby emotionale Stimmungsschwankungen durchleben (vgl. Bloemeke, 2015, S. 18).

Das Abwechseln von Euphorie und Dysphorie tritt zwischen dem dritten und vierzehnten Tag nach der Entbindung auf. Die kurzlebigen Stimmungsschwankungen halten meistens nur we-

nige Stunden bis hin zu einigen Tagen an und legen sich in der Regel ohne therapeutische Maßnahmen von selbst. Betroffen sind rund 50 bis 80 Prozent aller Wöchnerinnen (vgl. Mändle, 2015, S. 709).

Das Erscheinungsbild der postpartalen Dysphorie ist gekennzeichnet durch eine starke Reizbarkeit, Traurigkeit, häufiges weinen und Minderwertigkeitsgefühle (vgl. Dorsch, 2010, S. 26). Ruhelosigkeit und Schlafstörungen, Angst, Erschöpfung und eine eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit können ebenfalls eintreten (vgl. Mändle, 2015, S. 710).

Das häufige Auftreten eines postpartalen Stimmungstiefs gilt als Folge der körperlichen, hormonellen und seelischen Umstellung. Dennoch bedarf es keiner spezifischen Therapie und auch eine medikamentöse Behandlung ist in der Regel ebenfalls nicht erforderlich (vgl. Biskup, Brutscher, Ensel & Schulz, 2014, S. 286). Durch einen sensiblen und verständnisvollen Umgang mit der Wöchnerin kann das Abklingen des postpartalen Babyblues beschleunigt werden (vgl. Dorsch, 2010, S. 28).

2.2 Postpartale Depression

Sollte die anfängliche und nicht behandlungsbedürftige Dysphorie in der Postpartalzeit über Wochen anhalten, so kann es ein Anzeichen für eine postpartale Depression sein. Dies ist häufig der Fall, wenn sich der hormonellen Umstellung weitere Belastungsfaktoren anschließen (vgl. Imlau, Pukall & Renz-Polster, 2016, S. 263).

Eine Mutter ist von einer postpartalen Depression betroffen, wenn sie innerhalb von zwölf Monaten nach der Entbindung behandlungsbedürftige depressive Symptome zeigt (vgl. Riecher-Rössler, 2012, S. 52). Häufig entwickelt sich die postpartale Depression bereits in den ersten drei Monaten nach der Geburt (vgl. Mändle, 2015, S. 710) und bleibt nicht selten unerkannt (vgl. Härtl, Müller & Friese, 2006, S. 813). Dies ist mit vielseitigen Gründen verbunden. Einerseits verspüren die Frauen Scham oder Angst, weshalb sie sich niemandem anvertrauen. Auf der anderen Seite sind betroffene Frauen bereits aus dem Krankenhaus entlassen, wenn sich die ersten depressiven Symptome zeigen. Bleiben die Anzeichen auch vom sozialen Umfeld und behandelnden Ärzt*innen unentdeckt, befindet sich die Frau fortlaufend in einer Abwärtsspirale (vgl. Härtl et al., 2006, S. 814). Im ICD-10 werden Depressionen, die in Verbindung mit dem Wochenbett bzw. der Geburt eines Kindes stehen, unter F53 „Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert“ vermerkt, jedoch nicht weiter aufgeführt (vgl. ICD-10-GM, 2018c). Auch im DSM-V gibt es lediglich

Zusatzkodierungen, die ermöglichen, das Krankheitsbild genauer zu definieren (vgl. Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 882). So heißt es im DSM-V beispielsweise, dass die Geburt ein Auslöser für eine depressive Episode sein kann und häufig in der frühen Postpartalzeit auftritt (vgl. American Psychiatric Association, 2013, S. 137).

Weshalb das spezifische Krankheitsbild in den Klassifikationssystemen nicht weiter erläutert wird, kann damit zusammenhängen, dass die Symptome sich nicht wesentlich von denen einer kürzlich entbundenen Mutter unterscheiden. Zu den Symptomen einer postpartalen Depression gehören unter anderem eine gedämpfte Grundstimmung, starke Trauerphasen, Gedächtnisschwierigkeiten, grundsätzliches Desinteresse an der Umwelt, Libidoverlust, Gefühle wie Schuld oder Sorge bis hin zu suizidalen Gedanken (vgl. Mändle, 2015, S. 710). Bei einer „normalen“ Depression, treten ebenfalls Symptome wie Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit, Traurigkeit, mangelnde Konzentration oder sexuelle Unlust auf (vgl. Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 880).

Es lassen sich also viele klassische Symptome einer Depression wieder finden, weshalb eine wesentliche Unterscheidung nicht vorgenommen werden kann. Auffällig jedoch ist, dass postpartal depressive Frauen ein sehr hohes Maß an emotionaler Labilität zeigen und die damit verbundene depressive Gefühlslage sich häufig auf das Kind und die Rolle als Mutter beziehen. So kann es eine Sorge der Mutter sein, sie würde dem Kind keine gute Mutter sein und diesem durch ihre Anwesenheit Schaden zufügen. Viele Mütter empfinden zudem keine Liebe für ihr Kind, was wiederum Schamgefühl und Traurigkeit auslöst (vgl. Riecher-Rössler & Fallahpour, 2003, S. 107). Diese Gefühlslosigkeit gegenüber dem Kind kann bewirken, dass die Mutter nicht feinfühlig auf die Bedürfnisse des Kindes reagieren kann. Hinzu kommt, dass depressive Mütter sich nicht als selbstwirksam erleben und die Signale des Kindes häufig negativ bewerten. Bleibt die postpartale Depression unerkannt, kann sich dies negativ auf den Bindungsaufbau von Mutter und Kind auswirken (vgl. Reck, 2007, S. 235). Philipps und O'Hara fanden mit ihrer Studie „Prospective Study of Postpartum Depression“, in der die Folgen mütterlicher postpartaler Depressionen für Mutter und Kind beleuchtet wurden, jedoch keine Anzeichen für einen Zusammenhang mit Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern, dessen Mütter unter einer postpartalen Depression litten. (vgl. Philipps & O'Hara, 1991, S. 153).

Die Angaben zur Prävalenz sind abhängig von den diagnostischen Kriterien und dem Zeitraum der Beobachtung. In der Fachliteratur wird überwiegend von einer Prävalenzrate von 10 bis 15 Prozent aller Wöchnerinnen gesprochen, die an einer postpartalen Depression erkranken (vgl. Riecher-Rössler, 2012, S. 53). Zahlen aus dem Jahr 2015 sprechen sogar von drei

bis 20 Prozent (vgl. Mändle, 2015, S. 710). Dennoch unterscheiden sich die Zahlen nicht merklich von der Rate erkrankter Frauen des gleichen Alters ohne vorhergegangener Entbindung (vgl. Riecher-Rössler, 2012, S. 54). Dies bestätigen O'Hara et al. mit ihrer Fallkonstruktionsstudie, bei der 182 entbundene Frauen und 179 Frauen ohne vorhergegangener Geburt miteinander verglichen wurden. Alle Frauen hatten das gleiche Alter, den gleichen Berufsstatus sowie den gleichen Familienstand. Dabei ergaben sich keine signifikanten Abweichungen bezüglich der Häufigkeit des Auftretens einer Depression. Tatsächlich konnte eine Verschlechterung des seelischen Gemüts bei der Gruppe der Mütter festgestellt werden. Dies interpretieren die Autoren jedoch als Verstimmung ohne Krankheitswert (vgl. O'Hara, Zekoski, Philipps & Wright, 1990, S. 3 ff.). Dennoch steigt das Risiko für die Erkrankung an weiteren Depressionen in den folgenden drei bis vier Jahren nach der Entbindung bei vorheriger postpartaler Depression (vgl. Philipps & O'Hara, 1991, S. 152).

Die starken Schwankungen bezüglich der Häufigkeitsrate könnten mit der Art der Diagnose zusammenhängen. Hierfür hat sich zunehmend die „Edinburgh Postnatal Depression Scale“ (EPDS) von Cox als Hilfsmittel zur Selbsteinschätzung etabliert. Dadurch kommt es zu deutlich höheren Raten als bei einer psychologischen Fremdeinschätzung (vgl. Riecher-Rössler & Fallahpour, 2003, S. 108). Es handelt sich dabei um eine zehnstufige Depressionsskala, die entwickelt wurde, um postpartale Depressionen zu erfassen. Weitere Informationen zu dem Screening-Verfahren anhand der EPDS können dem fünften Kapitel entnommen werden.

Die Ursachen für die Entstehung einer postpartalen Depression sind multifaktoriell. So müssen für die Ursachenforschung neurochemische, hormonelle und psychosoziale Einflüsse in Betracht gezogen werden. Ein wesentlicher Faktor ist der Östrogenabfall im Wochenbett, der bewirkt, dass entbundene Frauen in eine depressive Grundstimmung fallen. Nicht außer Acht zu lassen sind auch die psychosozialen Faktoren, die mit dem neuen Lebensabschnitt der Frau einhergehen. Der Übergang von Schwangerschaft zu Mutterschaft stellt möglicherweise eine Hürde dar, denn die entbundene Frau steht nun vor neuen Herausforderungen wie zum Beispiel eine Veränderung des Körpers und des Selbstbildes oder die bevorstehende Zeit als Familie (vgl. Härtl et al., 2006, S. 814). Welche Risikofaktoren die Entstehung postpartaler psychischer Erkrankungen begünstigen, können dem vierten Kapitel entnommen werden.

Prognostiziert wird eine Krankheitsdauer von durchschnittlich sieben Monaten. Die Prognose fällt im Vergleich zu Depressionen in anderen Zusammenhängen deutlich günstiger aus. In Einzelfällen hält die postpartale Depression über ein Jahr an (vgl. Härtl et al., 2006, S. 815).

Grundsätzlich unterscheidet sich die Behandlung der postpartalen Depression kaum von depressiven Erkrankungen in anderen Lebensabschnitten. Ein großes Augenmerk muss jedoch auf die besonderen Bedingungen, welche die Postpartalzeit mit sich bringt, und das Wohle des Kindes gelegt werden. Der erste wichtige Schritt zur Genesung ist die Aufklärung über die psychische Erkrankung, da der Mutter so mögliche Schuldgefühle genommen werden können. Auch für das soziale Umfeld ist es wichtig zu erkennen, dass es sich um eine ernstzunehmende psychische Erkrankung und nicht um das Versagen der Mutter handelt. Der schnelle Beginn einer Psychotherapie bringt der Mutter professionelle Beratung und Aufklärung über Bewältigungsstrategien bezüglich der Krankheit und der neuen Rolle als Mutter (vgl. Riecher-Rössler & Fallahpour, 2003, S. 810 ff.) Das folgende Schaubild zeigt, welche Vorgehensweise für die therapeutische Begleitung einer postpartalen Depression empfohlen wird.

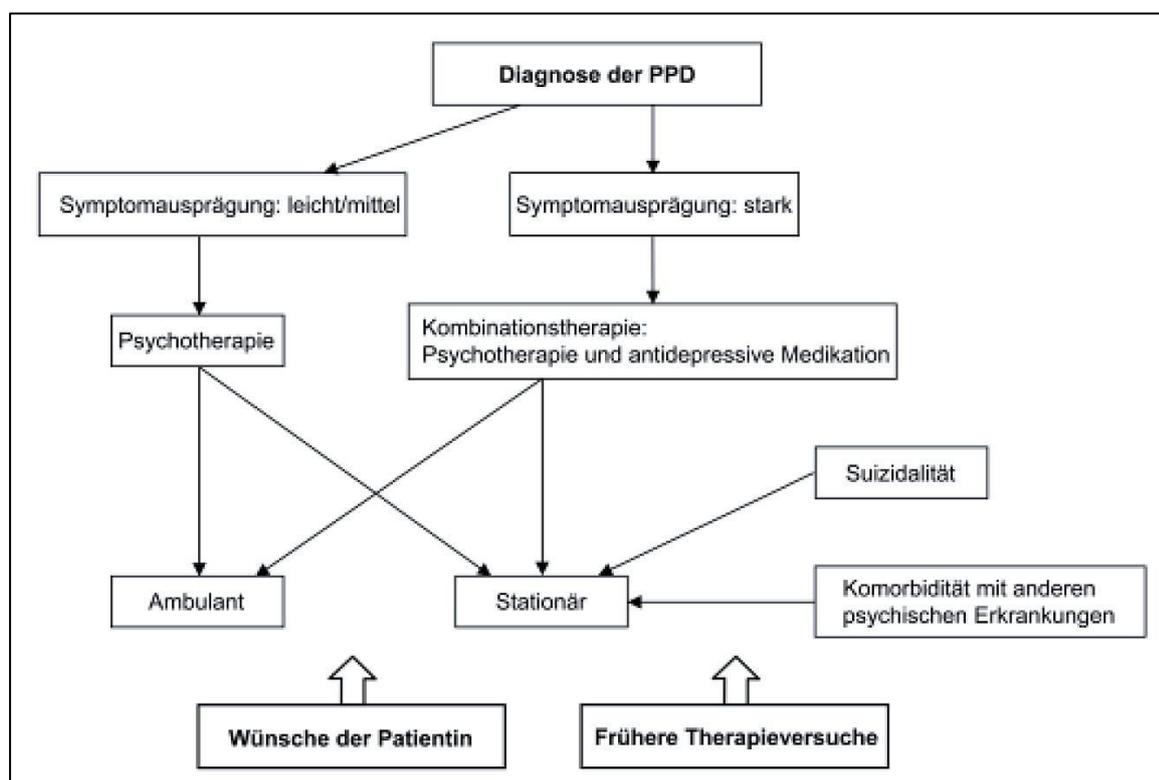


Abbildung 1: *Therapeutische Empfehlungen bei postpartaler Depression* (Härtl, K., Müller, M. & Friese, K. 2006. Wochenbettdepression: Eine häufig spät oder nicht diagnostizierte psychische Erkrankung. *Der Gynäkologe*, 39 (10), 813–819).

Dem Schaubild kann entnommen werden, dass zwischen starken und leicht bis mittleren Symptomausprägungen unterschieden wird. Je nach Ausprägung verläuft die Therapie unterschiedlich. Sie kann sowohl ambulant als auch stationär stattfinden. Äußert die Patientin sui-

zidale Gedanken, so ist eine stationäre Aufnahme unumgänglich; ebenso, wenn parallel zur postpartalen Depression weitere psychische Erkrankungen bestehen. Es ist vorteilhaft, wenn die unterschiedlichen Professionen, zum Beispiel Therapeut*innen, Psycholog*innen, Gynäkolog*innen und Hebammen, im stetigen Austausch stehen (vgl. Härtl et al., 2006, S. 816).

2.3 Postpartale Psychose

Die postpartale Psychose beschreibt den schwersten Zustand postpartaler psychischer Erkrankungen und gilt als stationär behandlungsbedürftig. Innerhalb der letzten Jahrzehnte konnte die Wochenbettpsychose in allen Kulturkreisen mit einer gleichbleibenden Häufigkeit von zwei Erkrankungen auf tausend Geburten beobachtet werden. Erstmals berichtet bereits Hippokrates 400 v. Chr. über die postpartale Psychose einer Frau, die nach der Geburt ihrer Zwillinge starke Verwirrung zeigte. Im deutschsprachigen Raum berichtet Fürstner Ende des 19. Jahrhunderts über Wochenbettpsychosen und bezeichnet diese als „halluzinatorisches Irresein der Wöchnerin“. Damals wie heute haben alle psychotisch erkrankten Wöchnerinnen gemein, dass sie nach einer Postpartalperiode ohne Komplikation und aus völliger Gesundheit heraus nahezu plötzlich hochpsychotische Symptome zeigen (vgl. Fallgatter, Schnizlein, Pfuhlmann & Heidrich, 2002, S. 680 ff.).

Im Klassifizierungssystem ICD-10 werden die postpartalen Psychosen unter F53.1 „Schwere psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, andersorts nicht klassifiziert“ aufgeführt, jedoch nicht näher beschrieben (vgl. ICD-10-GM, 2018c).

Tritt eine Wochenbettpsychose auf, so zeigt sich das Krankheitsbild häufig wechselhaft und facettenreich und ist durch zahlreiche Symptome gekennzeichnet. Diese können in drei Kategorien eingeteilt werden: die manische Form, die depressive Form und die schizophrene Form. Erkrankte Frauen mit manischen Symptomen sind massiv verwirrt und weisen eine hohe Orientierungslosigkeit bezüglich zeitlicher, räumlicher und persönlicher Eigenschaften auf. Sie verspüren eine starke innere und äußere Unruhe, weshalb sie starken Antrieb und damit verbunden ein geringes Schlafbedürfnis verspüren. Auch Größenwahn gehört zu der manischen Form der Psychose. Die depressiven Symptome äußern sich durch extreme Angstzustände und Teilnahmslosigkeit. Die in jeder Hinsicht motivationslose Frau leidet unter starken Schlafstörungen und in ihrem Gesicht spiegelt sich Leere wieder. Die schizophrene Form wird bestimmt durch Wahnvorstellungen und Halluzinationen. So hören betroffene Frauen Stimmen und sehen Personen, die gesunde Menschen nicht sehen. Es besteht der Gedanke,

sich selbst oder dem Kind etwas anzutun bzw. antun zu müssen (vgl. Mändle, 2015, S. 712). In diesen akuten Fällen besteht eine erhöhte Gefährdung von Mutter und Kind. Bei einer ausgeprägten depressiven Symptomatik liegt es nahe, dass die Mutter zunächst das Kind und anschließend sich selbst umbringt. Bei manischen und schizophrenen Symptomen sind es unter Umständen Stimmen, die dazu anhalten, dass die Mutter ihr Kind zum Beispiel unter dem paranoiden Gedanken, das Kind sei vom Bösen besessen, umbringt (vgl. Dorsch, 2010, S. 30). Dennoch unterscheiden sich postpartale Psychosen in Symptomatik, Verlauf und Therapie nicht deutlich von anderen Psychosen (vgl. Riecher-Rössler, 1997, S. 103). Eine Vergleichsstudie von Brockington et al. hat jedoch herausgefunden, dass entbundene Frauen im Gegensatz zu Frauen, die ebenfalls an einer Psychose erkrankt sind, allerdings kein Kind entbunden haben, häufiger manische und depressive Symptome zeigen, während die Kontrollgruppe häufiger schizophrene Symptome aufweist (vgl. O'hara, 1987, S. 217).

Postpartale Psychosen treten innerhalb der ersten sechs bis acht Wochen nach der Geburt auf und erreichen zwischen dem zehnten und dem zwanzigsten Tag ihren Höhepunkt (vgl. Mändle, 2015, S. 712). Somit gilt der erste Monat nach der Entbindung als besonders risikoreich für die Entwicklung einer Postpartalpsychose. Die Wahrscheinlichkeit zu erkranken ist in den ersten drei Monaten nach der Geburt dreizehn Mal höher als in den fünfzehn Monaten vor der Schwangerschaft. Im ersten Monat nach Entbindung ist das Risiko sogar 22 mal so hoch wie vor der Schwangerschaft (vgl. Riecher-Rössler, 1997, S. 103).

In zahlreichen Studien wurden biologische und psychosoziale Ursachen untersucht, die eine postpartale Psychose auslösen können. Dabei traten unter anderem Geburtskomplikationen, Schwangerschaftsabbrüche, Kaiserschnittentbindungen und Zwillingsgeburten in den Fokus. Auch frühkindliche Traumata können eine Psychose in der Postpartalzeit begünstigen. Diese vielseitigen möglichen Ursachen legen nahe, dass eine medikamentöse Therapie nicht ausreichend und zusätzlich eine Psychotherapie notwendig ist (vgl. Gröhe, 2003, S. 45).

