

Traumatische Geburtsverläufe: Erkennen und Vermeiden

Traumatic Birth: Recognition and Prevention

Autoren

Kerstin Weidner, Susan Garthus-Niegel, Juliane Junge-Hoffmeister

Institut

Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik,
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Dresden

Schlüsselwörter

Traumatische Geburt, PTBS, Geburtshilfe, Prävention,
Psychosomatik

Key words

traumatic birth, PTSD, obstetrics, prevention,
psychosomatics

eingereicht 13.02.2018

angenommen nach

Überarbeitung 24.05.2018

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0641-6584>

Online-Publikation: 9.7.2018

Z Geburtsh Neonatol 2018; 222: 189–196

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0948-2393

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner
Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Kerstin.Weidner@uniklinikum-dresden.de

ZUSAMMENFASSUNG

Insbesondere sexuelle aber auch körperliche oder emotionale Gewalterfahrungen in der Biografie oder Gegenwart stellen einen Hochrisikofaktor für pathologische Schwangerschafts- und Geburtsverläufe mit Entwicklung von Traumafolgen nach der Geburt sowie eine erschwerte Mutter-Kind-Bindung dar. Eine Geburt kann aber auch primär traumatisch erlebt werden, ohne dass es vorher Traumaerfahrungen gab. Schwierige und traumatisch erlebte Geburtsverläufe beeinträchtigen auch Geburtshelfer. Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über Prävalenz und Risikofaktoren einer traumatisch erlebten Geburt sowie Verläufe, Auswirkungen und Interventionsmöglichkeiten.

ABSTRACT

A history of sexual as well as physical or emotional abuse may represent a high-risk factor for difficult pregnancies and birth processes, potentially yielding the development of postpartum posttraumatic stress disorder as well as impaired mother-child attachment. However, birth itself may also be experienced as primarily traumatic, i. e., without having had prior trauma experiences. Difficult and traumatic births may affect midwives and obstetricians, too. This article provides an overview of the prevalence and risk factors of traumatic childbirth as well as the course, consequences, and intervention possibilities.

Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über Prävalenz und Risikofaktoren einer traumatisch erlebten Geburt sowie Verläufe, Auswirkungen und Interventionsmöglichkeiten.

Prävalenz

Etwa 20% der Geburten werden von den Frauen traumatisch erlebt [1], 10% zeigen in den ersten Wochen nach der Geburt eine traumatische Stressreaktion [2–4]. Bei etwa 3% entwickelt sich eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nach der Geburt [4–6], in Hochrisikogruppen bei 15,7% [7]. Vulnerabilitäts-, Risiko- und aufrechterhaltende Faktoren für die Entstehung einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach der Geburt sind in ► **Tab. 1** dargestellt [1, 5, 7–11].

Zum Verlauf von traumatisch erlebten Geburten gibt es noch wenige Daten. Etwa 44% der Frauen zeigen innerhalb von 10 Monaten eine Spontanremission. Wesentlich aufrechterhaltender Faktor scheint schlechter Schlaf zu sein [10].

Ausgewählte Risikofaktoren

Häusliche Gewalt

Die Lebenszeitprävalenz für Gewalterfahrung beträgt weltweit 15–71%, in Europa 9–23% [12, 13]. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ermittelte, dass etwa 37% aller Frauen in Deutschland mindestens einmal körperliche Gewalt und

► **Tab. 1** Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren für die Entstehung einer PTBS nach der Geburt.

Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren vor der Geburt	Risikofaktoren während der Geburt	Aufrechterhaltende Faktoren nach der Geburt
<ul style="list-style-type: none"> – Depression – Geburtsangst – gesundheitliche Probleme und Schwangerschaftskomplikationen – häusliche Gewalt – anamnestische PTBS – Inanspruchnahme von Beratung 	<ul style="list-style-type: none"> – negative subjektive Erfahrungen – sekundäre operative Interventionen – Mangel an Unterstützung – Dissoziation – lange Geburtsdauer – starker Geburtsschmerz – starker Blutverlust 	<ul style="list-style-type: none"> – negatives kindliches Outcome – reduzierte Copingstrategien – Depression – Insomnie

► **Tab. 2** Direkte und indirekte Folgen körperlicher Gewalt in der Schwangerschaft.