Wie bereits erwähnt, ist eine stationäre Behandlung in der Regel unumgänglich. Grundsätzlich sollten Mutter und Kind bei der stationären Aufnahme nicht getrennt werden; es sei denn, es besteht akute Gefahr für das Kind (vgl. Biskup et al., 2014, S. 286). Durch die zusätzliche Gabe von Medikamenten lässt sich häufig bereits eine Verbesserung der Symptomatik nach einigen Tagen feststellen. Innerhalb der ersten Wochen scheinen die Patientinnen zunächst frei von depressiven, manischen oder schizophrenen Beschwerden. Dennoch kommt es zu Folgeerscheinungen, die mit Unsicherheit und Ängsten gegenüber dem Kind verbunden sind. In dieser Zeit braucht die Frau viel Unterstützung im Umgang mit ihrem Kind; gegebenenfalls

kann eine Mutter-Kind-Therapie in Anspruch genommen werden. Sie hat zum Ziel, dass die Mutter ihre Selbstzweifel ablegt und schrittweise Verantwortung für ihr Kind zu übernehmen lernt und so die Mutter-Kind-Bindung ausgebaut wird (vgl. Rohde, 2004, S. 61).

Durch die konsequente Therapie mit Medikamenten und professioneller psychologischer sowie therapeutischer Unterstützung ist die Prognose für die Genesung bei erstmaligem Auftreten der Erkrankung sehr günstig; die Wahrscheinlichkeit des Wiederauftretens bei einer weiteren Geburt ist jedoch sehr hoch (vgl. Biskup et al., 2014, S. 286).

2.4 Akute Belastungsreaktionen und Posttraumatische Belastungsstörung in der Postpartalzeit

Traumatische Ereignisse können auf vielseitigen Erlebnissen beruhen. Dazu gehören zum Beispiel schwere Autounfälle, Naturkatastrophen oder Missbrauchserfahrungen. Alle Ereignisse haben gemeinsam, dass sie als massive körperliche und seelische Bedrohung wahrgenommen wurden (vgl. Knaevelsrud, Liedl & Stammel, 2012, S. 16). Der aus dem Griechischen stammende Begriff „Trauma“ bedeutet übersetzt „Wunde“ und beschreibt die Konfrontation mit einem bedrohlichen Ereignis, das in einer Person Gefühle des Entsetzens und des Schocks ausgelöst hat (vgl. Bloemeke, 2015, S. 24). Eine Geburt kann unter anderem dann als traumatisch erlebt werden, wenn sie traumatische Vorerfahrungen hervorruft oder wenn sie aus verschiedenen Gründen als negativ empfunden wird (vgl. Bloemeke, 2015, S. 37 ff.).

Nach einem traumatischen Ereignis stellt sich häufig zunächst eine akute Belastungsreaktion als Folge des erlebten körperlichen oder seelischen Stresses ein. In einigen Fällen kann diese posttraumatische Reaktion in eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) münden. Als Symptome werden eine stetige Alarmbereitschaft von Körper, Geist und Seele beschrieben, die mit starker Angst, unkontrolliertem Zittern sowie Schlaf- und Konzentrationsstörungen verbunden ist. Nachts wird das traumatisch Erlebte in Alpträumen rekonstruiert und am Tag tauchen plötzlich bildhaft schmerzliche Erinnerungen auf, welche große Panik bei den Erkrankten auslöst. Die körperlichen Symptome der posttraumatischen Reaktion klingen häufig nach wenigen Wochen ab. Das Ereignis bleibt jedoch längerfristig in den Gedanken der Betroffenen. Nach rund einem Vierteljahr finden Erkrankte Kraft, die Erfahrung aus einem anderen Blickwinkel betrachten (vgl. Bloemeke, 2015, S. 25 ff.). Die akute Belastungsreaktion wird im ICD-10 unter der übergeordneten Kategorie F43 „Reaktionen auf schwere Belastun-

gen und Anpassungsstörungen“ verordnet und als vorübergehende Störung mit wechselhaften Symptomen beschrieben (vgl. ICD-10-GM, 2018d).

Klingen die Gedanken an das bedrohliche Ereignis nicht ohne Unterstützung ab, so spricht man von einer PTBS. Die oben genannten Symptome bleiben weiterhin bestehen, können chronisch werden und eine Veränderung der Persönlichkeit bewirken. Grundsätzlich gilt, dass ein einmal stattgefundenes und nicht von Menschen verursachtes Trauma schneller bewältigt werden kann, als ein andauerndes, wiederkehrendes und von Menschen beeinflusstes Trauma (vgl. Bloemeke, 2015, S. 27 ff.). In der Fachliteratur wird in diesem Zusammenhang zwischen Typ-I- und Typ-II-Traumata unterschieden. Typ-I-Traumata beinhalten einmalige Ereignisse von kürzerer Dauer. Dazu zählen beispielsweise Verkehrsunfälle oder Vergewaltigungen. Typ-II-Traumata beschreiben länger andauernde oder wiederholte Ereignisse, zum Beispiel sexueller Kindesmissbrauch oder Kriegsgefangenschaft (vgl. Knaevelsrud et al., 2012, S. 17). Die PTBS ist ebenso wie die akute Belastungsreaktion im ICD-10 unter F43 verortet. Neben den bereits genannten Symptomen wird hier auch der wechselhafte Verlauf betont. In den meisten Fällen kann jedoch mit einer Heilung gerechnet werden. Nur in wenigen Ausnahmen kommt es zu dem genannten chronischen Verlauf mit Persönlichkeitsänderung (vgl. ICD-10-GM, 2018d).

Daraus lässt sich ableiten, dass die Geburt an sich ein einmaliges Ereignis von kürzerer Dauer darstellt und durch bestimmte Einflüsse, zum Beispiel eine unangemessene Betreuung der gebärenden Frau in Form von psychischer und körperlicher Gewalt unter der Geburt (vgl. Mundlos, 2015, S. 35 ff.), zu einem Traumata Typ-I führen kann. Eine Geburt, die vortraumatische Erlebnisse, wie zum Beispiel Kindesmissbrauch, hervorruft und dadurch ein Trauma nach der Entbindung auslöst, kann dem Typ-II zugeordnet werden. Zu bedenken ist, dass sich der TYP-II vermutlich eher auf das langanhaltende und wiederkehrende Erlebnis aus der Kindheit bezieht. Görner vertritt den Standpunkt, dass der Großteil an Menschen physisch und psychisch nicht mehr so belastbar ist und es deshalb vermehrt zu der Diagnose „postpartales Trauma“ kommt (vgl. Görner, 2014, S. 93).

Eine kanadische Erhebung „PTSD following childbirth: A prospective study of incidence and risk factors in Canadian women“ aus dem Jahr 2012 hat die Inzidenz und den Verlauf von PTBS in der Zeit nach der Geburt evaluiert. Beobachtet wurden 308 Frauen, dessen psychischer Zustand zu unterschiedlichen Zeitpunkten (in der 25. bis 40. Schwangerschaftswoche, vier bis sechs Wochen nach der Geburt und drei bis sechs Monate nach der Geburt) bewertet wurde. Neben ausgeteilten Fragebögen zur Selbsteinschätzung, wurden auch strukturierte

Interviews durchgeführt. Die Auswertung hat ergeben, dass die Inzidenz, also die Wahrscheinlichkeit an einer postpartalen PTBS zu erkranken, einen Monat vor der Geburt am höchsten ist. Zu diesem Zeitpunkt wiesen sechs Prozent nach Auswertung der Selbsteinschätzungsbögen eine PTBS auf; die Interviews ergaben eine Quote von 1,1 Prozent. Es wurde außerdem ermittelt, dass die Vorgeschichte, zum Beispiel ein sexuelles Trauma, die Wahrscheinlichkeit erhöht, in der Postpartalzeit an einer PTBS zu erkranken (vgl. Verreault et al., 2012, S. 257 ff.). Die Studie zeigt sehr deutlich, dass die unterschiedlichen Erhebungsarten sich stark auf die Prävalenz auswirken können. Allgemein spricht man von einer Prävalenz von bis zu 6,9 Prozent aller Wöchnerinnen, die an einer PTBS erkranken (vgl. Drexelius, 2013, S. 7). Dies scheint augenscheinlich ein sehr geringer Prozentsatz zu sein. Werden jedoch die jährlichen Geburtszahlen herangezogen, so ergeben sich für das Jahr 2016 bei einer Inzidenz von einem Prozent und einer Geburtenanzahl von 792.000 in Deutschland lebendig geborenen Kindern (vgl. Statistisches Bundesamt, 2017) 7.920 erkrankte Frauen allein in Deutschland (eigene Berechnung).

Die Behandlung einer PTBS in der Postpartalzeit sollte sich nach Riecher-Rössler und Rohde nicht von der Behandlung derartiger Belastungen zu anderen Zeitpunkten unterscheiden. Dazu gehören hauptsächlich psychotherapeutische Gespräche und bei besonders ausgeprägten Fällen auch die Einnahme von Medikamenten (vgl. Riecher-Rössler & Rohde, 2005, S. 6 ff.).

3 Risikofaktoren für psychische Störungen nach der Geburt

Nachdem nun die unterschiedlichen psychischen Störungen in der Postpartalzeit herausgestellt wurden, befasst sich das folgende Kapitel mit den Risikofaktoren, die eine psychische Erkrankung in der Postpartalphase begünstigen. Dabei werden die Faktoren in vorgeburtliche Ursachen, aus der Geburt entstehende Ursachen und nachgeburtliche Ursachen kategorisiert.

3.1 Präpartale Faktoren

Der Zusammenhang zwischen hormoneller Umstellung und psychischen Veränderungen wird immer wieder mit den Ursachen für postpartale psychische Erkrankungen in Verbindung gebracht. Während der Schwangerschaft steigt der Östrogenspiegel um das Zweihundertfache an. Auch der Progesteronwert liegt viel höher als der normale Wert. Das Östrogen fördert während der Schwangerschaft beispielsweise die Bildung von Milchgängen und Progesterone fördern die Gefäßerweiterung bis zum Ende der Schwangerschaft (vgl. Hotz, 2014, S.62). Nach der Entbindung sinken beide Werte auf das normale Verhältnis ab. Jede Frau reagiert individuell auf den Abfall des Hormonspiegels, jedoch ist die Wahrscheinlichkeit beispielsweise an einer postpartalen Depression zu erkranken in dieser Umstellung besonders hoch. Neben den Geschlechtshormonen Östrogen und Progesteron können auch Stresshormone psychische Erkrankungen in der Postpartalzeit begünstigen. Im letzten Drittel der Schwangerschaft bis einige Tage nach der Entbindung reagiert das körpereigene System für die Ausschüttung von Hormonen in Stresssituationen verzögert. Kommt es in dieser Zeit zu vielen Stresssignalen, kann dies zu einer Überreaktion des Systems führen. Infolgedessen reagiert der Körper mit Herzrasen, Schweißausbrüchen und Panikattacken. Die Geburt kann außerdem eine Fehlfunktion der Schilddrüse hervorrufen und zu ähnlichen Symptomen wie gerade genannt führen. Hinzu kommen Nervosität, Reizbarkeit, Schlafprobleme und depressives Verhalten (vgl. Verein Postnatale Depression Schweiz, o. J.).

Für die Ursachenforschung sollte die Vorgeschichte der Mutter in den Blick genommen werden. Die Anzahl an Frauen, die in ihrem Leben vor der Geburt ihres Kindes sexuellen Missbrauch, sexuelle Nötigung oder andere Gewalterfahrungen erlebt haben, ist nach Bloemeke sehr hoch und gilt als Risikofaktor für die Entstehung postpartaler psychischer Belastungen (vgl. Bloemeke, 2015, S. 38). Frauen, die sexuellen Missbrauch in der Kindheit erfahren ha-

ben, zeigen bereits in der Schwangerschaft häufiger Beschwerden als Schwangere ohne Missbrauchserfahrungen. Diese äußern sich körperlich in starkem Unwohlsein, wodurch sie während der Schwangerschaft häufiger Untersuchungstermine vereinbaren. Aus psychischer Sicht zeigen sie ein höheres Stresslevel sowie depressive Symptome, einschließlich Suizidgedanken. Die Stadien der Schwangerschaft und die damit verbundenen körperlichen und psychischen Veränderungen können an die Missbrauchserfahrungen erinnern (vgl. Leeners, Richter-Appelt, Imthurn & Rath, 2006, S. 141 ff.). Die Schwangerschaft fungiert dadurch als sogenannter Trigger, indem selbst kleinste sensorische Reize mit dem ursprünglichen Erlebnis in Verbindung gebracht werden. Mit dem Fortschreiten der Schwangerschaft treten zunehmend weitere Trigger auf, beispielsweise die ersten spürbaren Bewegungen des Kindes, die von den Müttern nicht kontrolliert werden können und an die entzogene Macht über den eigenen Körper erinnern (vgl. Werth, Juen & König, 2014, S. 98). Die Geburt erfordert aufgrund des biologischen Vorgangs an genau der Körperstelle, welcher einst Gewalt zugefügt wurde, besonderes Vertrauen und Hingabe, sodass Vorerfahrungen und die damit einhergehenden Gefühle zurück geholt werden (vgl. Bloemeke, 2015, S. 38). Eindeutige Ergebnisse über Geburtskomplikationen bei vorhergegangenen traumatischen Erfahrungen gibt es jedoch nicht (vgl. Bröder, 2008, S. 21), werden von Werth aufgrund eigener Erfahrungen aus der Praxis und diversen Hebammenberichten jedoch vermutet (vgl. Werth et al., 2014, S. 100). Nach sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit leiden 74 bis 96 Prozent der Frauen an physischen und psychischen Beschwerden (vgl. Leeners et al., 2003, S. A716).

Die Wahrscheinlichkeit an psychischen Belastungen in der Postpartalzeit zu erkranken steigt, wenn bereits vor der Schwangerschaft eine psychische Erkrankung vorlag. Rund ein Drittel aller Frauen mit postpartalen Depressionen litten bereits vor der Schwangerschaft mindestens einmal unter einer psychiatrischen Erkrankung (vgl. Mitterhuber, 2009, S. 20). Die Schwangerschaft ist allgemein mit Stimmungsveränderungen verbunden. Diese können sich positiv oder negativ auf die bereits diagnostizierte psychische Erkrankung auswirken. Unter Umständen werden Symptome verstärkt oder durch weitere ergänzt. Nach der Entbindung steigt das Risiko für eine erneute Krankheitsperiode in Abhängigkeit der Art der psychischen Erkrankung an. Frauen, die bereits vor der Schwangerschaft unter einer Psychose litten, sind besonders gefährdet nach der Entbindung erneut zu erkranken. Genaue Zahlen gibt es jedoch nicht, da die Krankheitsverläufe individuell sind und zusätzlich durch die Medikation beeinflusst werden. Die Ursache für die erhöhte Anfälligkeit liegt im Zusammenspiel von der Empfind-

lichkeit auf hormonelle Veränderungen, der Veranlagung zu psychischen Erkrankungen sowie psychosoziale Faktoren (vgl. Rohde, Dorsch & Schaefer, 2015, S. 23 ff.).

Nicht nur die Situation vor der Schwangerschaft sondern auch die gegenwärtige Situation von Beginn der Schwangerschaft bis ins Wochenbett nimmt Einfluss auf die Anfälligkeit für postpartale psychische Erkrankungen. So spielt es nicht nur eine Rolle, was für ein Geburtserlebnis es zu bewältigen gilt, sondern auch welche Frau sich diesem stellen muss. Eine glückliche, sorgenfreie und gesunde Frau ist demnach weniger risikobehaftet als eine werdende Mutter in einer instabilen Partnerschaft, ohne ein unterstützendes soziales Umfeld und anderen Sorgen (vgl. Bloemeke, 2015, S. 38).

3.2 Peripartale Faktoren

Viele Frauen kämpfen weniger gegen das, was ihnen widerfahren ist, sondern empfinden es eher als belastend, wie mit ihnen unter der Geburt umgegangen wurde. Eine für Ärzt*innen und Hebammen als „normal“ empfundene Geburt kann für eine Frau durch unangemessenen menschlichen Umgang langfristige Störungen bedeuten (vgl. Bloemeke, 2015, S. 34). Christina Mundlos betitelt derartige Vorfälle als „Gewalt unter der Geburt“ sowie als „Tabuthema“ in Deutschland (vgl. Mundlos, 2015, S. 15). Was „klingt wie ein Widerspruch in sich“ (Franke, 2007, S. 2) ist nach Mundlos Alltag in deutschen Kreißsälen; dabei müsste man gerade im Rahmen einer Geburt ein fürsorgliches und unterstützendes Umfeld erwarten (vgl. Mundlos, 2015, S. 15). Nicht jede Handlung wird von jeder Frau als gewalttätig empfunden, sondern das individuelle Erleben gilt als subjektives Empfinden. Zu körperlicher Gewalt in der Geburtshilfe gehört jeder Eingriff, der medizinisch nicht begründet ist. Dazu zählen neben Kaiserschnitten oder dem manuellen Dehnen des Muttermundes auch unnötige, häufige und durch Grobheit Schmerzen verursachende Untersuchungen. Auch das medizinisch nicht erforderliche Einleiten der Geburt durch Wehenmittel ist ein Aspekt körperlicher Gewalt unter der Geburt (vgl. Mundlos, 2015, S. 36 ff.). Gewalt ist nicht nur ein körperliches Phänomen, sondern tritt weit aus früher auf. So gelten nach Franke Nötigung, Zwang, Willkür, Beschimpfung und Machtmissbrauch durch Geburtshelfer*innen zu gewalttätigen Handlungen im Kreißaal (vgl. Franke, 2007, S. 2). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat diese Thematik in einem amtlichen Bericht aufgegriffen und unterscheidet zwischen drei Formen der Gewalt: Die individuelle Gewalt, welche physisch und psychisch ausgeübt werden kann, die strukturelle Gewalt (zum Beispiel eine überfüllte und unterbesetzte Entbindungsstation) sowie Gewalt, die durch Richtlinien und Gesetze ausgeübt wird (vgl. Freedman et al., 2014,

S. 915). Gewalterfahrungen unter der Geburt können vielfältige Auswirkungen haben. Sie reichen von kurzlebiger Trauer und Wut bis zu schweren psychischen Erkrankungen. Häufig fällen Erstgebärende, die Gewalt unter der Geburt erlebt haben, die Entscheidung, keine weiteren Kinder bekommen zu wollen. Das psychische Befinden wird durch den Vertrauensbruch von Hebammen und Ärzt*innen, die eingeschränkte Handlungsfähigkeit und dem Gefühl des „Ausgeliefertseins“ negativ beeinflusst. Körperliche Gewalt ist ein Entzug der Rechte der gebärenden Frau (vgl. Mundlos, 2015, S. 169 ff.). Selbstzweifel und Versagensängste durch das subjektive Erleben der Geburt, verbunden mit körperlichen schmerzhaften Nachwirkungen können dann in die genannten schweren psychischen postpartalen Erkrankungen übergehen (vgl. Mundlos, 2015, S. 171). Eingriffe in den natürlichen Geburtsverlauf wirken sich unter Umständen auf das Selbstbewusstsein der Gebärenden aus, da ihr vermittelt wird, nicht aus eigener Kraft gebären zu können (vgl. Mundlos, 2015, S. 41). Diese Erfahrung wird deshalb als so schmerzlich empfunden, weil sie nicht rückgängig gemacht bzw. nachgeholt werden kann (vgl. Mundlos, 2015, S. 170). Neben Kaiserschnitten, dessen Auswirkungen im vierten Kapitel erläutert werden, gelten auch „Hilfsmittel“ wie die Saugglocke und die Geburtszange oder der sogenannte Kristeller-Handgriff zu Eingriffen in den natürlichen Geburtsverlauf. Geburten, bei denen die Instrumente Saugglocke (Vakuumextraktion) oder die Geburtszange (Forzeps-Entbindung) herangezogen werden, werden als vaginal-operative Entbindungen bezeichnet (vgl. Biskup et al., 2014, S. 263). Beide Instrumente sind notwendig, wenn es zu einem Geburtsstillstand kommt (vgl. ebd.) oder eine akute Gefahr für Mutter und Baby besteht und ein Kaiserschnitt nicht nötig ist oder nicht durchgeführt werden kann (vgl. Laue, 2012, S. 132). Bei der Vakuumextraktion wird eine Saugglocke auf den Kindsschädel gesetzt und durch den dadurch entstehenden Unterdruck mit der Wehe herausgezogen. Die Geburtszange ist eine spezielle Zange, die ohne Kraftanwendung um den Schädel des Babys gelegt wird und mit dessen Hilfe aus dem Geburtskanal gezogen wird (vgl. Biskup et al., 2014, S. 263 ff.). Eine weitere Möglichkeit dem Kind in der letzten Phase der Geburt auf die Welt zu verhelfen, ist der Kristeller-Handgriff. Er wurde vom deutsch-jüdischen Gynäkologen Samuel Kristeller erfunden (vgl. Pagel, 1901) und soll die „geburtsdynamischen Defizite der Rückenlage“ ausgleichen (vgl. Hildebrandt & Göbel, 2018, S. 29). Er kommt insbesondere bei Geburten mit Beckenendlage zum Einsatz oder bei Geburten, bei denen der Schädel schwer zu entwickeln ist (vgl. Biskup et al., 2014, S. 258). Um die korrekte Durchführung zu gewährleisten, muss die Stellung des kindlichen Rückens ermittelt sein, die Gebärende über den Handgriff aufgeklärt und vor allem mit dem Eingriff einverstanden sein. Anschließend drückt der/die Geburtshelfer*in mit beiden Händen flach auf den oberen Teil der Gebärmutter, um

das Kind gleichzeitig mit der Presswehe nach unten zu drücken (vgl. Scheurer, 2014, S. 272 ff.). Der Kristeller-Handgriff kann für die Gebärende ein sehr unangenehmer Eingriff darstellen, weshalb die sorgfältige Indikationsstellung sehr wichtig ist (vgl. Biskup et al., 2014, S. 258). Die Behandlungsmaßnahme ist beispielsweise angebracht, wenn die Gebärende aufgrund von Erschöpfung nicht ausreichend pressen kann (vgl. Scheurer, 2014, S. 271). Das Geburtserlebnis kann durch die Anwendung des Kristeller-Handgriffs negativ beeinflusst werden, da die Frau Kontrollverluste unter dem Geburtsprozess erfahren kann. Entgegen gewirkt wird diesem Umstand, wenn der Gebärenden die letzte komplette Kopfgeburt überlassen wird, sofern es die Situation zulässt. So bleibt der Kristeller-Handgriff lediglich eine unterstützende Hilfestellung. Eine Frau, die dem Eingriff nicht zustimmt, muss in jedem Fall wahrgenommen und darf nicht unter Druck gesetzt werden (vgl. Scheurer, 2014, S. 275). Eine unsachgemäße Durchführung und Aufklärung über den Eingriff kann ein traumatisches Erlebnis für die Mutter bedeuten (vgl. Kainer, 2016, S. 240).

Eine Vielzahl an medizinisch bedingten Komplikationen kann einen geburtshilflichen Notfall auslösen. Diese können in mütterliche Notfälle und Notfälle, die das Kind betreffen gegliedert werden. Zu den mütterlichen Notfällen zählen beispielsweise eine Uterusruptur, eine Fruchtwasserembolie oder atonische Blutungen. Die Uterusruptur beschreibt das Reißen der Gebärmutter, was einen absoluten Notfall darstellt und Mutter und Kind in akute Lebensgefahr bringt, da Muskelstränge und die sie versorgenden Blutgefäße zu reißen drohen (vgl. Hildebrandt & Göbel, 2018, S. 136 ff.). Eine Fruchtwasserembolie stellt ebenfalls einen lebensbedrohlichen Zwischenfall dar. Es handelt sich dabei um eine spezifische Form der Lungenembolie, bei der Fruchtwasser in den Kreislauf der Mutter dringt. Aufgrund keinerlei Warnzeichen ist ihr Verlauf besonders dramatisch und endet im schlimmsten Fall tödlich (vgl. Hildebrandt & Göbel, 2018, S. 142 ff.). Eine weitere schwerwiegende Geburtskomplikation beschreibt die atonische Blutung. Nach der Geburt der Plazenta zieht sich die Gebärmuttermuskulatur nicht zusammen. Dadurch kann die Blutung, die durch das Ablösen entstanden ist, nicht gestillt werden und es kommt zu hohem Blutverlust. Ab einem Blutverlust von 1000 Millilitern besteht die Gefahr, dass der Kreislauf der Mutter zusammenbricht. Verliert die Frau mehr als 1.500 Milliliter, so schwebt sie in Lebensgefahr (vgl. Hildebrandt & Göbel, 2018, S. 161 ff.). Zu den kindlichen Notfällen gehören unter anderem eine unerwartete Beckenendlage, Nabelschnurvorfälle oder die vorzeitige Ablösung der Plazenta. Jedes 30. Kind geht bei seiner Geburt mit seinem Becken voran (vgl. Hildebrandt & Göbel, 2018, S. 172). Die Beckenendlage birgt das Risiko, dass der Geburtskanal nicht ausreichend gedehnt wird,

sodass der Kopf nicht nachfolgen kann. Dies hat zur Folge, dass die Nabelschnur komprimiert wird und die Sauerstoffversorgung des Kindes nicht mehr gewährleistet werden kann. In diesem Fall spricht man vom Nabelschnurvorfall (vgl. Biskup et al., 2014, S. 258). Eine der häufigsten Ursachen für perinatale Todesfälle ist die vorzeitige Ablösung der Plazenta. Umso erschreckender ist es, dass dieser Vorfall bei 0,2 bis 2,6 Prozent aller Geburten auftritt. Eine Ablösung der Plazenta liegt dann vor, wenn kein Kontakt mehr zwischen der eingenisteten Plazenta und der Uteruswand besteht. Als vorzeitig wird sie betitelt, wenn dieser Prozess bereits vor der Geburt des Kindes geschieht. Je nach Größe der Ablösestelle, schwebt das Kind in Lebensgefahr (vgl. Hildebrandt & Göbel, 2018, S. 192). In allen genannten Fällen ist die Nachbetreuung der Eltern eine sehr wichtige Aufgabe. Für die Mutter ist der geburtshilfliche Notfall mit existenziellen Ängsten, in erster Linie um ihr Kind, verbunden. Zudem können Schuldgefühle hinzukommen, welche die ohnehin gedämpfte Stimmung negativ verstärken und zu postpartalen psychischen Erkrankungen führen (vgl. Hildebrandt & Göbel, 2018, S. 225).

Ein weiterer Risikofaktor ist die Frühgeburt eines Kindes. Wird ein Kind vor der 37. Schwangerschaftswoche geboren, so spricht man von einer Frühgeburt. Jährlich werden circa 15 Millionen Kinder weltweit zu früh geboren (vgl. Münzer, 2015, S. 297). Für eine Mutter, die von einer Frühgeburt bedroht bzw. dessen Baby vor der 37. Schwangerschaftswoche zur Welt gekommen ist, bedeutet dies eine mehrfache Belastung. Das abrupte Ende der Schwangerschaft hat zur Folge, dass ihr die Zeit für die innere Vorbereitung auf das Ereignis fehlt und die am Anfang der Schwangerschaft ausgemalten Erwartungen an die Geburt nicht mit der Realität übereinstimmen. Hinzu kommt die ständige Sorge um das Kind, was vornehmlich auf physischer Ebene mit dem frühen Ende der Schwangerschaft zu kämpfen hat. Um die Überlebenschancen des zu früh geborenen Kindes zu steigern, ist die Aufnahme auf der Kinderintensivstation unumgänglich. Dies bedeutet eine wochenlange körperliche Trennung von Mutter und Kind, was als hohe seelische Belastung empfunden werden kann. Auch in diesem Kontext ist es nicht selten der Fall, dass die Mutter Schuldgefühle plagt. Damit die seelische Belastung nicht größer wird und zu schwerwiegenden psychischen Krisen führt, bedarf es besondere Unterstützung und Begleitung bei der Verarbeitung der Geburt und in der Zeit des Wochenbetts (vgl. Imlau et al., 2016, S. 223).

Wird ein behindertes Kind geboren, so ist es zunächst nicht die Geburt als solche, sondern der Zeitpunkt der Feststellung, der als einschneidender Moment empfunden wird. Insbesondere dann, wenn die Behinderung erst nach der Geburt festgestellt wird und Eltern sich nicht schon

während der Schwangerschaft auf diesen Schicksalsschlag vorbereiten konnten, steigt das Risiko einer postpartalen Belastungsreaktion. Ausschlaggebend dafür sind die Art, wie es den Eltern mitgeteilt wurde und die Ausführlichkeit der Information. Positiv beeinflusst wird die Vermeidung einer postpartalen Belastungsreaktion, wenn Mutter und Kind sich angemessen begrüßen konnten und ein erster Kontakt bestand (vgl. Bloemeke, 2015, S. 32 ff.). Während der Schwangerschaft malt sich die Schwangere ihre Mutterrolle bildlich aus. Wie sie die Rolle gestaltet, ist abhängig von ihrer Lebensgeschichte, kulturell-gesellschaftlichen Aspekten, den eigenen Erwartungen und denen vom sozialen Umfeld. Wird nun nach der Entbindung klar, das Kind hat eine Behinderung, muss die Mutter ihr Rollenbild neu- bzw. umgestalten. Hierfür hat sie je nach ihrer Lebensgeschichte keine klaren Vorbilder und auch die gesellschaftlichen Erwartungen sind unüberschaubar. Die Eltern selbst und auch das Umfeld reagiert verunsichert auf das behinderte Kind, sodass die Eltern statt Unterstützung eher Rückzug erfahren. Wie auch bei einem gesunden Kind müssen die eigenen Bedürfnisse zurück gestellt werden; bei einem Kind mit Behinderung vermutlich noch stärker, sodass ein größeres Risiko, an postpartalen psychischen Belastungen zu erkranken, gegeben ist (vgl. Denk, 2015, S. 43 ff.).

Ebenso der Tod eines Kindes ist ein schwerer Schicksalsschlag und mit großem Schmerz verbunden. Dabei ist es unwichtig, ob dies vor, während oder gleich nach der Geburt geschieht. Gerade noch war die Freude über die Schwangerschaft und das Baby präsent und im nächsten Moment tritt Fassungslosigkeit, Wut, Trauer und Enttäuschung an diese Stelle. Häufig bekommen Eltern vermittelt, der Verlust sei nicht so tragisch wie der eines bereits älteren Kindes; wie als habe das Kind im Bauch noch nicht gelebt (vgl. Imlau et al., 2016, S. 235 ff.). So war es bis in die 1970er Jahre nahezu „normal“, Eltern, die eine Totgeburt erfahren haben, wenig Beachtung zu schenken. Es wurde angenommen, dass erst nach der Geburt eine Bindung zum Kind besteht. Um die Gebärende nicht unnötig zu belasten, verzichtete man auf Gespräche über den erlebten Schicksalsschlag (vgl. Kuse-Isingschulte, Beutel, Hahlweg, Stauber & Schneider, 1996, S. 380). Heute lässt sich sagen, dass der Verlust eines Kindes während oder unmittelbar nach der Geburt oft schmerzhafter erlebt wird, als der Tod eines nahestehenden Erwachsenen. Durch den unerwarteten Verlust werden bedrohliche und ängstigende Gefühlsreaktionen ausgelöst; hinzu kommen Schuld- und Schamgefühle, welche die krisenhafte Reaktion verstärken (vgl. Ditz, 2001, S. 212). Egal ob Fehlgeburt, Totgeburt oder Neugeborenentod, immer sollte den Eltern Platz zum Trauern gegeben werden. Die Trauerphase gibt Kraft und neuen Mut. Wird sie verdrängt, wird die Freude am Leben vermutlich

nicht zurückkehren und stattdessen Depressionen das Leben bestimmen (vgl. Lothrop, 2014, S. 52 ff.).

3.3 Postpartale Faktoren

Jede Frau erlebt die Geburt ihres Kindes individuell. Nicht selten platzt der Traum der vorgestellten Traumgeburt. Mit ihr verbundene Wunschvorstellungen und Hoffnungen lassen sich nicht immer erfüllen. Dabei sind die Vorstellungen der Frauen nicht unrealistisch. In den meisten Fällen sind die Frauen nicht darauf vorbereitet, ihren Körper in die Hände fremder Fachkräfte zu legen, die gegebenenfalls in den natürlichen Geburtsverlauf eingreifen (müssen). Wie im vorherigen Abschnitt berichtet, ist es überwiegend die Art der Betreuung, die den Müttern nach der Entbindung zu schaffen macht und das Gefühl der Unzufriedenheit mit der Geburt auslöst (vgl. Imlau et al., 2016, S. 271). Je fester die Vorstellungen über die gewünschte Geburt in den Köpfen der Frauen verankert sind, desto größer ist die Enttäuschung über das tatsächliche Geburtserlebnis. Oftmals geben sich die Mütter selbst die Schuld für die geplatzte Traumgeburt, ohne darüber nach zu denken, dass die Gründe für die Enttäuschung nicht in ihrer Hand lagen (vgl. Börgens, 2010, S. 41 ff.).

Ein einschneidendes Erlebnis stellt auch die Trennung von Mutter und Kind in der Zeit unmittelbar nach der Geburt und des Wochenbetts dar. Jede Trennung aus unterschiedlichen Gründen ist für die Eltern zunächst ein Moment des Schocks. Mütter fühlen sich ihres Kindes „beraubt“, vor allem dann, wenn sie nicht ausreichend über die Situation informiert wurden. Um spätere Bindungsstörungen zu vermeiden, ist es erforderlich, einen möglichst zügigen Kontakt zwischen Eltern und Kind herzustellen. Andernfalls könnten sich die Eltern emotional abgrenzen, eine Bindung vermeiden und Besuche als unangenehm empfinden (vgl. Brisch, 2013, S. 131). Hildebrandt und Göbel berichten außerdem, dass der Kontakt zwischen Mutter und Kind einer der wichtigsten biologischen Stabilisationsmechanismen ist und sich insbesondere bei Neugeborenen mit Defiziten positiv auf die Bindung und das Wohlbefinden auswirkt (vgl. Hildebrandt & Göbel, 2018, S. 26). Zudem kann sich bei der Wiedervereinigung von Mutter und Baby der Gedanke einschleichen, dass es sich bei dem Kind nicht um das eigene Kind handelt und vielleicht eine Verwechslung vorliegt (vgl. Bloemeke, 2011, S. 33).

Die Geburt eines Kindes geht immer mit einer Veränderung des bisherigen Lebens einher. Mit der Geburt ist es die Aufgabe beider Elternteile, sich in die neue Rolle als Mutter und Vater einzufinden. Bereits in der Schwangerschaft findet eine Veränderung der eigenen Identität und eine Wandlung auf der Paarebene statt (vgl. Imlau et al., 2016, S. 194). Oftmals stre-

ben Mütter nach hohem Perfektionismus im Ausüben ihrer neuen Rolle. Unmittelbar nach der Entbindung sind die Erwartungen an sich selbst am höchsten und im Laufe des Wochenbetts regulieren sich die hohen Ansprüche von selbst. Findet diese Normalisierung nicht statt, so könnte man die Hypothese aufstellen, dass die bleibende hohe Ideal-Selbstvorstellung eine spätere Depression auslösen kann. Die neue Lebensumstellung hat zur Folge, dass bisherige Ideale zunächst aufgegeben werden. Dazu zählen die berufliche Verwirklichung und die Rolle innerhalb der Paarbeziehung. Dadurch könnte sich der Idealismus aus anderen Lebensbereichen in die Idealisierung der Mutterrolle verschieben. Erhält die Mutter in ihrem Perfektionsbestreben keine Unterstützung, wird sie dem eigenen Druck vermutlich nicht standhalten und psychische Belastungen können die Folge sein (vgl. Bonardi & Grube, 2011, S. 44 ff.).

Zu dem idealen Mutterbild gehört für den Großteil der Menschen auch, dass es für das Kind das Beste sei, es zu stillen. Aussagen wie „Jede Frau kann stillen!“ setzen Mütter zusätzlich unter Druck, der hohen Leistungsanforderung standzuhalten. Dabei ist es ganz normal, dass die Stillbeziehung anfänglich nicht ohne Schwierigkeiten verläuft. Einige Frauen haben trotz großer Bemühungen Probleme das Kind zu sättigen und schlicht weg zu wenig Muttermilch. Andere entscheiden sich gegen das Stillen, um unabhängiger zu sein und könnten dabei durch das Umfeld kritisiert werden. Das Zurückgreifen auf die Flasche kann bei der Mutter Gefühle des Versagens auslösen und eine gegebenenfalls bereits bestehende postpartale Krise verstärken (vgl. Bloemeke, 2011, S. 174 ff.).

Weitere Ursachen psychischer Belastungen in der Postpartalzeit liegen in den äußeren und gesellschaftlichen Umständen. Bevor sich eine Schwangerschaft ankündigt, sind die Frauen vermutlich im Berufsleben, bekommen für ihre Arbeit Anerkennung und Entlohnung, sind täglich unter Menschen und können ohne Rücksicht soziale Kontakte pflegen. Mit der Geburt des Kindes ändert sich der Alltag. Der Tagesrhythmus richtet sich nach dem des Kindes; Abläufe und Aufgaben im Bezug auf das Baby sind überwiegend dieselben. Vielen Müttern mag dies „eintönig“ vorkommen. Antwortet sie auf die Frage, was sie beruflich mache, mit „Hausfrau und Mutter“, so erhält sie oftmals nur wenig Anerkennung, denn der Mensch wird stark danach bemessen, was er/sie beruflich macht und wie viel Geld er/sie dafür bekommt. Die radikale Veränderung der Lebensumstände, durch den (zeitweiligen) Verlust von Anerkennung und Kontakten, der geringen Schätzung der Familienarbeit und dem Gefühl, ständig im Dienste des Kindes zu sein, kann dazu beitragen, in ein postpartales Stimmungstief zu rutschen (vgl. Börgens, 2010, S. 45 ff.).

4 Die Rolle des Kaiserschnitts und seine möglichen Auswirkungen auf das physische und psychische Befinden schnittentbundener Frauen

Der potenzielle Risikofaktor Kaiserschnitt wurde bisher nur genannt und wird in diesem Kapitel näher beleuchtet. Glaubt man dem römischen Schriftsteller Plinius, so bekam der operationale Eingriff seinen Namen durch den ersten Kaiser, welcher durch eine Schnittentbindung zur Welt kam („Sectio Caesera“ = „Kaiserschnitt“). Der römische Ausdruck findet bis heute Verwendung. Mittlerweile gilt die Schnittentbindung als Standardverfahren bei verschiedenen kindlichen oder mütterlichen Indikationen (vgl. Skibbe & Löseke, 2013, S. 276).

4.1 Entwicklung der Sectiorate

Die Kaiserschnitttrate, auch Sectiorate genannt, ist in innerhalb der letzten Jahre in Deutschland erheblich gestiegen. Während 1991 lediglich 15,3 Prozent aller im Krankenhaus stattgefundenen Entbindungen einer Kaiserschnittgeburt entsprach, liegt die Quote 2016 bei 30,5 Prozent bei insgesamt weniger Geburten. Innerhalb von zwei Jahrzehnten hat sich der Wert verdoppelt, sodass in Deutschland mittlerweile jedes dritte Kind per Kaiserschnitt zur Welt kommt (vgl. Statistisches Bundesamt, 2016). Die Zahlen spiegeln die kontinuierlich steigende Kaiserschnitttrate in den meisten europäischen Ländern seit den 1990er Jahren wieder. Deutschland gehört dabei zu den Ländern mit den höchsten Sectioraten (vgl. Kolip, Nolting & Zich, 2012, S. 11).