Direkte körperliche Folgen durch aktuelle Gewalt
Verletzungen (z. B. Brust, Genitalien, Unterleib mit Blutungen, Uterusruptur, Plazentalösung; Verletzung des Fötus) und Frühgeburtlichkeit
Indirekte körperliche und seelische Folgen durch biografisch erlebte Gewalt
Psychosomatische Symptome/Störungen (Somatisierung, verringerte Stresstoleranz, erhöhte vegetative Reaktivität, verstärkte Schwangerschafts- und Geburtsängste, Depression, PTBS *, Dissoziation, Suizidalität)
Folgen für das Gesundheitsverhalten
Schlechtere Ernährung, erhöhter Alkohol-, Nikotin-, Drogenkonsum, geringere oder sehr intensive Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und Hilfsangeboten, sozialer Rückzug
Folgen für die Geburt
Vermehrte Schmerz Wahrnehmung, Diskrepanz zwischen Erwartung und realer Geburt, vermehrt operative Geburten
Folgen für das Kind
Retardierung, Regulationsstörungen, Auswirkung auf emotionale und/oder kognitive Entwicklung, Temperament und Verhalten mit langfristigen Folgen auf psychische und physische Gesundheit
PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung

13% der Frauen mindestens einmal sexuelle Gewalt erlebt haben. In 30 bis 60% der Fälle war die Gewalt nicht nur gegen die Partnerin, sondern auch gegen Kind(er) gerichtet, bei 10% der betroffenen Frauen begann die Gewalt in der Schwangerschaft; bei 20% unmittelbar nach der Geburt [14].

Körperliche, sexuelle oder emotionale Gewalt in der Schwangerschaft kann ausgeprägte Folgen auf die mütterliche, fetale und kindliche Gesundheit haben und sich körperlich und emotional bzw. sozial auswirken, siehe ► **Tab. 2** [15, 16].

Geburtsangst

Etwa 6 bis 10% aller schwangeren Frauen leiden unter klinisch bedeutsamer Geburtsangst [17–19], wobei Erstgebärende häufiger als Mehrfachgebärende betroffen sind [20, 21]. Bei den betroffenen Frauen stellt die Geburtsangst häufig die dominierende Emotion während der Schwangerschaft dar und kann damit den Alltag der Frauen wesentlich (negativ) beeinflussen. Auch Geburtspräferenzen können davon geprägt sein. In der Tat haben mehrere Studien gezeigt, dass dem mütterlichen Wunsch nach einem elektiven Kaiserschnitt oft eine starke Geburtsangst zugrunde liegt [21, 22]. Zudem gibt es einen Zusammenhang zwischen Geburtsangst und der Verwendung von Epiduralanästhesie [23].

Geburtsangst wird auch als wichtiger Risikofaktor für ein traumatisches Geburtserleben beschrieben, bspw. bei Frauen, bei denen eine Diskrepanz zwischen der Geburtspräferenz und dem tatsächlichen Geburtsmodus besteht. Hier kann eine Verletzung

der persönlichen Integrität eine Traumatisierung zur Folge haben [24] (siehe auch Abschnitt Geburt). Darüber hinaus wird das allgemeine Geburtserleben durch Geburtsangst erheblich negativ beeinflusst, was wiederum für eine Traumatisierung prädisponiert [10]. Folglich ist die Geburtsangst relevant für die primäre Prävention traumatischen Geburtserlebens.