Um die Ursachen für die ansteigende Sectiorate herauszustellen, muss die Unterscheidung zwischen primärer und sekundärer Sectio betrachtet werden. Bei einer primären Sectio wird der Kaiserschnitt vor dem Beginn der Wehentätigkeit durchgeführt (vgl. Skibbe & Löseke, 2013, S. 277). Er kann geplant werden und findet meistens sieben bis zehn Tage vor dem errechneten Geburtstermin statt (vgl. Biskup et al., 2014, S. 264). Ist zunächst der natürliche Geburtsweg geplant und es kommt aufgrund unvorhersehbarer Indikationen zu einem Kaiserschnitt, handelt es sich um eine sekundäre Sectio (vgl. Skibbe & Löseke, 2013, S. 277). Innerhalb der letzten Jahre hat sich zudem zusätzlich der Begriff „Wunschsectio“ etabliert, bei dem die Schwangere ohne die medizinische Notwendigkeit nach einem Kaiserschnitt verlangen kann (vgl. Rott, Siedentopf, Schücking & Kentenich, 2000, S. 887).

Eine Ursache für die steigende Sectionrate ist die medizinisch-technische Verbesserung in den letzten Jahren, die das mütterliche Sterberisiko verringert hat. Ein Kaiserschnitt wird jetzt nicht erst in einem akuten Notfall veranlasst, sondern ermöglicht die Intervention bereits bei drohender Gefährdung. Durch sichere Narkoseverfahren, ausreichend Blutersatz und Antibiotikatherapien konnte das Sterberisiko bei Schnittentbindungen stark gesenkt werden (vgl. Vorhemus, 2013, S. 27). Auch für das Kind hat sich aufgrund medizinisch-technischer Fortschritte das Risiko von Gesundheits- und Lebensgefährdung reduziert. Die Entscheidung, einen Kaiserschnitt durchzuführen, basiert heute nicht mehr nur aufgrund der Gefährdung des mütterlichen Lebens, sondern auch dem des Kindes. Mittels moderner apparativer Überwachung des Kindes, zum Beispiel durch regelmäßige Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft, können frühzeitig Geburtskomplikationen prognostiziert werden. Eine festgestellte Beckenendlage stellt immer eine risikobehaftete vaginale Geburt dar, weshalb sich im Vorwege häufig für eine primäre Sectio entschieden wird, damit das Leben des Kindes zum Beispiel nicht durch einen Nabelschnurvorfall gefährdet wird (vgl. Lutz, Kolip & Glaeske, 2006, S. 19). Ein beispielsweise zu hohes festgestelltes Geburtsgewicht kann ebenfalls dazu führen, dass eine primäre Sectio geplant wird, um die mütterlichen Geburtswege nicht zu verletzen (vgl. Vorhemus, 2013, S. 30 ff.). Die starke Technisierung hat jedoch auch zur Folge, dass bereits kleinste Normabweichungen als pathologisch gewertet werden und dazu führen, dass eine Sectio stattfindet, obwohl diese nicht in jedem der Fälle notwendig ist (vgl. Lutz et al., 2006, S. 20).

Neben dem technisch-medizinischen Fortschritt werden auch systembedingte, finanzielle und rechtliche Aspekte mit der steigenden Kaiserschnitttrate in Verbindung gebracht. Für ein Krankenhaus sind vaginale Geburten mit einem wesentlich höheren Personal- und Organisationsaufwand verbunden, als eine geplante Kaiserschnittgeburt. Eine vaginale Geburt kann zehn oder mehr Stunden andauern. Ein geplanter Kaiserschnitt hingegen beansprucht nur 60 Minuten. Während der vaginalen Geburt müssen Hebammen, Gynäkolog*innen, Kinderärzt*innen und Anästhesist*innen ständig in Bereitschaft sein. Unter Umständen kann dies zu enormen Schwierigkeiten in der Planung führen, wenn man bedenkt, dass sich gegebenenfalls mehrere Frauen gleichzeitig im Endstadium ihrer Schwangerschaft befinden und Geburten sich überwiegend in der Nacht ankündigen. Eine primäre Sectio kann stattdessen zeitlich geplant werden (vgl. Lutz et al., 2006, S. 22). Aus finanzieller Sicht scheint ein Kaiserschnitt für die Kliniken ebenfalls lohnenswert zu sein. Den Krankenhäusern wird eine komplikationslose primäre Sectio mit rund 2.802 Euro von den Krankenkassen vergütet. Für

eine vaginale Geburt in der Klinik zahlen die Krankenkassen bei einer Verweildauer von drei Tagen circa 1.805 Euro (vgl. GKV-Spitzenverband, 2017). Aus gesellschaftlicher Perspektive lohnt sich die natürliche Geburt, da sie für die Solidargemeinschaft erheblich günstiger ist und mit jeder natürlichen Entbindung rund 1.000 Euro gespart werden (eigene Berechnung). Würde sich die Sectiorate um die Hälfte reduzieren, läge hier ein hohes Einsparungspotenzial. Auf der anderen Seite ist eine Kaiserschnittgeburt nach der Entbindung mit größerem Aufwand verbunden, da die Patientinnen im Schnitt einen längeren Klinikaufenthalt durch die Folgen der Operation haben. Die Verweildauer einer spontan entbundenen Frau liegt durchschnittlich bei 3,4 Tagen, bei einer Frau mit Sectio bei 4,9 Tagen (vgl. Knappe, 2010, S. 178). Vermuten lässt sich zudem, dass privatversicherte Frauen häufiger einen Kaiserschnitt erfahren. Zwar sind die Leistungen für alle Versicherten gleich vergütet, jedoch verfügen Privatpatientinnen meistens über Zusatzversicherungen, welche zu wählende Optionen, beispielsweise Chefarztbehandlungen und Zweibettzimmer, zusätzlich vergüten. Lutz und Kolip vermuten, dass dies ein Anreiz sein könnte, bei Privatpatientinnen häufiger eine Sectio durchzuführen (vgl. Lutz et al., 2006, S. 23). Da die Krankenhausfinanzierung stetig dynamischen Entwicklungsprozessen unterliegt und jedes Krankenhaus hinsichtlich Personalschlüssel und Prozessabläufe unterschiedlich aufgestellt ist, ist auch die Gewinnsituation für jede Klinik individuell. Pauschale Aussagen über die Effekte einer primären Sectio und der vaginalen Geburt können kaum getroffen werden (vgl. Knappe, 2010, S. 179). Betrachtet man die Geburt aus rechtlicher Sicht, ist festzustellen, dass die Geburtshilfe in der Medizin als Hochrisikosituation, die mit den höchsten Haftversicherungsprämien und teuersten Schadensfällen verknüpft ist, gilt. Vermehrt konnten Gutachten im Schadenfall ermitteln, dass dieser mit einer mangelhaften Überwachung unter der Geburt und einem versäumten Kaiserschnitt einher ging. In Deutschland stiegen sowohl die Meldungen von Schadensfällen, als auch der durchschnittliche finanzielle Aufwand für den Schaden an. Diese Entwicklung trägt dazu bei, dass zunehmend Versicherungsgesellschaften den Markt verlassen und nur noch wenige Versicherungen bereit sind, Ärzt*innen und Krankenhäuser gegen die beruflichen Risiken zu versichern. Als Folge dessen, steht oftmals die juristische Absicherung der Geburtshelfer*innen im Fokus und weniger die Belange der Gebärenden (vgl. Lutz et al., 2006, S. 24 ff.).

Eine Frau, die sich entscheidet ein Kind bekommen zu wollen, muss nach wie vor Einschränkungen am Arbeitsmarkt hinnehmen. Dies hat zur Folge, dass der Kinderwunsch oftmals aufgeschoben wird. Die Schwangeren sind heutzutage durchschnittlich deutlich älter bei der Ge-

burt des ersten Kindes. 2015² lag das durchschnittliche Alter bei der Geburt des ersten Kindes bei 29,6 Jahren (vgl. Statistisches Bundesamt, o. J.-a). Von 737.575 lebendgeborenen Kindern im Jahr 2015 waren sogar 36.291 Mütter bei der Geburt 40 Jahre und älter (vgl. Statistisches Bundesamt, o. J.-b). Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko der komplikationsreichen vaginalen Geburt, weshalb oftmals vorsorglich ein Kaiserschnitt durchgeführt wird (vgl. Lutz et al., 2006, S. 26).

Ein weiterer Faktor für die steigende Rate ist das Selbstbestimmungsrecht der Frau. Wie bereits erwähnt ist der Kaiserschnitt durch den medizinisch-technischen Fortschritt zu einer sicheren Entbindungsalternative geworden, die zunehmend an Akzeptanz in der Gesellschaft gewinnt und so vermutlich auch zum Anstieg der Sectorate beigetragen hat. Werdende Eltern können aus einer Vielzahl von Möglichkeiten wählen, wie ihr Kind zur Welt kommen soll. Neben der Entbindung in Geburtshäusern, Hausgeburten oder Klinikgeburten ist auch der Wunschkaiserschnitt vermehrt zu einer Alternative geworden. Die Medien transportieren die Option Wunschkaiserschnitt zusätzlich und Prominente berichten dabei von den Vorzügen, die ein geplanter Kaiserschnitt mit sich bringt (vgl. Lutz et al., 2006, S. 29 ff.). Die Annahme, die steigende Nachfrage nach einem Kaiserschnitt auf Wunsch sei ein Faktor für die steigende Sectorate, widerlegen Hainer und Kowalcek. Sie führten zwischen Oktober 2004 und Januar 2005 eine Stichprobe mit 534 Schwangeren durch, um deren Wünsche an den Geburtsmodus zu evaluieren. Die Befragten erhielten Fragebögen, die sich auf soziodemografische Angaben und die Beurteilung des Geburtsmodus fokussierten. Die Befragung hat ergeben, dass der Anstieg der Rate nicht durch den Wunsch der Schwangeren bedingt ist. Die Schwangeren priorisierten eine natürliche Geburt; 61,4 Prozent der Schwangeren gaben an, dass die Natürlichkeit der vaginalen Geburt das bedeutsamste Kriterium sei. Die Vorzüge eines Kaiserschnitts stellten keine wichtigen Kriterien für sie dar (vgl. Hainer & Kowalcek, 2011, S. 37).

Lutz und Kolip führen als weiteren Faktor für die steigende Sectorate an, dass die sinkenden Geburtszahlen dazu anhalten, den Wettbewerb der Kliniken untereinander zu verschärfen und das Angebot der primären Sectio als Marketinginstrument einzusetzen, um keine Frau an eine konkurrierende Klinik abgeben zu müssen (vgl. Lutz et al., 2006, S. 23).

² Daten für 2016 und 2017 sind bisher noch nicht veröffentlicht.

4.2 Indikationen für einen Kaiserschnitt

Bei der Suche nach Gründen, weshalb Kaiserschnitte angeordnet werden, wird grundsätzlich zwischen absoluten und relativen Indikatoren unterschieden. Ist das Leben von Mutter und Kind akut gefährdet und der Kaiserschnitt die einzige Alternative, spricht man von absoluten Indikationen. Lediglich zehn Prozent aller Kaiserschnittentbindungen werden aufgrund akuter lebensbedrohlicher Indikationen durchgeführt. Können die Risiken jedoch abgeschätzt werden, handelt es sich um relative Indikationen. Diese sind Auslöser für 90 Prozent aller Schnittentbindungen (vgl. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, 2010, S. 3³). Bei den relativen Indikatoren ist im Einzelfall unter Einbezug der Schwangeren, ihrem Partner oder anderen Angehörigen sowie dem zuständigen Krankenhauspersonal abzuwägen, welcher Geburtsmodus das geringste Gefährdungsrisiko birgt. In Anbetracht der Häufigkeit einer Sectio aufgrund relativer Indikationen ist zu mutmaßen, dass diese für den Anstieg der Sectiorate von großer Relevanz sind (vgl. Kolip, Nolting & Zich, 2012, S. 17). Aus der folgenden Tabelle können sowohl die am häufigsten genannten absoluten sowie relativen Indikationen entnommen werden.

Tabelle 1: Absolute und relative Sectioindikation⁴

Absolute Indikation zum Kaiserschnitt	Relative Indikation zum Kaiserschnitt
Querlage	Vorangegangener Kaiserschnitt oder nach vaginal-plastischen Operationen
Absolutes Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichen Becken	Pathologisches CTG ⁵
Beckendeformitäten	Protrahierte Geburt, Geburtsstillstand, mütterliche Erschöpfung
(Drohende) Uterusruptur	Beckenendlage
Plazenta praevia ⁶	Fetale Makrosomie (Gewicht des Kindes über 4.500 g)
Vorzeitige Plazentaablösung	Verdacht auf relatives Missverhältnis zwischen Kindgröße und mütterlichem Becken
Fetale Azidose ⁷	Mehrlingsschwangerschaft

³ Wird derzeit überarbeitet.

⁴ Eigene Darstellung basierend auf: Kolip, P., Nolting, H.-D. & Zich, K. (2012). Faktencheck Gesundheit. Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

⁵ Auffällige kindliche Herztöne (vgl. Kolip, Nolting & Zich, 2012, S. 18).

⁶ Plazenta versperrt den Geburtskanal (vgl. Kolip, Nolting & Zich, 2012, S. 16).

Amininfektionssyndrom ⁸	
Eklampsie und HELLP-Syndrom ⁹	
Nabelschnurvorfal	

Allerdings begründen nicht nur absolute und relative Indikationen eine Kaiserschnittentbindung, sondern es werden ebenso medizinisch unbegründete, welche auf organisatorischen und psychologischen Gründen basieren, durchgeführt. Aufgrund der gesunkenen Geburtszahlen wurde die Personalkapazität auf den Entbindungsstationen gekürzt, wodurch das Pflegepersonal möglicherweise nicht mehr in der Lage ist, jeder Gebärenden gerecht zu werden. Die nicht ausreichende Personalbesetzung von Hebammen und die mangelnde Erfahrung, beispielsweise mit vaginalen Geburten in Beckenendlage, führen womöglich zu der Entscheidung, einen Kaiserschnitt durchzuführen (vgl. Kolip, Nolting & Zich, 2012, S. 20 ff.). Ein daraus resultierender Effekt ist, dass immer weniger „Sonntagskinder“ bzw. generell weniger Kinder am Wochenende geboren werden. Besonders hoch sind die Geburtszahlen am Freitag (vgl. Becker, 2005). Mundlos führt dies auf die zunehmende Einflussnahme auf die Dauer der Geburt mittels zahlreicher Interventionen zurück. So vermutet sie, dass vaginale Geburten, die freitags beginnen, extern beschleunigt werden, damit das Kind noch vor dem Wochenende, welches personell weniger stark besetzt ist, zur Welt kommt. Als Beschleunigung wird dann auch auf das operationale Mittel Kaiserschnitt zurückgegriffen (vgl. Mundlos, 2015, S. 43).

Ferner plagen die werdenden Mütter Ängste und Sorgen vor der vaginalen Geburt und dem daran gekoppelten Geburtsschmerz, sodass diese psychische Indikation ebenfalls einen Kaiserschnitt hervorrufen kann. Eine ausführliche psychologische Beratung und die Aufklärung über mögliche Folgen eines Kaiserschnitts sind an dieser Stelle erforderlich. Eine geplante Sectio sollte erst nach einem ausführlichen Informationsgespräch mit der Schwangeren und der anschließenden Zustimmung der Frau stattfinden. Zu hinterfragen ist, ob eine Wunschsectio als Indikation für einen Kaiserschnitt gilt. Befürworter führen an, dass allein das Selbstbestimmungsrecht ein ausschlaggebender Grund für eine Wunschsectio sei, zumal medizinische Argumente gegen einen Kaiserschnitt in der Minderheit sind. Die Beweggründe der Mütter zu einer Wunschsectio sind vielschichtig und reichen von der Wahl eines spezifischen Geburtsdatums bis zur Abstimmung mit anderen Terminen (vgl. Kolip, Nolting & Zich,

⁷ Sauerstoffmangel beim Kind (vgl. Kolip, Nolting & Zich, 2012, S. 17).

⁸ Infektion der Eihöhle (vgl. Kolip, Nolting & Zich, 2012, S. 17).

⁹ Lebensbedrohliche Schwangerschaftserkrankungen (vgl. Kolip, Nolting & Zich, 2012, S. 17).

2012, S. 20 ff.). Weitere Indikationen, die für einen Kaiserschnitt sprechen, haben Hainer und Kowalcek mit ihrer bereits in Abschnitt 4.1 vorgestellten Stichprobe ermittelt.

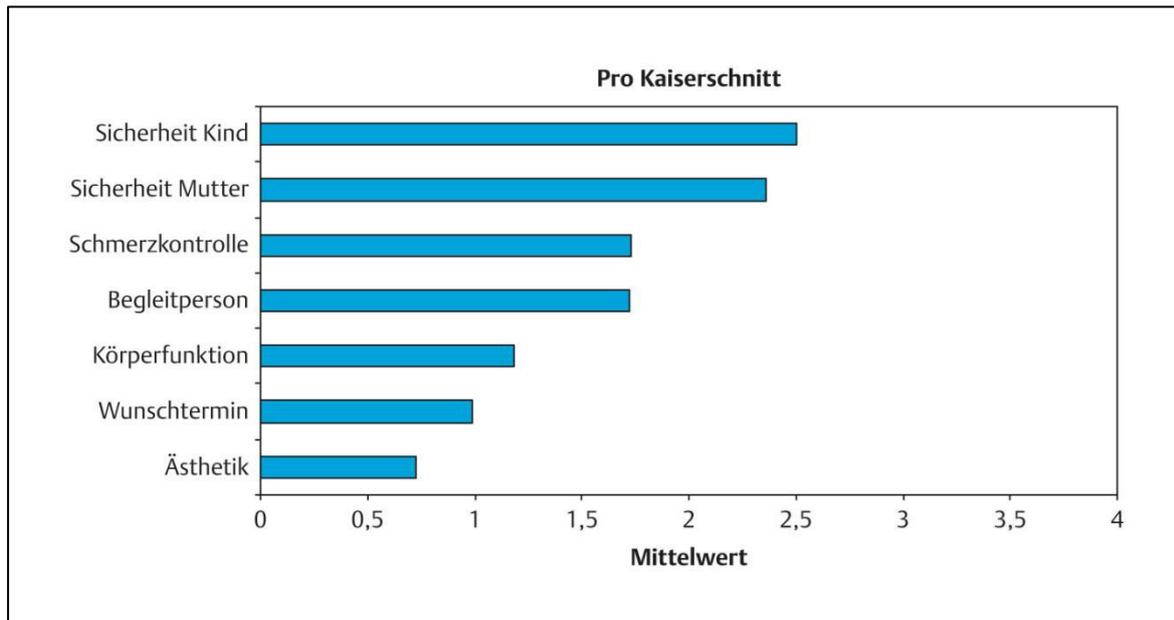


Abbildung 2: Mittelwerte der Items "Pro Kaiserschnitt" (Hainer, F. & Kowalcek, I. 2011. Wünsche von Schwangeren an den Geburtsmodus. Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 215 (01), 35–40).

Die Sicherheit des Kindes steht bei den befragten Schwangeren dieser Erhebung an erster Stelle. Die eigene Sicherheit steht kurz danach. Gleich gewichtet werden die Items Schmerzkontrolle und die Anwesenheit einer Begleitperson. Die Planbarkeit des Geburtstermins und die ästhetischen Vorzüge der Kaiserschnittgeburt werden mit geringster Priorität bewertet. Neben Sicherheit für Mutter und Kind spielen auch der „Wohlfühlfaktor“ (vgl. Vorhemus, 2013, S. 39) und der Aspekt der Kontrolle bei der Wahl einer Wunschsectio eine Rolle (vgl. Lutz et al., 2006, S. 29 ff.).

Die Ängste und Zweifel der Frauen sind durchaus nachvollziehbar, wenn man sich die möglichen körperlichen Auswirkungen einer Spontangeburt ansieht. Ein hochgradiger Dammriss tritt bei 0,4 bis 7 Prozent aller natürlichen Geburten auf. Bei 19 bis 58 Prozent der von einem Dammriss betroffenen Frauen besteht noch ein halbes Jahr nach der Entbindung eine anale Inkontinenz, die bei 20 Prozent selbst nach zwei Jahren noch vorhanden ist. Die Inkontinenzprobleme stellen für jede Frau eine Belastung im Privat- und Berufsleben dar. Ebenso können

durch eine vaginale Geburt anhaltende Schmerzen beim Geschlechtsverkehr auftreten (vgl. Rath & Vetter, 2002, S. 839).

Abschließend lässt sich sagen, dass ein Kaiserschnitt, welcher auf medizinischen Indikationen basiert, die der Mutter bzw. den Eltern nachvollziehbar und ausführlich erläutert wird und zu dem sie anschließend ihr Einverständnis geben, mit großer Wahrscheinlichkeit keine postpartale Depression auslösen wird. Ein unnötiger Kaiserschnitt hingegen stellt ein Übergriff dar und vernachlässigt das Recht auf Selbstbestimmung der Frau, das Recht auf körperliche Unversehrtheit und das Recht auf Aufklärung. Unter diesen Umständen ist das Risiko einer psychischen postpartalen Depression wesentlich höher. Andersherum ist es der Fall, wenn die Gebärende einen Kaiserschnitt wünscht und gezwungen wird vaginal zu gebären. Ausschlaggebend für das Wohlbefinden entbundener Mütter ist also nicht der Geburtsmodus an sich, sondern das individuelle Erleben der Geburt (vgl. Mundlos, 2015, S. 171).

4.3 Mögliche physische und psychische Folgen für die Mutter

Von zentraler Bedeutung ist die Frage, welche Auswirkungen eine Sectioentbindung auf das physische und psychische Wohlbefinden von schnittentbundenen Frauen hat.

Hinsichtlich des Sterberisikos muss zwischen Sectiomortalität und Sectioletalität unterschieden werden. Die Sectiomortalität beschreibt „die direkten oder indirekten mütterlichen Sterblichkeitsfälle in zeitlichem Zusammenhang mit einer Sectio während oder innerhalb von 42 Tagen (6 Wochen) nach dem Eingriff bezogen auf 1.000 Schnittentbindungen“ (Seifert, 2015, S. 24). Der Wert für die Sectiomortalität wird in Promille angegeben und schließt Todesfälle aufgrund schwerer Vorerkrankungen mit ein. Der Begriff der Sectioletalität bezeichnet „die direkten mütterlichen Sterblichkeitsfälle in ursächlichem Zusammenhang mit einer Sectio innerhalb von 42 Tagen“ (Seifert, 2015, S. 25). Die Ursachen sind operations- oder anästhesiebedingte Komplikationen. Auch dieser Wert wird in Promille angegeben und bezieht sich auf 1.000 Schnittentbindungen (vgl. ebd.).

Im Kontext dieser Thesis ist es besonders interessant, sich die Sectioletalität genauer anzusehen. Durch die verbesserten Operationstechniken und Anästhesieverfahren sowie weiteren prophylaktischen Faktoren ist die Sectioletalität innerhalb der letzten drei Jahrzehnte gesunken. Laut der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) lag die Sectioletalität in den Jahren 1983 bis 1988 bei 0,23 Promille, sank im Zeitraum 1989 bis 1994 dann ab auf 0,13 Promille, reduzierte sich weiter auf 0,4 Promille in den Jahren 1995 bis 2000

bis hinzu 0,2 Promille im Zeitraum 2001 bis 2006. Die mütterliche Sterblichkeit ist von 1:4.300 (1983 bis 1988) auf 1:57.300 (2001 bis 2006) zurückgegangen (vgl. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, 2010, S. 4). Trotz dieser Senkung des Sterberisikos besteht, verglichen mit einer vaginalen Geburt, ein 2,6-fach so hohes Risiko an den Folgen einer Sectio zu sterben (vgl. Seifert, 2015, S. 25).

Heute wird generell die sogenannte „sanfte Sectio“ durchgeführt. Nach dem Hautschnitt werden die darunterliegenden Schichten mit den Fingern gedehnt und nicht geschnitten, um Nerven und Blutgefäße nicht weiter zu verletzen. Durch den sanften Eingriff erholt sich die Frau schneller und hat weniger Schmerzen (vgl. Biskup et al., 2014, S. 264). Dennoch bleibt durch den operativen Eingriff eine Bauchnarbe, die neben körperlichen Auswirkungen auch seelische Folgen haben kann. Im Bereich der Narbe kann es zu Sensibilitätsstörungen, Taubheit und Wetterfühligkeit kommen. Unter Umständen führt die Narbenbildung dazu, dass die Blasenfüllung nicht mehr wahrgenommen wird. Schnittentbundene Frauen können zudem unter einer aus kosmetischer Sicht störenden Fettschürze leiden. Diese körperlichen Veränderungen sind eng verbunden mit einer seelischen Belastung, denn der tägliche Anblick der Narbe kann Scham- und Ekelgefühle bei den Frauen auslösen. Außerdem erinnert die Bauchnarbe stets an das Geburtserlebnis, was gegebenenfalls an negative Empfindungen geknüpft ist. Das Zusammenspiel von körperlichen Veränderungen und seelischen Belastungen durch die Kaiserschnittnarbe kann sich zu Ungunsten des Selbstbewusstseins der Frau, der Libido und der Paarbeziehung auswirken. Das Geburtserlebnis bleibt so weiterhin negativ behaftet und der Schmerz und die Enttäuschung über die unerfüllten Vorstellungen und Wünsche an die Geburt bleiben bestehen und werden verstärkt (vgl. Vorhemus, 2013, S. 57). Imlau führt zudem an, dass die Bewegungsfähigkeit durch die Schmerzen nach dem Bauchschnitt stark eingeschränkt ist, sodass Frauen darunter leiden, ihr Kind nicht selbstständig hochnehmen zu können. Sie sind auf Unterstützung angewiesen, weshalb alltägliche Tätigkeiten wie Wickeln und Tragen des Babys zunächst von anderen Personen übernommen werden müssen (vgl. Imlau et al., 2016, S. 59). Vorzustellen ist, dass dieser Umstand zu Schuldgefühlen und Versagensängsten, aber auch zu Wut und Ohnmachtsgefühlen führen kann und sich somit ebenfalls negativ auf das psychische Befinden der schnittentbundener Frau auswirkt. Auf der anderen Seite ist die Bauchnarbe für einige Frauen positiv besetzt. Möglicherweise erinnert sie daran, dass der Eingriff das Leben des Kindes bzw. das eigene Leben gerettet hat und hilft dabei, das Geburtserlebnis zu verarbeiten (vgl. Imlau et al., 2016, S. 274).

Auch wenn das Sterberisiko kaum vorhanden ist und der Eingriff möglichst angenehm gestaltet wird, kann eine Sectio medizinische Komplikationen auslösen (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Sectiokomplikationen bei der Mutter¹⁰

Intraoperativ	Postoperativ	Bei erneuter Schwangerschaft
Häufigste Komplikation: Harnblasenverletzungen, Blutungen	Darmverschluss	Re-Sectio
Narkosezwischenfälle	Schmerzen und Mobilitätseinschränkungen	Höheres Risiko für Plazentationsstörungen, einhergehend mit lebensbedrohlichen Blutungen
	Verzögerte Gebärmutterrückbildung	Uterusruptur
	Wundheilungsstörungen, Gebärmutterhautentzündungen	Hysterektomie (Uterusentfernung)
	Verlängerter Klinikaufenthalt	Mehr vaginal-operative Geburten
	Narbenprobleme	Fetale Wachstumsretardierung
	Psychische Beeinträchtigung im Wochenbett	Höhere Rate an Früh- und Totgeburten
	Stillprobleme	

Neben den körperlichen Auswirkungen der Kaiserschnittgeburt, hat diese auch zur Folge, dass die Wahrscheinlichkeit einer weiteren Sectio bei Folgeschwangerschaften steigt. Lediglich 26 Prozent der Frauen gebären in der folgenden Schwangerschaft vaginal; 74 Prozent werden erneut schnittentbunden (vgl. Seifert, 2015, S. 680).

Eine Kohortenstudie aus Schottland hat den Zusammenhang zwischen dem Modus der ersten Geburt und nachfolgenden Schwangerschaften untersucht. Es haben 25.371 Erstgebärende an der Studie teilgenommen. Die Erhebung hat gezeigt, dass die Wahrscheinlichkeit, weitere Kinder zu bekommen nach einer Sectio deutlich geringer ist als bei anderen Geburtsmodi. Prozentual liegt die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Schwangerschaft nach einem Kaiserschnitt bei 66,9 Prozent; im Vergleich dazu liegt die Wahrscheinlichkeit nach einer Spontangeburt bei 73,9 Prozent. Auffällig ist auch, dass sich die Zeitspanne bis zur zweiten Schwan-

¹⁰ Eigene Darstellung basierend auf: Seifert, F. (2015). Geburtshilfliche Operationen. In: Mändle, C., Opitz-Kreuter, S. (Hrsg.): Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe (5. Aufl.). Stuttgart: Hippokrates-Verl. S. 681.

gerschaft bei schnittentbundenen Frauen verlängert. Durchschnittlich liegt die Dauer bei 36,6 Monaten; bei Spontangeburt bei 30,4 Monaten (vgl. Mollison, Porter, Campbell & Bhattacharya, 2005, S. 1064).

Einer geplanten Spontangeburt, die sich dann zu einem unerwarteten Kaiserschnitt entwickelt, entgegen viele Frauen mit gemischten Gefühlen. Diese können sich in Dankbarkeit, Erleichterung, Sorge oder Traurigkeit äußern. Da sich die Schwangeren überwiegend eine natürliche Geburt vorstellen, lassen sie Gedanken an einen Kaiserschnitt nicht zu. Die Folge ist, dass sie unvorbereitet auf die vom ungeplanten Kaiserschnitt ausgelösten Gefühle treffen. Neben der eigenen unzureichenden Auseinandersetzung mit einer möglichen Schnittentbindung, wird die Situation einer sekundären Sectio selten in Geburtsvorbereitungskursen thematisiert. Das ist ein bedauerlicher Zustand, da die Frauen einen ungeplanten Kaiserschnitt als weniger belastend empfinden, wenn sie wissen, was ungefähr auf sie zu kommen wird. Noch bedeutsamer wird die vorzeitige Aufklärung angesichts der Tatsache, dass jede sechste Geburt mit natürlichem Geburtsbeginn mit in einer Schnittentbindung endet (vgl. Imlau et al., 2016, S. 172 ff.).

Unmittelbar nach der natürlichen Geburt werden Endorphine freigesetzt, welche die eben noch da gewesenen starken Geburtsschmerzen übertönen und ein überwältigendes Gefühl sowie Stolz über die eigene Leistung hervorrufen (vgl. Lutz et al., 2006, S. 30). Mütter mit einer Kaiserschnittgeburt klagen häufig über das fehlende intensive Glücksgefühl. Dem Glücksgefühl wird jedoch von jeder Frau individuell ein unterschiedlicher Stellenwert zugesprochen. An dieser Stelle äußert sich eventuell die erste Enttäuschung über das Geburtserlebnis (vgl. Husslein & Langer, 2000, S. 849).

Je länger und je intensiver sich die Frau auf das natürliche Geburtserlebnis vorbereitet hat, desto schmerzhafter ist die Enttäuschung, wenn es nicht geklappt hat. Oft hält die psychische Verarbeitung der Schnittentbindung Jahre an, denn unmittelbar nach der Geburt sind die Schmerzen und die Nachuntersuchungen in der Klinik vordergründig. Es kann einige Zeit verstreichen, bis die schnittentbundene Frau sich mit den zunächst verdrängten Gedanken an den erlebten Kaiserschnitt auseinandersetzt. Es macht sich das Gefühl des Versagens bemerkbar und dem Anspruch der Gesellschaft nicht gerecht geworden zu sein. Auf der einen Seite fand ein Fortschritt in Medizin und Technik statt, der den Kaiserschnitt zu einer sicheren Alternative machte. Auf der anderen Seite entstand eine Gegenbewegung, die auf natürliche Lebensabläufe plädiert. Diese Bürgerbewegung spiegelt sich auch in der Ernährung, Erziehung oder anderen Lebensbereichen wider. Dadurch haben sich die Einstellungen und Erwartungen an Schwangerschaft und Geburt verändert. Ein besonderer Fokus liegt auf der eigenen

Verantwortlichkeit und Wertschätzung. Eltern informieren sich über sämtliche Gegebenheiten, die mit der Schwangerschaft und der Geburt in Verbindung stehen und bilden sich so ein eigenes Verständnis über Abläufe, der Zugabe von Schmerzmitteln oder der modernen Überwachungstechnik. Oftmals fällen sie die Entscheidung, in einer Klinik zu entbinden, nur, weil die Gesellschaft und das Gesundheitswesen vermitteln, dass eine Hausgeburt oder eine Entbindung im Geburtshaus „unverantwortlich“ sei. Bis zum Zeitpunkt der Geburt beharren Eltern deshalb darauf, nur die medizinischen Eingriffe zu bewilligen, die sie selbst als notwendig erachten. Die Konfrontation mit dem Kaiserschnitt wird deshalb als besonders schwer empfunden. Nach der Sectioentbindung befinden sich die Frauen in einer extremen Belastungssituation. Einerseits leiden sie unter den körperlichen Belastungen durch die Operation; andererseits besteht der Druck, sich von Anfang an gut um das Kind zu kümmern ohne sich zu schonen. In der Gesellschaft wird die Operation oftmals banalisiert und die daraus resultierenden Gefahren und die Schmerzen der Mutter übersehen (vgl. de Jong & Kemmler, 2009, S. 123 ff.).

Wie eine Frau auf eine Kaiserschnittentbindung reagiert, ist abhängig von körperlich-umweltbezogenen und psychisch-kulturellen Faktoren und somit von Mutter zu Mutter individuell. Die am häufigsten genannten Gefühle nach der Sectioentbindung sind die Empfindung, die Kontrolle über den eigenen Körper und den Geburtsverlauf verloren zu haben und der Verlust von Selbstbewusstsein. In der Werbung und in Gratisbroschüren kommt das Phänomen der unglücklichen Mutter so gut wie nicht vor. Die Mutter steht mit ihren Gefühlen und ihrem Geburtserlebnis überwiegend alleine da. Durch die Isolation fehlt die Möglichkeit über das Geburtserlebnis zu sprechen. Gerade ein belastendes Erlebnis wie ein Kaiserschnitt, der womöglich nicht geplant war, belastet die Frauen sowohl körperlich als auch seelisch und kann bei Überlastung möglicherweise zu psychischen Erkrankungen in der Postpartalzeit führen (vgl. de Jong & Kemmler, 2009, S. 132 ff.).

Es gibt eine Vielzahl an Gründen, weshalb einige Frauen mehr Schwierigkeiten beim Stillen haben als andere Mütter. Auch die Kaiserschnittgeburt kann mit den Stillproblemen in Verbindung gebracht werden. Der direkte Hauptkontakt unmittelbar nach der Geburt des Kindes beeinflusst die Stillrate positiv und nimmt Einfluss auf die spätere Stilldauer. Da nach der Kaiserschnittentbindung kein oder nur ein extrem kurzer körperlicher Kontakt stattfindet, könnte sich dies negativ auf das Stillverhalten auswirken. Gründe für den fehlenden Hautkontakt zwischen Mutter und Kind liegt in der Unwissenheit des Klinikpersonals über die Wich-

tigkeit dieser Geste und in organisatorischen Schwierigkeiten, wie zum Beispiel Zeitmangel (vgl. Griebaum, 2017, S. 118).

Eng verbunden mit dem Stillen ist das Bonding. Eine natürliche Geburt entwickelt sich über Stunden, eine Kaiserschnittgeburt geschieht abrupt und innerhalb kürzester Zeit. Dadurch fühlt sich die Mutter unter Umständen emotional abgetrennt (vgl. Thurmann, 2015, S. 36). Die Trennung von Mutter und Kind nach dem Kaiserschnitt hat zur Folge, dass es Müttern häufig schwerer fällt, eine Bindung zu ihrem Kind aufzubauen. Teilweise berichten Mütter davon, dass sie sich auch Wochen nach der Geburt dem Kind nicht emotional verbunden fühlen. Durch den fehlenden Hautkontakt entsteht das Gefühl, die Signale des Säuglings nicht richtig deuten zu können. Die Unsicherheit im Umgang mit dem Säugling hat zur Folge, dass das Baby möglicherweise mit starkem Schreien oder Unruhe reagiert (vgl. Taschner, 2009, S. 25). Studien zu psychosozialen Folgen von Kaiserschnittgeburten sind rar. Deshalb gibt es sehr unterschiedliche Aussagen über den Einfluss der Schnittentbindung auf die Mutter-Kind-Bindung. Belegt ist jedoch, dass Frauen nach einer Sectio mehr Zeit brauchen, um eine Bindung zu ihrem Kind aufzubauen, als Frauen, die vaginal entbunden haben. Später hat der Geburtsmodus allerdings keinen Einfluss mehr auf das Bindungsverhalten (vgl. Lutz et al., 2006, S. 48).

4.4 Bewältigung eines Kaiserschnitts: Fünf Phasen der Verarbeitung

Wie eine schnittentbundene Frau das Geburtserlebnis beurteilt bzw. bewältigt und verarbeitet, hängt von verschiedenen Variablen ab. In erster Linie spielt die persönliche Wahrnehmung des Erlebten eine wichtige Rolle. Je nach persönlichen Stressbewältigungsstrategien und der eigenen Persönlichkeit, wird die Kaiserschnittgeburt ganz unterschiedlich interpretiert. Nicht jede Frau gerät durch die Sectio in eine Krise. Hinzu kommen Faktoren, die das Geburtserlebnis zusätzlich beeinflussen. Wie im vorherigen Abschnitt erwähnt, sind unerfüllte Wünsche, Vorstellungen und Erwartungen ausschlaggebend für die Enttäuschung nach der Kaiserschnittgeburt. Auch die Beziehung zu Ärzt*innen und Hebammen und die Art der Betreuung tragen dazu bei, ob die Geburt mit positiven oder negativen Gefühlen verknüpft wird. Handelt es sich bei dem Kaiserschnitt um einen medizinisch notwendigen Kaiserschnitt, bei dem nur wenig Vorbereitungszeit bleibt und die Gebärende vermutlich zügig in Vollnarkose gelegt werden muss, besteht ein größeres Risiko einer postpartalen Belastung, als bei einem Kaiserschnitt, auf den sich die Schwangere ausreichend vorbereiten kann. Relevant ist zudem, ob

eine Begleitperson bei dem operativen Eingriff dabei ist, oder ob die Frau ohne vertraute Unterstützung schnittentbunden wird. Weitere Variablen sind der erste Kontakt mit dem Baby nach der Entbindung und jegliche Komplikationen, die mit der Geburt in Verbindung stehen. Alle Faktoren können unterschiedlich ausgeprägt sein und sind maßgebend dafür, wie die Mutter eine mögliche Krise nach dem Kaiserschnitt verarbeitet und bewältigt (vgl. de Jong & Kemmler, 2009, S. 139).

Bereits 1980 führten Lipson und Tilden eine Studie durch, bei der sie auf Grundlage von Beobachtungen, Gruppentreffen und vertieften Interviews mit schnittentbundenen Müttern herausfanden, dass es trotz persönlich geprägten Unterschieden große Übereinstimmungen in der Bewältigung und Verarbeitung von Sectioerfahrungen gibt. Ihre Erkenntnisse teilten sie in fünf Phasen ein, die nach einem bestimmten zeitlichen Ablauf verlaufen und den Phasen der Trauerarbeit ähneln (vgl. Lipson & Tilden, 1980, S. 599 ff.).