Symptomatik und Verlauf von Traumafolgestörungen im Kontext von Schwangerschaft und Geburt

FALLBEISPIEL 1

Eine 28-jährige Frau stellt sich auf Überweisung des Frauenarztes in der 25. SSW in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Sprechstunde vor. Aus geburtshilflicher Sicht verlaufe die Schwangerschaft nach anfänglicher Hyperemesis gravidarum unauffällig. Sie erlebe seit einigen Wochen Panik und fürchte sich vor der Geburt. Die Exploration ergibt eine beeinträchtigte Körperwahrnehmung mit hochgradiger Verunsicherung durch das Wachstum des Bauches und die Kindsbewegungen. Nachdem die Frage nach körperlicher, sexueller oder emotionaler

Traumatisierung in der Lebensgeschichte zunächst negiert wird, bejaht die Patientin diese in der 3. Stunde nach erneuter Nachfrage und gelungener Beziehungsgestaltung. Im Alter von 12 bis 15 Jahren sei sie von einem Cousin wiederholt sexuell missbraucht worden. Sie habe versucht, das Erlebte zu verdrängen und habe sich zu einem sehr vorsichtigen und introvertierten Menschen entwickelt. Schreckhaftigkeit und Alpträume habe sie in „stressigen“ Zeiten erlebt. Sexualität sei immer schwer und wenig lustvoll gewesen. Die Schwangerschaft sei gemeinsam mit ihrem Partner erwünscht gewesen. Sie könne sich nun kaum vorstellen, das Kind zur Welt zu bringen, wolle aber so gerne eine „normale Geburt“. Da die Patientin keine Psychotherapieerfahrungen hat, werden nach einer ausführlichen Anamnese mit Erfassung aller Risiko-, Vulnerabilitäts- und protektiven Faktoren Stabilisierungstechniken eingeübt, eine Einzelgeburtsvorbereitung eingeleitet sowie der Beziehungsaufbau zum Kind durch verbale Intervention und körpertherapeutische Elemente angeregt. Der Partner wird als Ressource regelmäßig in die Therapie einbezogen. Die Patientin kann zum Termin ein gesundes Mädchen zur Welt bringen. Insbesondere bei der Versorgung der Episiotomie greift sie auf erlernte Elemente der Stabilisierung (innerer sicherer Ort, Atemtechnik) zurück. In 2 Katamnesegesprächen zeigt sich ein sicherer Beziehungsaufbau zur Tochter.

Schwangerschaft

In der Schwangerschaft können vorbestehende manifeste PTBS unterschiedlicher Genese aufgrund ihrer komplexen Symptomatik zum psychischen Belastungsfaktor werden. Ebenso kann es zu einer Reaktualisierung biografischer traumatischer Erfahrungen kommen (z. B. durch invasive gynäkologische Untersuchungen). Daneben können aktuelle Ereignisse (z. B. häusliche Gewalt) zu einer akuten Belastungsreaktion führen.

Traumafolgestörungen können in der Schwangerschaft durch verschiedene körperliche, seelische oder soziale Symptome hervortreten (► **Tab. 3**):

Zu unterscheiden ist, ob es sich um abgeschlossene biografische Gewalterfahrungen oder noch bestehende aktuelle, z. B. häusliche Gewalt handelt. Hier sind zusätzliche direkte Folgen auf die

weiblichen Genitalien und den Körper, auf den Uterus, die Plazenta und das Kind zu beachten (siehe 2.1.).

Geburt

Eine Geburt kann primär oder sekundär traumatisch erlebt werden (► **Abb. 1**).