Die erste Phase beschreibt die unmittelbaren ersten Stunden nach der Geburt. In dieser ersten Zeit weisen die Frauen eine geschockte Taubheit auf, die etwa 21 bis 24 Stunden anhält. Die ohnehin gedämpfte Stimmung wird durch die Nachwirkungen der Narkose, die Anspannung und die Erschöpfung verstärkt und jeder Augenblick wird gleichgültig hingenommen. An das, was die neue Situation zukünftig bedeutet, denken die Frauen zunächst nicht. Psychische Abwehrmechanismen von Unterdrückung und Verweigerung verhindern, dass die Frau emotional überreagiert. Durch diesen Schutzraum kann das Erlebte allmählich eingegliedert werden. Der Gedanke daran, dass das Kind und sie selbst wohlauf sind, ist in dieser Phase zentral; alles Weitere ist für die Mutter zunächst nebensächlich (vgl. Lipson & Tilden, 1980, S. 602).

Die zweite Phase bezieht sich auf die fünf bis sieben Tage nach der Operation. Die in Phase eins beschriebene Taubheit klingt ab und an dessen Stelle treten Enttäuschung, Schuldgefühle, Ärger und Neid auf Mütter mit einer natürlichen Geburt. Die Mutter begreift allmählich, dass sie kein natürliches Geburtserlebnis erfahren konnte. Wie auch bei vaginal entbundenen Frauen, liegt in dieser Phase auch der Babyblues. Der Fokus dieser Phase liegt jedoch nicht primär auf dem psychischen Befinden, sondern vielmehr auf den körperlichen Strapazen der Kaiserschnittgeburt. Die operierte Frau ist hauptsächlich damit beschäftigt, die Schmerzen zu kontrollieren, ihren Körper wieder zu kräftigen und das Stillen anzuregen. Viele Frauen berichten, dass es ihnen schwer fiel, mütterliche Gefühle zu entwickeln; zu sehr waren sie mit sich selbst beschäftigt. Dies verstärkt die Schuldgefühle zusätzlich, weshalb emotionale Unterstützung besonders wichtig ist (vgl. Lipson & Tilden, 1980, S. 599 f.).

Die dritte Phase umfasst den Zeitraum zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus bis zur achten Woche nach der Entbindung und bezieht sich auf den Beginn des Bewusstwerdens des Erlebten. Grundsätzlich ist diese Zeit für alle Mütter eine Zeit der Umstellung. Kaiserschnittmütter haben jedoch eine doppelte Belastung durch die körperlichen Folgen der Sectio. Während andere Postoperierte ausdrücklich dazu angehalten werden sich zu schonen, wird von der schnittentbundenen Mutter verlangt, zu jeder Zeit für das Kind da zu sein. Nicht verwunderlich ist es also, dass sich viele Frauen überfordert fühlen und die Sorge entsteht, den mütterlichen Pflichten nicht angemessen nachzukommen. Schwierigkeiten werden schnell auf den Kaiserschnitt geschoben. In dieser Zeit fangen die Frauen an, die Notwendigkeit der Sectio kritisch zu hinterfragen und verarbeiten das Geburtserlebnis eventuell im Schlaf (vgl. Lipson & Tilden, 1980, S. 603 f.).

In der vierten Phase setzen sich die Frauen intensiv mit dem Geburtserlebnis auseinander und versuchen, einen Sinn für den Eingriff zu finden. Sie findet zwischen dem zweiten und dem zwölften Monat nach der Entbindung statt. Die Aufarbeitung der Geburtserfahrungen ist nun möglich, weil die physischen Auswirkungen abgeklungen sind und das Kind mittlerweile größer und unabhängiger ist. Einige Mütter verdrängen das Erlebte und können sich Jahre nach dem Eingriff kaum noch an Einzelheiten erinnern. Anderen hilft es, sich mit anderen Kaiserschnittmüttern auszutauschen (vgl. Lipson & Tilden, 1980, S. 604 f.).

In Phase fünf löst sich die Krise allmählich auf und die Kaiserschnittmutter kann das Erlebte nach und nach akzeptieren. Schmerzhaft Gedanken an die Geburt sind zwar nicht ganz aufgelöst, werden von der Mutter aber nicht mehr so emotional gewertet. Sie kann das Erlebte nun realistisch einschätzen und zieht aus der schmerzhaften Situation die positive Bilanz, dass das Kind wohlauf ist (vgl. Lipson & Tilden, 1980, S. 605 f.).

5 Prä-, peri- und postpartale Unterstützungsmöglichkeiten

In den vorhergegangenen Kapiteln wurde einschlägig über die Entstehung von postpartalen psychischen Erkrankungen berichtet. Damit eine Mutter das Geburtserlebnis positiv wahrnimmt bzw. es gut verarbeiten kann, bedarf es feinfühligere Unterstützung, die schon mit Beginn der Schwangerschaft von Fachkräften unternommen werden kann. Dieses Kapitel befasst sich mit Unterstützungsmöglichkeiten, die psychische Belastungen in der Postpartalzeit präventieren, intervenieren, aufdecken und therapieren können.

5.1 Prävention und Intervention von postpartalen psychischen Belastungen

Bereits im Geburtsvorbereitungskurs besteht die Chance, einer postpartalen psychischen Belastung durch Aufklärung entgegenzuwirken bzw. das Risiko zu erkranken einzuschränken. Die Hebamme sollte im Falle von psychischen Erkrankungen in der Postpartalzeit als Ansprechpartnerin zur Verfügung stehen. Durch dieses offene Angebot sinkt vermutlich die Hemmschwelle, professionelle Hilfe in der Krise nach der Geburt heranzuziehen. Zusätzlich sollte im Rahmen des Geburtsvorbereitungskurses Informationsmaterial bereit gestellt werden, da eine ausführliche Behandlung des Themas oftmals zeitlich nicht möglich ist und andere Themen im Vordergrund stehen. Nichtsdestotrotz bietet der Rahmen eine gute Gelegenheit die Schwangeren auf die mögliche krisenhafte Zeit nach der Geburt hinzuweisen, indem psychosoziale Faktoren, welche das Risiko, an einer postpartalen psychischen Störung zu erkranken, begünstigen, thematisiert werden. Es kann beispielsweise über die neue Situation auf Paarebene gesprochen und die Veränderung von Rollenmustern thematisiert werden. Hilfreich kann es auch sein, wenn sich die Schwangeren über die Erwartungen und Vorstellungen an die Geburt und die gesellschaftlichen Ideale austauschen. Wichtig ist es, den Eltern zu verdeutlichen, dass es keineswegs unangenehm sein muss, sich Hilfe zu organisieren (vgl. Grossbichler-Ulrich, 2006, S. 153 f.). Dass ein prophylaktisches Aufklärungsgespräch die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von postpartalen psychischen Veränderungen senken kann, bestätigt auch die Studie von Kleeb und Rageth, bei welcher der Einfluss einer präpartalen Aufklärung über mögliche psychische Veränderungen in der Postpartalzeit untersucht wurde. Das Ergebnis zeigt, dass die Frauen in der Kontrollgruppe mit aufklärenden Gesprächen signi-

fikant weniger häufig unter einem Babyblues leiden. Die Häufigkeit des Auftretens einer Depression lässt sich durch ein einziges Informationsgespräch dennoch nicht beeinflussen (vgl. Kleeb & Rageth, 2005, S. 23).

Hebammen stehen den Schwangeren als professionelle Fachkräfte in der Schwangerschaft, bei der Geburt sowie nach der Entbindung am Nächsten. Umso wichtiger ist es, dass sie eigene Gefühle der Besorgnis in der Arbeit mit möglicherweise postpartal psychisch erkrankten Frauen ernst nehmen und entsprechende Maßnahmen einleiten. Bei der Anamnese durch die Hebamme ist es wichtig, auch nach der Vorgeschichte oder Fällen von psychischen Erkrankungen innerhalb der Familie zu fragen. Das frühe Erkennen einer möglichen Erkrankung begünstigt das frühzeitige Zusammenstellen eines helfenden Netzwerkes. Die Frau kann rechtzeitig dafür sensibilisiert werden fürsorglich mit sich umzugehen und der Kontakt zu Fachärzt*innen kann hergestellt werden (vgl. Gröhe, 2009, S. 11).

Oft klagen Frauen darüber, dass sie bei Entscheidungen in der Schwangerschaft und unter der Geburt übergangen, nicht über diese informiert und aufgeklärt wurden und ihre Bedürfnisse nicht wahrgenommen wurden. Vor diesem Hintergrund hat das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege in Kooperation mit verschiedenen Wissenschaftler*innen sowie Hebammen Expertinnenstandards für die Berufsgruppe der Hebammen entwickelt. Diese haben das Ziel, die Qualität in der Geburtshilfe zu wahren und kontinuierlich weiterzuentwickeln. Gleichsam sollen sie der Medikalisierung und Technisierung von Geburten entgegenwirken und die physiologische Geburt fördern (vgl. Schönhardt, 2017, S. 168). Das Einhalten von Expertinnenstandards soll dazu beitragen, dass jede schwangere und gebärende Frau „eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung durch die Hebamme zur Förderung einer physiologischen Geburt“ (Schönhardt, 2017, S. 170) erhält. Die angestrebte Reduktion medizinischer Interventionen soll nicht bedeuten, dass diese komplett ausgeschlossen werden, sondern einzelne Eingriffe begründet werden und eine Nutzen-Risiko-Abwägung offen dargelegt wird. Die individuelle Eins-zu-eins-Betreuung durch die Hebamme gewährleistet eine individuelle, kontinuierliche Geburtsbegleitung und trägt so zu einem positiven Geburtserlebnis bei. Im Mittelpunkt steht immer das Wohlergehen der Mutter und des Kindes, welches durch frauenzentriertes und hebammenfachliches Handeln erreicht wird. Die Expertinnenstandards beinhalten fünf Handlungsebenen. Die erste Ebene beschreibt die Hebammensprechstunde, bei der die Schwangeren eine umfassende Beratung zu allen sie bewegenden Themen erhalten. Besteht bereits im Vorfeld die Indikation für eine primäre Sectio, bietet die Hebammensprechstunde eine gute Möglichkeit, sich über den Ablauf und mögliche

Folgen aufklären zu lassen. Auf der zweiten Handlungsebene stehen Verfahrensregelungen und Einschätzungen der Hebamme. Die Hebamme führt eine Beurteilung zur Gesundheit der Frau und des Ungeborenen durch und ermittelt so Bedürfnisse vor und unter der Geburt. Die Planung des Vorgehens und die Gestaltung des Geburtsprozesses sind Bestandteile der dritten Ebene. Diese sollte in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit der Schwangeren passieren, indem sie in Entscheidungen mit einbezogen wird. Die vierte Ebene beschreibt das Verhalten bei der Durchführung von notwendigen Maßnahmen. Jeder Schritt bedarf einer konsequenten Reflexion während und nach der Handlung. Auf der fünften Ebene steht die Evaluation des Geburtsverlaufes. Nach der Entbindung ist es die Aufgabe der Hebamme, das eigene Handeln zu reflektieren und kritisch zu hinterfragen. Dies kann beispielsweise anhand interprofessioneller Fallbesprechungen erfolgen (vgl. Schönhardt, 2017, S. 170).

Neben dem Partner kann sich die Schwangere auch durch das Heranziehen einer sogenannten Doula im Kreißaal unterstützen lassen. Der Begriff Doula stammt aus dem Griechischen und bedeutet übersetzt „Dienerin der Frau“. Eine Doula ist eine professionelle nichtmedizinische Geburtsbegleiterin, welche die Schwangeren einfühlsam und persönlich durch die Geburt begleitet. Dabei konzentriert sie sich ausschließlich auf die emotionale Begleitung und nicht auf medizinische Faktoren. Vor der Entbindung lernen sich die werdende Mutter und die Doula bereits kennen und bereiten sich während der Schwangerschaft gemeinsam auf das bevorstehende Ereignis vor. Nach der Geburt steht die Doula der Mutter ebenfalls zur Verfügung und kann in einem Nachgespräch das Geburtserlebnis reflektieren und verarbeiten (vgl. Imlau et al., 2016, S. 79). Dieses Konzept ist nicht neu; schon vor Jahrhunderten wurden Gebärende von anderen geburtserfahrenen Frauen unterstützt. Die Ergebnisse der aktuellen Studie „Continuous support for women during childbirth“ von Bohren et al. zur kontinuierlichen Begleitung für Frauen unter der Geburt wurden 2017 veröffentlicht. Es wurden die Ergebnisse aus insgesamt 27 Studien zusammengetragen und die Erfahrungen von 15.858 Müttern ausgewertet. Im Vergleich zu Frauen ohne eine kontinuierliche Betreuung unter der Geburt, liefen die mit einer Eins-zu-eins-Betreuung bedeutend weniger risikobehaftet ab (vgl. Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa & Cuthbert, 2017, S. 2). Die Untersuchung hat ergeben, dass die Wahrscheinlichkeit durch einen Kaiserschnitt zu entbinden durch die kontinuierliche Anwesenheit einer Betreuungsperson gesenkt wird. Ebenfalls kommen weniger häufig medizinische Interventionen wie Saugglocke und Geburtszange zum Einsatz und die Verabreichung von Medikamenten geschieht seltener. Zusätzlich verkürzt sich die Dauer der Geburt und das Risiko, dass die Mutter das Geburtserlebnis negativ wahrnimmt und unzufrieden ist, reduziert

sich ebenfalls. Außerdem wurde herausgefunden, dass postpartale Depressionen seltener auftreten, Eltern sich sicherer fühlen und wesentlich mehr Kinder gestillt werden (vgl. Bohren et al., 2017, S. 34). Die Autoren kommen abschließend zu dem Fazit, dass eine kontinuierliche Unterstützung ab Beginn der Wehentätigkeit insgesamt zu einem besseren Geburtserlebnis führt (vgl. Bohren et al., 2017, S. 36).

5.2 Screening-Methoden

Die bereits angesprochene EPDS ist die weitverbreitetste Screening-Methode nach der Geburt. Der von Cox, Holden und Sargovsky entwickelte Fragebogen hinterfragt das psychische Befinden nach der Geburt und hilft dabei psychische Belastungen, wie zum Beispiel eine Depression, aufzudecken. Dabei werden körperliche postpartale Symptome ausgeschlossen und lediglich psychische Faktoren in den Fokus gerückt. Das Screening-Verfahren soll die Stimmungslage der letzten sieben Tage erheben und die Antwortmöglichkeiten sind mit bestimmten Punktzahlen versehen. Hohe Punktzahlen stehen für schwere Depressionen. Niedrige Punktzahlen müssen dabei nicht bedeuten, dass eine postpartale Depression auszuschließen ist. Deshalb muss bei einem bestehenden Verdacht in jedem Fall zusätzlich eine klinische Diagnose herangezogen werden. Die EPDS soll insbesondere Vertretern der Gesundheitsbranche dienen, um eine postpartale Depression bei Müttern zu identifizieren (vgl. Cox, Holden & Sagovsky, 1987, S. 782 ff.).

In the past 7 days:	
1. I have been able to laugh and see the funny side of things As much as I always could Not quite so much now Definitely not so much now Not at all	* 6. Things have been getting on top of me Yes, most of the time I haven't been able to cope at all Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual No, most of the time I have coped quite well No, I have been coping as well as ever
2. I have looked forward with enjoyment to things As much as I ever did Rather less than I used to Definitely less than I used to Hardly at all	* 7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping Yes, most of the time Yes, sometimes Not very often No, not at all
* 3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong Yes, most of the time Yes, some of the time Not very often No, never	* 8. I have felt sad or miserable Yes, most of the time Yes, quite often Not very often No, not at all
4. I have been anxious or worried for no good reason No, not at all Hardly ever Yes, sometimes Yes, very often	* 9. I have been so unhappy that I have been crying Yes, most of the time Yes, quite often Only occasionally No, never
* 5. I have felt scared or panicky for no very good reason Yes, quite a lot Yes, sometimes No, not much No, not at all	* 10. The thought of harming myself has occurred to me Yes, quite often Sometimes Hardly ever Never

Abbildung 3: *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal

Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 150, 782–786).

Die entbundenen Frauen sollen die Antworten ankreuzen, die ihre Gefühlslage der letzten sieben Tage am ehesten beschreibt. Cox fand heraus, dass Frauen mit einer Punktzahl von zwölf und mehr Punkten an einer Wochenbettdepression leiden (vgl. Cox et al., 1987, S. 786). Heute kann die von Cox et al. entwickelte Skala Hebammen in der Wochenbettbetreuung als Orientierung dienen und gegebenenfalls ein Anstoß für eine fachkundige Behandlung darstellen (vgl. Mändle, 2015, S. 711). Der Fragebogen sollte im Zeitraum der gynäkologischen Abschlussuntersuchung sechs bis acht Wochen postpartal ausgegeben werden (vgl. Härtl et al., 2006, S. 815). Die EPDS darf jedoch nicht als klinisches Diagnoseinstrument betrachtet werden. Ebenso dient sie nicht als Ersatz für eine psychiatrische Untersuchung. Eine Vorhersage für zukünftige Depressionen mittels EPDS kann nicht getroffen werden (vgl. Mitterhuber, 2009, S. 21). Die EPDS bewährt sich insbesondere in der einfachen Handhabung, zeigt sich im Vergleich zu anderen standardisierten psychiatrischen Instrumenten valide und wird von den Frauen gut angenommen. Der Fragebogen bildet einen Aufhänger für Gespräche über die Gefühlslage entbundener Frauen (vgl. Marcé Gesellschaft für Peripartale Psychische Erkrankungen e.V., o. J.).

Austin et al. entwickelten 2005 den Fragebogen „Pregnancy Risk Questionnaire“ (PRQ) und setzten diesen zusammen mit der EPDS und einem weiteren Screening-Instrument in ihrer Studie „Antenatal screening for the prediction of postnatal depression“ ein, um vorgeburtlich eine Aussage zur Vorhersage postpartaler Depressionen zu treffen. Bei dem PRQ-Fragebogen handelt es sich wie bei der EPDS um einen Selbsteinschätzungsbogen, der von den Frauen ausgefüllt wird. Er beinhaltet 18 Fragen zur präpartalen und drei Fragen zur frühen postpartalen Situation. Es werden beispielsweise Fragen zu der Einstellung zur Geburt während der Schwangerschaft, Erfahrungen mit den eigenen Eltern, Missbrauchserfahrungen und ob bereits vor der Schwangerschaft Depressionen diagnostiziert wurden, gestellt. Zusätzlich gibt es Fragen, die das Auftreten von Stressoren während der Schwangerschaft oder die Veränderung des Selbstwertgefühls durch die Schwangerschaft ansprechen. Die Bewertung der Antworten geschieht ebenfalls über eine Punktevergabe von null bis fünf Punkten je nach Antwortmöglichkeit. Fehlende Daten werden als „nein“ interpretiert und erhalten einen Punkt; bejahte Fragen werden mit fünf Punkten bewertet. Die Gesamtpunktzahl liegt zwischen 18 und 90 Punkten (vgl. Austin, Hadzi-Pavlovic, Saint & Parker, 2005, S. 311 f.). Die Studie konnte ermitteln, dass der PRQ zwar nicht die erforderlichen Kriterien erfüllt, um als

geeignetes Screening-Verfahren eingesetzt zu werden, dennoch erwies es sich als sehr wertvoll in der Identifizierung von Frauen mit psychischen Belastungen in der frühen Schwangerschaft. In Kombination mit der EPDS konnte eine sehr gute Einschätzung des psychischen Befindens der Frauen vorgenommen werden (vgl. Austin et al., 2005, S. 316).

Ein weiteres Screening-Verfahren stellt der Wiener „Fragebogen zum sozialen Umfeld“ dar. Er umfasst 14 Fragen, die das soziale Umfeld in den Blick nehmen, indem Themenbereiche wie unter anderem das Alter der Frauen, der Schulabschluss, die Stellung in der Gesellschaft, die finanzielle Situation, die Wohnsituation und die Zufriedenheit mit dem Lebensumfeld, aber auch Gewalterfahrungen in der Kindheit und die Einschätzung des bisherigen Lebens angesprochen werden. Aus den Antworten wird ein Summenscore gebildet, der die sozioökonomische Situation abbildet. Ein Score von über eins deutet auf eine geringe Belastung durch das Umfeld hin; ein Score unter eins hingegen beschreibt eine große Belastung durch verschiedene Faktoren (vgl. Mitterhuber, 2009, S. 21).

Vergleicht man die drei genannten Screening-Methoden lässt sich feststellen, dass die EPDS ein anerkanntes Verfahren ist, was sowohl präpartal als auch postpartal Verwendung findet. Negativ an dieser Methode ist jedoch, dass die Sensitivitäts-, Spezifitäts- und die positiven Vorhersagewerte bedingt durch die Selbsteinschätzung der Frauen sehr hoch ausfallen. Darum ist die Methode zwar als Screeninginstrument geeignet, sollte allerdings nicht als Grundlage einer Diagnose dienen. Die prognostischen Fähigkeiten einer postpartalen psychischen Erkrankung sind mittels der EPDS ebenfalls begrenzt. Der PRQ wurde lediglich einmal in Kombination mit weiteren Instrumenten eingesetzt und kann deshalb nicht als wirksames diagnostisches Testverfahren bewertet werden. In der Literatur werden als Risikofaktor für die Entstehung einer postpartalen psychischen Erkrankung häufig auch sozioökonomische Faktoren genannt. Der Wiener Fragebogen rückt genau diese in den Fokus und evaluiert das soziale Umfeld der Mütter (vgl. Mitterhuber, 2009, S. 22). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass keine der vorgestellten Screening-Methoden als zufriedenstellendes und zuverlässiges Instrument eingesetzt werden kann, da die Skalen durch eine falsche Selbsteinschätzung der Frauen möglicherweise verzerrt werden. Umso wichtiger ist es, dass insbesondere Hebammen, wie in Kapitel 5.1 beschrieben, durch eine angemessene und kontinuierliche Betreuung der Schwangeren frühzeitig zu einer Diagnose beitragen.

5.3 Therapeutische Unterstützung in der Postpartalzeit

Die Art der therapeutischen Unterstützung ist abhängig vom Schweregrad und dem Verlauf der postpartalen Erkrankung. In leichten Fällen genügt es beispielsweise eine Selbsthilfegruppe aufzusuchen, in schwereren Fällen reicht dies häufig nicht aus und entsprechende Fachleute müssen herangezogen werden. Insbesondere bei einer Psychose ist eine schnelle professionelle Hilfe unerlässlich. Die folgenden drei Beispiele thematisieren Unterstützungsmöglichkeiten bei einer leichten, mittleren und schweren postpartalen Krise.

In der Regel sind alle psychischen Erkrankungen in der Zeit des Wochenbetts gut behandelbar. Für betroffene Mütter ist es bereits erleichternd zu wissen, dass sie kein Einzelfall sind, sondern rund jede zehnte Mutter bis zu einem Jahr nach der Entbindung von postpartalen psychischen Erkrankungen betroffen ist. Dennoch wird die Zeit bis zum Abklingen der postpartalen Krise als sehr quälend empfunden. Bei leichten postpartalen Gemütsverstim-mungen hilft die Inanspruchnahme einer psychosozialen Beratung, die beispielsweise in Schwangerenberatungsstellen zu finden ist. Durch gezielte Beratung und Begleitung wird den betroffenen Müttern bzw. Eltern eine emotionale Stütze gegeben und das Selbstvertrauen gestärkt. Im Fokus stehen Gespräche, die vor allem die Schuldgefühle nehmen sollen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, auch den Partner und andere Familienmitglieder über die Erkrankung aufzuklären, um Verständnis für die Situation der Mutter aufbringen zu können. Je nach Schweregrad des Stimmungstiefs hilft die Beratungsstelle auch dabei, weitere Hilfsangebote wie Selbsthilfegruppen zu vermitteln (vgl. Netzwerk Krise nach der Geburt & Landratsamt Bamberg, o. J.). Mittlerweile existieren viele Selbsthilfegruppen im Kontext der postpartalen Problematik. Es kommen Frauen mit ähnlichen Erfahrungen zusammen und tauschen sich über diese aus. Dadurch wird ein offenes, verständnis- und vertrauensvolles Gespräch ermöglicht. Ziel ist es, gemeinsam Lösungsmöglichkeiten aus der Krise zu finden und das Selbstbewusstsein der einzelnen Teilnehmerinnen zu stärken. Neben dem Erfahrungsaustausch hilft auch die Weitergabe von Informationen über Literatur, Expert*innen und Therapien. Durch diese Eigeninitiative wird das Selbstbewusstsein der Betroffenen zusätzlich gestärkt. Inzwischen konnten sich auch einige telefonische Beratungsstellen etablieren, die es Frauen mit einer weiten Entfernung zur nächstgelegenen Selbsthilfegruppe möglich machen, an derartigen Hilfsangeboten teilzunehmen (vgl. Schatten & Licht e. V., o. J.). Ferner gibt es Initiativen wie den „Roses Revolution Day“, der den Aktionstag für eine gewaltfreie Geburtshilfe darstellt und sich speziell an Frauen mit Gewalterfahrungen unter der Geburt richtet. Entwickelt wurde der Roses Revolution Day um auf die Missstände in der Geburtshilfe auf-

merksam und ein Tabuthema öffentlich zu machen. Seit 2013 gilt der 25. November auch in Deutschland als der Tag, an dem betroffene Frauen aufmerksamkeitsstark ein Zeichen für eine würdevolle Geburtsbegleitung setzen, indem sie eine rosafarbene Rose vor die Tür jenen Kreißsaals legen, hinter der sie Gewalt erlebt haben, sie sich respektlos behandelt oder sich in ihrem Recht auf Selbstbestimmung übergangen gefühlt haben. Ergänzend können die Frauen ihre Erfahrungen in einem Begleitbrief niederschreiben und ebenfalls dazu legen. Im Jahr 2016 erhielten rund 22 Prozent aller geburtshilflichen Klinikstandorte in Deutschland Rosen, Briefe und Postkarten; so das Resümee der Initiatorinnen (vgl. Stamm, 2017, S. 308).

Ausschlaggebend für die Entstehung einer postpartalen psychischen Erkrankung sind belastende Lebensereignisse oder die aktuelle Situation, also das Erleben von Schwangerschaft und Geburt. Um die Krise vor bzw. nach der Geburt zu verarbeiten und neuen Mut zu fassen, erweist es sich als hilfreich, wenn sich die betroffenen Frauen in psychotherapeutische Behandlung begeben. Die Liste der psychotherapeutischen Verfahren ist lang und die Angebote unterscheiden sich stark voneinander. Welcher therapeutische Ansatz gewählt wird, ist abhängig von der zugrundeliegenden Problematik und den Bedürfnissen der Frau. Auch die Beziehung zum Therapeuten bzw. zur Therapeutin bildet eine wichtige Grundlage für den Erfolg der Therapie. Maßgeblich ist es, dass sich die Frau sicher und verstanden fühlt (vgl. Schatten & Licht e. V., o. J.). Über die Wirksamkeit spezifischer Psychotherapien gibt es nur wenige Informationen. Im Rahmen einer leichten bis mittleren postpartalen Depression konnten die interpersonelle Therapie (IPT) und die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) signifikante Effekte erzielen (vgl. Reck et al., 2004, S. 1070). Die IPT eignet sich bei leichten bis mittleren depressiven Störungen und stellt eine fokussierte Kurzzeittherapie dar, die auf Klerman und Weissman zurückzuführen ist. Die Therapie setzt direkt bei ausschlaggebenden Lebensereignissen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der depressiven Episode stehen, an. Im Fokus steht die Aufarbeitung von aktuellen depressionsrelevanten zwischenmenschlichen und psychosozialen Angelegenheiten. Der/die Therapeut*in verhält sich dabei nicht neutral, sondern fungiert als „Anwalt“ der Patientin, indem er den Prozess aktiv gestaltet und sich hoffnungsvermittelnd verhält (vgl. Schramm, 2007, S. 494). Bei der KVT wird angenommen, dass das Wahrnehmungsempfinden einen entscheidenden Einfluss auf das emotionale Befinden hat. Die depressive Symptomatik nimmt ab, wenn die betroffene Mutter die depressionstypische Wahrnehmungsverzerrung und die Verarbeitung gegenwärtiger und früherer Erfahrungen identifiziert, sie an der Realität überprüft und durch neue Denk- und Verhaltensmöglichkeiten relativiert. Zielführend sind dabei sokratische Fragen, welche die Patientin anregen,

ihre Gedanken eigenständig zu relativieren (zum Beispiel „Woher wissen Sie, dass dieser Eingriff medizinisch unbegründet war?“). Gedanken und Überzeugungen werden so auf ihre Gültigkeit überprüft. In weiteren Abschnitten der Therapie werden allgemeine Lebenseinstellungen hinterfragt, die den negativen Gedanken zugrundeliegen könnten. Ferner wird die Patientin darin unterstützt, depressionstypische Verhaltensweisen, wie beispielsweise grübeln und Rückzug, zu reduzieren und Strategien zur Problemlösung zu entwickeln. Der/die Therapeut*in begleitet den Heilungsprozess partnerschaftlich und verständnisvoll (vgl. Schramm, 2007, S. 493).

Bei einer schweren Depression, suizidalen Gedanken oder einer postpartalen Psychose bietet sich eine stationäre Therapie an. Dabei sollte es nicht zu einer Trennung von Mutter und Kind kommen, denn diese würde sich kontraproduktiv auf die Genesung der Mutter und auf die Bindung zum Kind auswirken. Bedauerlicherweise gibt es in Deutschland nur wenige Einrichtungen, die Mutter und Kind gemeinsam aufnehmen. Zudem sind die therapeutischen, personellen und räumlichen Angebote sehr unterschiedlich. Geeignet ist beispielsweise eine Einrichtung, welche eine Mutter-Kind-Interaktionstherapie (MKIT) anbietet (vgl. Schatten & Licht e. V., o. J.). Die MKIT ist speziell auf die Bedürfnisse postpartal psychisch erkrankter Mütter und ihre Säuglinge angepasst. Das Angebot ermöglicht der Mutter, die Teilnahme an einer Therapie ohne dabei von ihrem Kind getrennt zu sein. Da sich die psychische Erkrankung in der Postpartalzeit nicht nur auf das psychische Befinden der Mutter auswirkt sondern zusätzlich die Mutter-Kind-Beziehung beeinträchtigen kann, wird auch diese zusammen mit eventuellen Auffälligkeiten des Kindes behandelt. Zu dem Therapiekonzept gehören verhaltenstherapeutische Müttergruppen, die auf postpartale Störungen ausgerichtet sind, Körpertherapiegruppen, Baby-Massage-Gruppen, mütterliche Ergotherapie sowie Spielgruppen für ältere Kinder. In der MKIT werden zudem vermehrt videogestützte Elemente eingesetzt. So können beispielsweise mit Hilfe von Videofeedback verbale und nonverbale Verhaltensmuster in der Mutter-Kind-Interaktion aufgezeigt und Veränderungen des Interaktionsverhaltens angeregt werden (vgl. Reck & Schlegel, 2016, S. 184).

6 Fazit

Nach der Geburt eines Kindes stellen sich bei der Mutter nicht nur Glücksgefühle ein. Nicht selten bestimmen negative Gefühle wie Angst, Überforderung, Scham oder Unzufriedenheit das Gemüt. Die Beschreibung der in Kapitel 2 dargestellten postpartalen Krankheitsbilder vermitteln deutlich, dass emotionale Stimmungstiefs ernst genommen und bei schwerer Ausprägung professionell behandelt werden müssen, um eine Gefährdung von Mutter und Kind zu vermeiden.

Der aktuelle Forschungsstand zeigt, dass die Ursachen für das Entstehen postpartaler psychischer Krisen multifaktoriell sind. Für eine strukturierte Darstellung der Antwort auf die Forschungsfrage, wodurch psychische Störungen nach der Geburt begünstigt werden, schien es sinnvoll, die Ursachen in prä-, peri- und postpartale Faktoren zu differenzieren. Psychische Störungen in der Postpartalzeit werden durch bereits vor der Geburt bestehende persönliche und biologische Faktoren begünstigt. So spielt die hormonelle Umstellung, die mit Beginn der Schwangerschaft einsetzt und sich nach der Geburt allmählich normalisiert, eine tragende Rolle. Ebenfalls die Vorgeschichte und die gegenwärtige Situation der Mutter sind ein Risikofaktor für das Entstehen postpartaler psychischer Krisen. Eine Mutter, welche die Schwangerschaft bis zum Zeitpunkt der Entbindung als positiv empfunden hat und bis dahin keine psychischen Auffälligkeiten zeigt, kann dennoch aufgrund peripartaler Ursachen an einer postpartalen psychischen Störung erkranken. Die Ursachen hierfür ergeben sich nicht nur aus ungeahnten Komplikationen oder Schicksalsschlägen, sondern auch aufgrund zwischenmenschlicher Unangemessenheit. Eine Geburt, die von Hebammen und Ärzt*innen als „normal“ und komplikationsfrei empfunden wird, kann von der Mutter als traumatisch wahrgenommen werden, wenn diese sich respektlos behandelt, der Selbstbestimmung beraubt und in Entscheidungen übergeben fühlt. Unangemessenes Verhalten in der Geburtshilfe findet sowohl auf psychischer als auch physischer Ebene statt. So zählen medizinisch unbegründete Eingriffe und unnötige Untersuchungen genauso wie respektlose Äußerungen als gewalttätiger Umgang unter der Geburt. Aus postpartaler Sicht stellt die räumliche Trennung von Mutter und Kind nach der Entbindung sowie die neue Aufgabe der Mutterrolle ein Risikofaktor für eine psychische Erkrankung in der Postpartalzeit dar. Durch die Ansprüche der Gesellschaft, welche hohe Leistungsanforderungen stellt, wird die Krise nach der Geburt zusätzlich verstärkt.

Auch die zweite Forschungsfrage, die sich mit dem Zusammenhang von psychischen Störungen in der Postpartalzeit und Kaiserschnitten befasst, konnte im Rahmen dieser Arbeit beantwortet werden. Die Art der Entbindung kann Einfluss auf das psychische Befinden von entbundenen Frauen nehmen. Dabei ist es unerheblich, ob die Entbindung spontan oder per Kaiserschnitt stattfand. Entscheidend ist es, wie die Mutter die Situation wahrnimmt. Ausschlaggebend für eine positive Wahrnehmung ist es, wie der werdenden Mutter die nächsten medizinischen Schritte kommuniziert werden. Bleibt bei einem Kaiserschnitt nur wenig Zeit, um die Indikationen genauer zu erläutern, ist es wichtig, die Entscheidung für die Schnittentbindung und die Notwendigkeit für diese nach dem Eingriff nochmals zu veranschaulichen. Nichtsdestotrotz kann ein Kaiserschnitt sowohl physische als auch psychische Folgen haben, die unter Umständen das psychische Befinden der Frauen beeinträchtigen; insbesondere dann, wenn sie sich eine spontane „Traumgeburt“ erhofft haben.

Die in dieser Thesis behandelten Studien konnten zur wesentlichen Beantwortung der leitenden Forschungsfragen beitragen. So besteht beispielsweise ein signifikanter Zusammenhang zwischen psychischen Vorerkrankungen und postpartalen psychischen Erkrankungen. Dennoch weisen die verwendeten Studien Defizite auf. Allen voran gehen die Jahre der Durchführung, welche durchschnittlich zwanzig Jahre zurückliegen, aber dennoch in aktueller Literatur Verwendung finden. Zu hinterfragen ist die Aktualität der Studienergebnisse. Der Rahmen dieser Arbeit ließ zudem einige weitere offene Fragen nicht zu. Dazu gehört beispielsweise die politische Dimension. Interessant wäre es, sich in diesem Kontext auch mit den Möglichkeiten der politischen Handhabung auseinanderzusetzen und zu ermitteln, welchen Einfluss diese beispielsweise durch Richtlinien und Gesetze auf eine mütterfreundliche Geburtshilfe nehmen kann. Als wichtigstes Bindeglied für das Erkennen einer postpartalen psychischen Erkrankung gilt die Hebamme. In diesem Zusammenhang ist es sinnvoll, auch die Inhalte der Hebammenausbildung genauer zu untersuchen, um herauszufinden, inwiefern eine Sensibilisierung für dieses Thema für angehende Fachkräfte dieser Profession stattfindet.

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass postpartale Krisen in der Fachliteratur durchaus behandelt, jedoch kaum mit der entsprechenden „Zielgruppe“ thematisiert werden. Dabei gilt die Aufklärung als bedeutsamste Maßnahme, um einer postpartalen psychischen Störung vorzubeugen. Dies geschieht, indem die werdenden Eltern über den möglichen Gemütszustand nach der Geburt und über die Risikofaktoren, welche diesen begünstigen, informiert werden. Ein geeigneter Rahmen hierfür bietet beispielsweise der Geburtsvorbereitungskurs. Werdende Mütter bzw. Eltern müssen mit Beginn der Schwangerschaft dafür sensibilisiert und gestärkt wer-

den, ihre Bedürfnisse unter der Geburt durchzusetzen. Gleichmaßen muss eine Aufklärung über die Indikationen für einen notwendigen Kaiserschnitt stattfinden, um eine Verarbeitung der Kaiserschnittgeburt zu erleichtern. Hilfreich ist es, sich im Vorfeld über Kliniken oder Geburtshäuser zu informieren und sich rechtzeitig eine professionelle, fachkundige und kontinuierliche Betreuung durch eine Hebamme zu organisieren. Durch diese wesentlichen Schutzfaktoren steigt die Möglichkeit, ein positives Geburtserlebnis zu erfahren und die Wahrscheinlichkeit, an einer postpartalen psychischen Störung zu erkranken, reduziert sich.

Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5. Auflage). Washington, DC: American Psychiatric Publ.

Austin, M.-P., Hadzi-Pavlovic, D., Saint, K. & Parker, G. (2005). Antenatal screening for the prediction of postnatal depression: validation of a psychosocial Pregnancy Risk Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112 (4), S. 310 – 317.

Bachmann, S. & Mundt, C. (2002). Psychosen. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 3 (3), S. 214 – 222.

Becker, D. (2005). Immer weniger Sonntagskinder. Warum die Geburten an Wochenenden deutlich zurückgehen. Zugriff am 23.2.2018. Verfügbar unter: https://www.jacobs-university.de/drupal_lists/archives/news/07124/index.html.

Beesdo-Baum, K. & Wittchen, H.-U. (2011). Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. *Klinische Psychologie & Psychotherapie*, S. 879 – 914.

Biskup, A., Brutscher, P., Ensel, A. & Schulz, N. (2014). *Gynäkologie, Geburtshilfe: Lehrbuch für Pflegeberufe* (5. Auflage). München: Elsevier.

Bloemeke, V. J. (2011). *Alles rund ums Wochenbett: Hebammenwissen für die ersten Monate nach der Geburt*. München: Kösel.

Bloemeke, V. J. (2015). *Es war eine schwere Geburt: wie schmerzliche Erfahrungen heilen*. München: Kösel.

Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K. & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. In: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group (Hrsg.): *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Bonardi, K. & Grube, M. (2011). Selbsterleben von Frauen nach der Entbindung. In: A. Riecher-Rössler (Hrsg.): *Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit*. Basel: Karger. S. 63 – 46.

Börgens, S. (2010). *Das Kind ist da, das Glück lässt auf sich warten* (1. Auflage). Bonn: Balance.