Geburt als primäre Traumatisierung

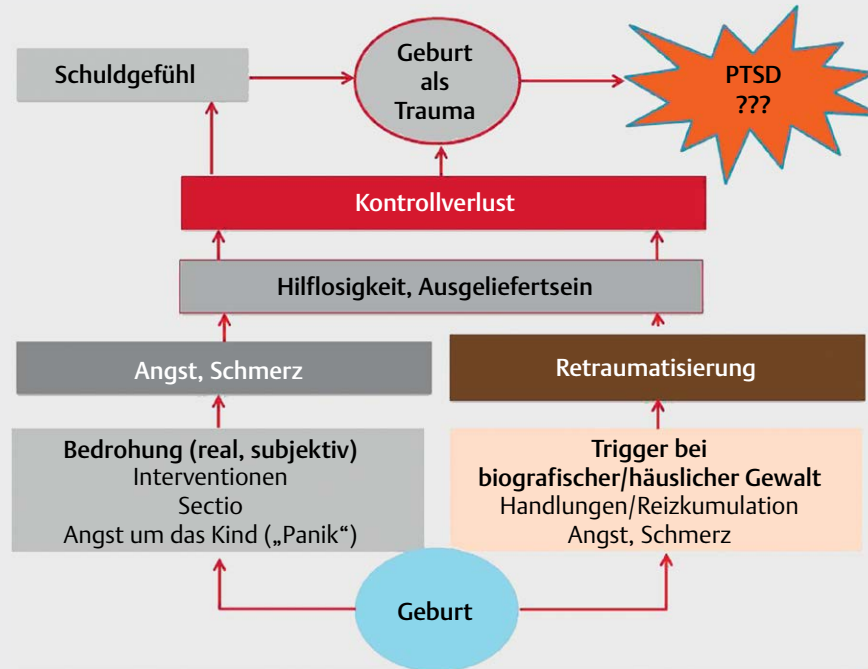
Durch reale oder subjektiv erlebte Bedrohung der eigenen Person oder des Kindes durch z. B. starke Schmerzen, Angst oder fetale Probleme (z. B. Dezelerationen im CTG) kann die Gebärende Hilflosigkeit, Ausgeliefertsein und Kontrollverlust erleben und Symptome einer akuten Belastungsreaktion entwickeln. Die Diskrepanz zwischen Erwartungen und realem Geburtsverlauf, insbesondere bei notwendiger sekundärer operativer Intervention führt häufig zu Insuffizienzerleben und quälenden Schuldgefühlen. Sekundäre Sectiones stellen einen Risikofaktor für die Entwicklung einer PTBS nach der Geburt dar. Dies ist dadurch begründet, dass die Entscheidung zur sekundären Sectio meist schnell nach einem unbefriedigenden Geburtsverlauf mit Wehenschmerz/Erschöpfung getroffen werden muss, die Frau Kontrolle abgeben muss, sich oft hilflos und ausgeliefert fühlt. Die Gebärende hat Angst um ihr Kind und erlebt sich im Konflikt zwischen dem Wunsch nach einem gesunden Kind und der Verletzung der eigenen Körperintegrität durch die Operation, häufig in Vollnarkose, was wiederum in Diskrepanz zu den eigenen Vorstellungen und Erwartungen ist. Die Sorge der Anwesenden ist meist auf das Kind fokussiert. Nach der Sectio erfolgt insbesondere bei Adaptationsproblemen eine Trennung vom Neugeborenen, die Frau leidet unter den OP-Folgen (Schmerzen, ggf. weitere Geburtsverletzungen, Nachwehen, verzögertes Stillen). Unsensibler Umgang durch das Klinikpersonal bei der Entscheidungsfindung im Kreißaal bzw. im OP (Geräusche, Worte, mechanistisch) können das Panikerleben der Frau verstärken.

Geburt als sekundäre Traumatisierung

Nicht selten erleben Frauen unter der Geburt eine Aktualisierung früherer traumatischer Erfahrungen. Diese Retraumatisierung ist Folge einer Reizkumulation oder erlebter Trigger (► **Tab. 4**) unter der Geburt, die zum Wiedererleben von Erinnerungsbildern früher erlebter Gewalt führen. Psychologisch scheinen das Erleben von Ausgeliefertsein, Hilflosigkeit und Kontrollverlust unter der Geburt zentral für die Ausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu sein.

► **Tab. 3** Symptomatik von Traumafolgestörungen in der Schwangerschaft.

Körperliche Symptome	Seelische Symptome	Soziale Symptome
<ul style="list-style-type: none"> – vermehrt Schwangerschaftsspezifische Beschwerden wie z. B. Hyperemesis gravidarum – Bluthochdruck – Panikattacken mit Hyperventilation und Tachykardie 	<ul style="list-style-type: none"> – Traurigkeit – Depressivität – spezifische/unspezifische Angst – Verunsicherung hinsichtlich der eigenen Potenz, das Kind zu gebären oder Mutter zu sein, – Fehlende Bindung zum (un)geborenen Kind – Schamgefühl – massive Geburtsangst und Sectiowunsch 	<ul style="list-style-type: none"> – Rückzug – ängstliches und übervorsichtiges Verhalten mit hoher Arztinanspruchnahme oder auch – Vermeidung mit geringerer Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen – Alkohol- oder Drogenmissbrauch mit wiederum körperlichen und seelischen Folgen für Mutter und Kind – ungünstigere Ernährung



► **Abb. 1** Geburt als primäre oder sekundäre Traumatisierung.

► **Tab. 4** Triggerreize, die unter der Geburt eine Retraumatisierung auslösen können.

- Berühren/**Untersuchung** des weiblichen Genitale
- Gebär- und Untersuchungspositionen, die das Gefühl des **Ausgeliefertseins** (nicht weglaufen zu können) verstärken
- Anwesenheit von **männlichen Geburtshelfern**
- gesprochene **Worte**, wie: „Lassen Sie locker, das tut nicht weh!“, „Haben Sie sich nicht so!“, „Schreien Sie nicht so!“ „So schlimm ist es doch noch gar nicht!“, „Ist doch gleich vorbei!“... -> Tätersprache
- **Schmerzen** mit Erleben des **Kontrollverlustes**
- Gerüche, Farben, Geräusche
- **Intransparenz** des professionellen Handelns, was wiederum das Erleben des Kontrollverlustes verstärken kann
- „**Schreie**“ anderer Gebärender
- **Blutungen** aus der Scheide, unwillkürlicher Urin- oder Stuhlabgang

Folgende Symptome weisen unter der Geburt darauf hin: emotionale Taubheit und Dissoziationen, Panikerleben und -attacken, ausgeprägte Scham, Wut oder Aggressivität, Fluchtimpulse, verstärkte Schmerzintensität und Analgetikabedarf, protrahierte Geburt.

Geburtserleben

Frauen fühlen sich nach einem negativ erlebten Geburtsverlauf häufig schuldig und insuffizient. Dies führt zum schamhaften Verdrängen (► **Abb. 1**). Nicht nur der objektive Geburtsverlauf (z. B. medizinische Komplikationen, Gefährdung von Mutter oder Kind), sondern insbesondere das subjektive Geburtserleben prädisponiert dabei für eine postpartale PTBS. Geburtsangst, präpartale Depression und Angst werden vom subjektiven Geburtserleben mediiert, präpartale PTBS-Symptome sind dagegen ein unabhängiger Prädiktor für postpartale PTBS-Symptome [10]. Eine eigene Untersuchung belegt eine ausgeprägte Assoziation des subjektiven Ge-

burtserlebens mit postpartalen Mutter-Kind-Bindungsproblemen bei Müttern mit postpartalen psychischen Störungen [25].

Postpartalzeit

Nach der Geburt können typische Symptome einer akuten Belastungsreaktion bzw. Posttraumatischen Belastungsstörung fortbestehen oder sich neu zeigen. Die Geburt wird nicht als positives Erlebnis integriert oder mit Stolz verarbeitet, sondern Erinnerungsbilder werden als angstbesetzt und bedrohlich erlebt bzw. verdrängt und gehen mit einem hohen Ausmaß vegetativer Erregung (u. a. Hyperarousal, Panikattacken, Schlafstörungen) einher. Im schlimmsten Fall wird der „Traumaverursacher“ (das Neugeborene) vermieden. Nicht selten kommt es zusätzlich zu einer depressiven Dekompensation oder der Entwicklung anderer Traumafolgestörungen (z. B. Dissoziationen). Nachfolgend können sich Interaktions- und Beziehungsstörungen zum Kind entwickeln, da die intuitive mütterliche Interaktionsfähigkeit aufgrund der Interferenz

der eigenen Symptome mit den Signalen des Kindes gestört ist und zu dysfunktionalen Interaktionskaskaden führt [26–28]. So stillen Mütter mit postpartaler PTBS ihre Kinder seltener [29]. Ausgeprägte Dissoziationen, die die Fürsorgefähigkeit der Mutter für das Kind beeinträchtigen, können sogar eine Gefahr für das Kindeswohl darstellen.