Brauer, J. (2014). Psychose. In: M. A. Wirtz (Hrsg.): Dorsch – Lexikon der Psychologie. 18. Auflage. Bern: Verlag Hogrefe Verlag. S. 1264.

Brisch, K. H. (2013). Schwangerschaft und Geburt. Bindungspsychotherapie - Bindungsba-
sierte Beratung und Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Bröder, A. (2008). Sexuelle Traumatisierung - Auswirkungen auf Schwangerschaft, Geburt,
Wochenbett und Stillen. Die Hebamme, 21 (1), S. 21 – 24.

Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Deve-
lopment of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. The British Journal of
Psychiatry: The Journal of Mental Science, 150, S. 782 – 786.

Denk, G. (2015). Familie und Behinderung: „Es ist normal, verschieden zu sein“. Zeitschrift
für Psychodrama und Soziometrie, 14 (1), S. 41 – 51.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2010). Absolute und relative
Indikationen zur Sectio caesarea. Zugriff am: 23.02.2018. Verfügbar unter:
[https://www.dggg.de/fileadmin/documents/leitlinien/archiviert/federfuehrend/015054_Absolu-
te_und_relative_Indikationen_zur_Sectio_caesarea/015054_2010.pdf](https://www.dggg.de/fileadmin/documents/leitlinien/archiviert/federfuehrend/015054_Absolute_und_relative_Indikationen_zur_Sectio_caesarea/015054_2010.pdf).

Ditz, S. (2001). Betreuung von Frauen mit einer Totgeburt. Der Gynäkologe, 34 (3), S. 212 –
219.

Dorsch, F., Wirtz, M. A. & Strohmer, J. (2017). Dorsch - Lexikon der Psychologie (18.
Auflage). Bern: Hogrefe.

Dorsch, V. M. (2010). Baby Blues oder postpartale Depression? MMW-Fortschritte der Me-
dizin, 152 (48), S. 27 – 31.

Drexelius, N. (2013). Traumgeburt oder Geburtstrauma? PiD - Psychotherapie im Dialog, 14
(01), S. 7 – 7.

Fallgatter, A. J., Schnizlein, M., Pfuhlmann, B. & Heidrich, A. (2002). Klinische Aspekte
der Wochenbettpsychosen. Übersicht mit drei Fallbeispielen. Der Nervenarzt, 73 (7), S. 680 –
685.

Fischer, G. & Riedesser, P. (1999). Lehrbuch der Psychotraumatologie: mit 20 Tabellen (2.
Auflage). München: Reinhardt.

Franke, T. R. (2007). „Das schöne wurde mir genommen“ – wie Gewalterfahrungen unter der Geburt sich auf Geburt und Stillen auswirken. Kongressband 6. Dt. Still- und Laktationskongress in Göppingen November 2007.

Freedman, L. P., Ramsey, K., Abuya, T., Bellows, B., Ndwiga, C., Warren, C. E. et al. (2014). Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bulletin of the World Health Organization*, 92 (12), S. 915 – 917.

GKV-Spitzenverband (2017). Hebammen und Geburten. Zugriff am 23.2.2018. Verfügbar unter:

https://www.gkvspitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen_hebammen/gkv_kennzahlen_hebammen_1.jsp.

Görner, L. (2014). Die Wahrheit übers Kinderkriegen: eine Hebamme klärt auf (1. Auflage). München: Knaus.

Griebaum, J. (2017). Intraoperatives Bonding und früher Stillbeginn nach Sectio. *Die Hebamme*, 30 (02), S. 118 – 126.

Gröhe, F. (2003). Nehmt es weg von mir: Depressionen nach der Geburt eines Kindes. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Gröhe, F. (2009). Psychische Erkrankungen nach der Geburt: Differenzialdiagnosen. *Die Hebamme*, 22 (01), S. 6 – 12.

Grossbichler-Ulrich, R. (2006). Die Rolle der Hebamme in der Arbeit mit psychisch belasteten Frauen oder Frauen mit einem Risiko für eine Erkrankung. In: Wimmer-Puchinger, B. & Riecher Rössler, A. (Hrsg.): *Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis*. Wien: Springer-Verlag, S. 153 – 158.

Hainer, F. & Kowalcek, I. (2011). Wünsche von Schwangeren an den Geburtsmodus. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 215 (01), S. 35 – 40.

Harder, U. & Polleit, H. (2015). Die Bedeutung des Wochenbetts. In: Harder, U., Friedrich, J., Kirchner, S., Polleit, H. & Stiefel, A. (Hrsg.): *Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause* (4. Auflage). Stuttgart: Hippokrates-Verlag. S. 2 – 7.

Härtl, K., Müller, M. & Friese, K. (2006). Wochenbettdepression: Eine häufig spät oder nicht diagnostizierte psychische Erkrankung. *Der Gynäkologe*, 39 (10), S. 813 – 819.

- Hellmers, C. & Schücking, B. A.** (2005). Gewünschter und erlebter Geburtsmodus von Erstgebärenden. *Die Hebamme*, 18 (02), S. 79 – 82.
- Hildebrandt, S. & Göbel, E.** (2018). *Geburtshilfliche Notfälle: vermeiden - erkennen - behandeln* (2. Auflage). Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Hotz, S.** (2014). Hormone beeinflussen die Geburt. In: Deutscher Hebammenverband (Hrsg.): *Kreißsaaltaschenbuch*. Stuttgart: Hippokrates-Verl. S. 61 – 64.
- Husslein, P. & Langer, M.** (2000). Elektive Sektio vs. vaginale Geburt – ein Paradigmenwechsel in der Geburtshilfe? *Der Gynäkologe*, 33 (12), S. 849 – 856.
- ICD-10-GM** (2018a). Systematisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. Depression. Zugriff am 22.1.2018. Verfügbar unter: <http://www.icd-code.de/suche/icd/recherche.html?sp=0&sp=SDepression>.
- ICD-10-GM** (2018b). Systematisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen. Zugriff am 24.1.2018. Verfügbar unter: <http://www.icd-code.de/icd/code/F20-F29.html>.
- ICD-10-GM** (2018c). Systematisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert. Zugriff am 7.2.2018. Verfügbar unter: <http://www.icd-code.de/icd/code/F53.-.html>.
- ICD-10-GM** (2018d). Systematisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. Posttraumatische Belastungsstörung. Zugriff am 15.2.2018. Verfügbar unter: <http://www.icd-code.de/icd/code/F43.1.html>.
- Imlau, N., Pukall, K. & Renz-Polster, H.** (2016). *Das Geburtsbuch: Vorbereiten - Erleben - Verarbeiten*. Weinheim: Beltz.
- de Jong, T. M. de & Kemmler, G.** (2009). *Kaiserschnitt - wie Narben an Bauch und Seele heilen können: ein Ratgeber* (6. Auflage). München: Kösel.

- Kainer, F.** (2016). Kristellerhilfe – obsolet oder sinnvoll? *Die Hebamme*, 29 (04), S. 238 – 240.
- Kirchner, S.** (2015). Psychosoziale Veränderungen im Wochenbett. In: Harder, U., Friedrich, J., Kirchner, S., Polleit, H. & Stiefel, A. (Hrsg.). *Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause* (4. Auflage). Stuttgart: Hippokrates-Verlag. S. 8 – 24.
- Kleeb, B. & Rageth, C. J.** (2005). Einfluss eines prophylaktischen Aufklärungsgesprächs auf den Baby Blues. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 209 (1), S. 22 – 28.
- Knaevelsrud, C., Liedl, A. & Stammel, N.** (2012). *Posttraumatische Belastungsstörungen: Herausforderungen in der Therapie der PTBS* (1. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Knape, N.** (2010). Sectio versus Spontangeburt: ökonomische Aspekte. *Die Hebamme*, 23 (03), S. 176 – 182.
- Kolip, P., Nolting, H.-D. & Zich, K.** (2012). *Faktencheck Gesundheit. Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Kuse-Isingschulte, M., Beutel, M., Hahlweg, B., Stauber, M. & Schneider, K.** (1996). Die psychische Verarbeitung einer Totgeburt. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 56 (07), S. 380 – 389.
- Lanczik, M. & Brockington, I. F.** (1999). Das postpartale dysphorische Syndrom. *Fortschritte der Neurologie· Psychiatrie*, 67 (02), S. 60 – 67.
- Laue, B.** (2012). *Schwangerschaft und Geburt: das Wichtigste rund um Gesundheit, Entwicklung und Vorsorge* (1. Auflage). München: Gräfe und Unzer.
- Leeners, B.; Richter-Appelt, H.; Schönfeld, K.; Neumaier-Wager, P.; Görres, G.; Rath, W.** (2003). Schwangerschaft und Mutterschaft nach sexuellen Missbrauchserfahrungen im Kindesalter: Auswirkungen und Ansätze zu einer verbesserten Betreuung bei Schwangerschaft, Geburt, Still- und früher Neugeborenenzeit. *Deutsches Ärzteblatt*, 100 (11), S. 715 – 719.
- Leeners, B., Richter-Appelt, H., Imthurn, B. & Rath, W.** (2006). Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery, and the early postpartum period in adult women. *Journal of Psychosomatic Research*, 61 (2), S. 139 – 151.

- Lipson, J. G. & Tilden, V. P.** (1980). Psychological integration of the cesarean birth experience. *American Journal of Orthopsychiatry*, 50 (4), S. 598 – 609.
- Lothrop, H.** (2014). *Gute Hoffnung - jähes Ende: Fehlgeburt, Totgeburt und Verluste in der frühen Lebenszeit ; Begleitung und neue Hoffnung für Eltern* (18.Auflage). München: Kösel.
- Lutz, U., Kolip, P. & Glaeske, G.** (2006). *Die GEK-Kaiserschnittstudie (GEK Edition : Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse)*. Sankt Augustin: Asgard.
- Maercker, A.** (2017). *Trauma und Traumafolgestörungen*. München: Verlag C.H. Beck.
- Mändle, C.** (2015). Physiologie des Wochenbetts. In: Mändle, C., Opitz-Kreuter, S. (Hrsg.): *Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* (5. Aufl.). Stuttgart: Hippokrates-Verl. S. 699 – 714.
- Marcé Gesellschaft für Peripartale Psychische Erkrankungen e.V.** (o. J.). Die Edinburgh Postnatale Depression Skala (EPDS). EPDS Richtlinie für Professionelle im Gesundheitswesen. Zugriff am: 10.03.18. Verfügbar unter: <http://s522812237.online.de/wp-content/uploads/2015/04/FolieEPDS.pdf>.
- Mitterhuber, R.** (2009). Neues Anamnesemodell zur Prävention einer postpartalen Depression. *Die Hebamme*, 22 (01), S. 20 – 23.
- Mollison, J., Porter, M., Campbell, D. & Bhattacharya, S.** (2005). Primary mode of delivery and subsequent pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 112 (8), S. 1061 – 1065.
- Mundlos, C.** (2015). *Gewalt unter der Geburt: der alltägliche Skandal* (1. Auflage). Marburg: Tectum.
- Münzer, B.** (2015). Pathophysiologie in der zweiten Schwangerschaftshälfte. Die Frühgeburt. In: Mändle, C., Opitz-Kreuter, S. (Hrsg.): *Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe* (5. Auflage). Stuttgart: Hippokrates-Verl. S. 296 – 318.
- Netzwerk Krise nach der Geburt & Landratsamt Bamberg** (o. J.). *Krise nach der Geburt: Psychosoziale Beratung*. Zugriff am 7.4.2018. Verfügbar unter: <http://www.krise-nach-der-geburt.de/35.html>.

O'hara, M. W. (1987). Post-partum 'blues,' depression, and psychosis: A review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 7 (3), S. 205 – 227.

O'Hara, M. W., Zekoski, E. M., Philipps, L. H. & Wright, E. J. (1990). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology*, 99 (1), S. 3 – 15.

Pagel, J. (1901). Samuel Kristeller. Biographisches Lexikon hervorragender Ärzte des neunzehnten Jahrhunderts. Zugriff am 20.2.2018. Verfügbar unter: <http://www.zeno.org/Pagel-1901/A/Kristeller,+Samuel>.

Philipps, L. H. & O'Hara, M. W. (1991). Prospective study of postpartum depression: 4½-year follow-up of women and children. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (2), S. 151 – 155.

PONS GmbH (o. J.-a). natales : Deutsch - Latein. Zugriff am 10.1.2018. Verfügbar unter: <https://de.pons.com/%C3%BCbersetzung/latein-deutsch/natales>.

PONS GmbH (o. J.-b). partus : Deutsch - Latein. Zugriff am 10.1.2018. Verfügbar unter: <https://de.pons.com/%C3%BCbersetzung/latein-deutsch/partus>.

Rath, W. & Vetter, K. (2002). Der Kaiserschnitt zwischen Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren, Mangel an gesichertem Wissen und ärztlicher Entscheidung. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 62 (09), S. 838–842.

Reck, C. (2007). Postpartale Depression: Mögliche Auswirkungen auf die frühe Mutter-Kind-Interaktion und Ansätze zur psychotherapeutischen Behandlung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56 (3), S. 234 – 244.

Reck, C., Weiss, R., Fuchs, T., Möhler, E., Downing, G. & Mundt, C. (2004). Psychotherapie der postpartalen Depression: Mutter-Kind-Interaktion im Blickpunkt. *Der Nervenarzt*, 75 (11), S. 1068–1073.

Reck, C. & Schlegel, N. (2016). Interaktionsorientierte Mutter-Kind-Psychotherapie im stationären Setting. In: Mall, V. & Friedmann, A. (Hrsg.): Frühe Hilfen in der Pädiatrie. Bedarf erkennen – intervenieren – vernetzen. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, S. 179 – 188.

Riecher-Rössler, A. (1997). Psychische Störungen und Erkrankungen nach der Entbindung. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 65 (03), S. 97 – 107.

- Riecher-Rössler, A.** (2012). Depressionen in der Postpartalzeit. In: Riecher-Rössler, A. (Hrsg.): Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Freiburg, Basel: Karger. S. 52 – 60.
- Riecher-Rössler, A. & Fallahpour, M. H.** (2003). Die Depression in der Postpartalzeit: eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. *Archives suisses de neurologie et psychiatrie*, 154 (3), S. 106 – 115.
- Riecher-Rössler, A. & Rohde, A.** (2005). Perinatal stress, mood, and anxiety disorders: from bench to bedside (Bibliotheca psychiatrica). Basel, New York: Karger.
- Rohde, A.** (2004). Rund um die Geburt eines Kindes: Depressionen, Ängste und andere psychische Probleme ; ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und ihr soziales Umfeld (1. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Rohde, A., Dorsch, V. & Schaefer, C.** (2015). Psychisch krank und schwanger - geht das? Ein Ratgeber zu Kinderwunsch, Schwangerschaft, Stillzeit und Psychopharmaka (1. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Rott, P., Siedentopf, F., Schücking, B. & Kentenich, H.** (2000). Cesarean section on request and vaginal childbirth: psychological aspects. *Der Gynäkologe*, 33 (12), S. 887 – 890.
- Schatten & Licht e. V.** (o. J.). Hilfsmaßnahmen. Zugriff am 7.4.2018. Verfügbar unter: <http://www.schatten-und-licht.de/index.php/de/hilfsmassnahmen>.
- Scheurer, C.** (2014). Kristeller-Handgriff. In: Deutscher Hebammenverband (Hrsg.): Kreißsaaltaschenbuch. Stuttgart: Hippokrates-Verl. S. 271 – 277.
- Scholtes, K.** (2016). Vom Glück zu dritt: Auswirkungen der Erstelternschaft auf die Partnerschaft. *Psychotherapeut*, 61 (1), S. 37 – 42.
- Schönhardt, S.** (2017). Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt: Must-have in der klinischen Geburtshilfe? *Die Hebamme*, 30 (03), 168 – 177.
- Schramm, E.** (2007). Psychotherapie unipolarer Depression. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 75 (8), S. 491 – 502.
- Schultze-Lutter, F. & Schmidt, S.** (2015). Ätiologie der Psychosen. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 16 (03), S. 16 – 21.

- Seifert, F.** (2015). Geburtshilfliche Operationen. In: Mändle, C., Opitz-Kreuter, S. (Hrsg.): Das Hebammenbuch. Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe (5. Auflage). Stuttgart: Hippokrates-Verl. S. 664 – 696.
- Seitz, A.-M.** (2012). Medizinische Fachwörter von A - Z: kleines Lexikon für Pflege- und Gesundheitsberufe (1. Auflage). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Skibbe, X. & Löseke, A.** (2013). Gynäkologie und Geburtshilfe für Pflegeberufe. (3. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Stamm, A.** (2017). Roses Revolution Day – Aktionstag für einengewaltfreie Geburtshilfe. Die Hebamme, 30 (05), S. 308 – 310.
- Stangl, W.** (2018). Dysphorie. Zugriff am 22.1.2018. Verfügbar unter: <http://lexikon.stangl.eu/2433/dysphorie/>.
- Statistisches Bundesamt** (2016). Krankenhausentbindungen in Deutschland. Zugriff am 22.2.2018. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhausentbindungenKaiserschnitt.html>.
- Statistisches Bundesamt** (2017). Pressemitteilung Nr. 408. Mehr Geburten und weniger Sterbefälle im Jahr 2016. Zugriff am 15.2.2018. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/11/PD17_408_126.html;jsessionid=2ED63332801B95FB8947F3199BE77D3E.InternetLive2.
- Statistisches Bundesamt** (o. J.-a). Staat & Gesellschaft - Geburten - Alter der Mutter. Zugriff am 23.2.2018. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/GeburtenMutterAlterBundeslaender.html>.
- Statistisches Bundesamt** (o. J.-b). Staat & Gesellschaft - Geburten - Natürliche Bevölkerungsbewegung. Zugriff am 23.2.2018. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/LebendgeboreneAlter.html>.
- Taschner, U.** (2009). Auswirkungen einer Sectio auf Bonding und Stillen. Die Hebamme, 22 (01), S. 24 – 29.

- Thurmann, I.-M.** (2015). Kaiserschnitt heilsam verarbeiten. Die Prä- und perinatal basierte Spieltherapie®. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Unger, U. & Rammsayer, T.** (1996). „Himmelhochjauchzend und zu Tode betrübt“. Eine Literaturübersicht zum Post-Partum-Blues und Ergebnisse einer klinischen Studie. In: E. Brähler & U. Unger, (Hrsg.): Schwangerschaft, Geburt und der Übergang zur Elternschaft. Opladen: Westdeutscher Verlag. S. 153 – 173.
- Verein Postnatale Depression Schweiz** (o. J.). Postnatale Depression - Hormone. Zugriff am 16.2.2018. Verfügbar unter: <http://www.postnatale-depression.ch/de/informationen/ursachen/koerper/hormone.html>.
- Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Banack, H., Dritsa, M. et al.** (2012). PTSD following childbirth: A prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *Journal of Psychosomatic Research*, 73 (4), S. 257 – 263.
- Vorhemus, U.** (2013). „Kaiserschnittmütter“: das gesamtheitliche Befinden von Frauen 1-2 Jahre nach einem Kaiserschnitt. Hamburg: Diplomica Verlag.
- de Vries, U. & Petermann, F.** (2014). Depression. In: M. A. Wirtz (Hrsg.): *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. 18. Auflage. Bern: Verlag Hogrefe Verlag. S. 363.
- Werth, M., Juen, B. & König, M.** (2014). Auswirkungen von Gewalt und sexuellem Missbrauch auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. *Die Hebamme*, 27 (02), S. 97 – 104.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Klose, M., Ryl, L. & Ziese, T.** (2010). *Depressive Erkrankungen*. Berlin: Robert-Koch-Inst.
- Wöller, W. & Mattheß, H.** (2009). *Trauma und Persönlichkeitsstörungen: psychodynamisch-integrative Therapie* (1. Auflage). Stuttgart: Schattauer.