Unbehandelte Mutter-Kind-Interaktions- und Beziehungsstörungen bergen die Gefahr der Entwicklung von Bindungsstörungen des Kindes, die wiederum als Vorläufer psychischer und auch körperlicher Erkrankungen über die Lebensspanne gelten [30, 31]. Die psychische Verarbeitung von Schwangerschaft und Geburt hat somit eine transgenerationale Bedeutsamkeit.

Erkennen und Behandeln

Die Erkennungsrate biografischen oder aktuellen Gewalterlebnisses in der Schwangerschaft ist sehr gering. Nur etwa 0,5% der Frauen in der gynäkologischen Praxis werden nach Gewalterfahrungen gefragt. Auch in der Notaufnahme werden nur 7,5% der Betroffenen (also bei nachweislichen fremd zugefügten Verletzungen) danach befragt [15, 16]. Eine eigene Erhebung zeigte, dass 8,4% der Schwangeren durch Hebammen nach traumatischen Erfahrungen befragt wurden, aber nur 2% durch ihren behandelnden Frauenarzt.

Essentiell für das Erkennen von Traumafolgestörungen im Kontext Schwangerschaft und Geburt ist die Erweiterung der Anamnese um diesen Aspekt und das Erkennen des Zusammenhangs psychosomatischer Beschwerden in der Schwangerschaft und erlebter Gewalt. Das Erkennen etwaiger Traumafolgestörungen in der Schwangerschaft kann im Sinne der sekundären Prävention weitere Folgen verhindern und eine sinnvolle Geburtsplanung ermöglichen. Das Erkennen und Behandeln von traumatisch erlebten Geburten kann ebenso im sekundärpräventiven Sinne Folgen auf die seelische Gesundheit der Frau, die Mutter-Kind-Beziehung, das Kind und die Familie verhindern.

Gewaltbetroffene Frauen sprechen die eigene Problematik aus Scham und Unsicherheit nicht an, wünschen sich jedoch, nach Gewalterfahrungen befragt zu werden und sind dann auch bereit, ehrlich zu antworten bzw. dieses Angebot zu einem späteren Zeitpunkt aufzugreifen. Das Erfragen von Gewalterfahrungen sollte genauso selbstverständlich wie die Erfassung der Regelanamnese oder somatischer/psychischer Risikofaktoren sein. Dabei ist nicht das dezidierte Erfassen der Einzelheiten des Traumas notwendig, sondern die Tatsache einer vorbestehenden Traumatisierung an sich und insbesondere das Verstehen von potentiellen Auswirkungen auf die aktuelle Schwangerschaft, die bevorstehende Geburt bzw. die Mutterschaft. Die Hemmnisse auf Seiten der Behandelnden ist häufig in der Unsicherheit begründet, bei positiver Antwort handeln zu müssen. Die behandelnden Personen können jedoch keine schnelle Lösung bei biografisch erlebter oder aktueller Gewalt bieten, aber einen achtsamen Umgang, Respektieren der Situation und Angebot der Interventionseinleitung. Bereits das Gefühl der Wahl, Information und Beteiligung an Entscheidungen sind protektiv hinsichtlich traumatischer Geburtserfahrungen [32, 33]. Sinnvoll ist, Optionen der Geburt aufzuzeigen, statt „Geburtsplanung“ mit der Patientin zu betreiben. Realistische Wege unter Thematisierung von Interventionen sollten besprochen werden. Ein Geburtsvorbereitungskurs ist in jedem Falle zu empfehlen, ggf. kann

auch eine individuelle Geburtsvorbereitung rezeptiert werden. Ziel ist, der Patientin Sicherheit und Skills für die Geburt, aber auch für ihren Partner zu vermitteln. Je offener Ängste, Befürchtungen oder Trigger angesprochen werden können, desto mehr Sicherheit ist möglich. Bei aktueller häuslicher Gewalt müssen neben der Dokumentation Maßnahmen zur Garantie der Sicherheit von Mutter und Kind ergriffen werden.

FALLBEISPIEL 2

Eine 23-jährige Patientin mit einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung wird wegen zunehmender Dissoziationen in der Schwangerschaft (30. SSW) stationär in eine psychosomatisch-psychotherapeutische Klinik aufgenommen. Aufgrund bereits erfolgter ambulanter und stationärer Traumatherapie ist sie Stabilisierungstechniken in einem geschützten Setting schnell zugänglich. Trigger werden identifiziert und Maßnahmen zur Distanzierung geübt. Mit ihr gemeinsam wird der Kontakt zum Kreißaal hergestellt und potentielle Trigger werden auch mit der Hebamme besprochen. Wesentlicher Trigger ist z. B. die Farbe rosa, da ihr während einer langjährigen frühkindlichen sexuellen Traumatisierung wiederholt ihr rosa Teddy auf das Gesicht gedrückt wurde. Die Hebamme greift dies auf, die im Kreißaal getragene altrosafarbene Berufsschutzkleidung wird für diese Geburt durch eine grüne OP-Berufsschutzkleidung ersetzt. Transparenz für alle Beteiligten besteht durch ein Einlageblatt im Mutterpass und in der gynäkologischen Akte.

Nach intensiver stationärer, schließlich ambulanter Psychotherapie kann die Patientin ein gesundes Mädchen spontan zur Welt bringen. Aufgrund anhaltend schwieriger sozialer Umstände wird sie in ein Mutter-Kind-Wohnheim vermittelt. Der Beziehungsaufbau zur Tochter ist sehr eng, aber auch unsicher, eine Mutter-Kind-Therapie wird zusätzlich eingeleitet.

Wenn früher eine (Trauma)-Psychotherapie stattgefunden hat, sollte während der Schwangerschaft die Aktivierung/Wiederherstellung des Kontaktes geprüft werden, um Elemente der Traumatherapie zu reaktivieren (z. B. sicherer innerer Ort). Ressourcen und Eigeninitiative können durch Reflektion früherer Bewältigungsmuster aktiviert werden. Das soziale Netz sollte – soweit vorhanden – identifiziert und aktiviert werden. Der Bindungsaufbau zum ungeborenen Kind kann durch verbale Intervention, Imaginationen und Körpertherapie gefördert werden. Ob eine Traumabearbeitung in der Schwangerschaft erfolgen sollte, wird kontrovers diskutiert und sollte von der Kardinalsymptomatik abhängen. Es ist im Einzelfall zu klären, ob der Fokus auf Stabilisierungstechniken, Triggeridentifikation, Erlernen von Distanzierungsstrategien oder auch Traumabearbeitung durch EMDR-Behandlung liegen sollte. Da sowohl durch Triggerreize, Nachhallerinnerungen, Alpträume als auch durch die EMDR-Behandlung Stressexposition für die Frau und das Ungeborene zu erwarten ist, muss eine individuelle Risiko-Nutzen-Analyse erfolgen.

► **Tab. 5** Auswahl einiger Interventionsbeispiele zur Begleitung traumatisierter Frauen im Kontext Schwangerschaft und Geburt für die Psychosomatische Grundversorgung.

Kontext	Interventionsbeispiele
Erfragung biografischer/aktueller Gewalterfahrungen im Rahmen der allgemeinen Anamneseerhebung	<i>Ich weiß, dass viele Frauen von Gewalt betroffen sind und die Folgen für die Gesundheit enorm sein können. Ich frage daher alle meine Patientinnen: gab oder gibt es in Ihrem Leben körperliche oder sexuelle Gewalterfahrungen?</i>
Aktives Ansprechen potentieller Gewalterfahrungen bei Verdacht auf psychosomatische Genese von Symptomen in der Schwangerschaft	<i>Ihre Beschwerden können Ausdruck von Belastung sein. Viele Menschen sind mit seelischen, körperlichen oder sexuellen Verletzungen konfrontiert, die auch ihre Gesundheit beeinträchtigen. Gibt es etwas in Ihrem Leben, das Ihnen viel Stress macht oder Sie verletzt?</i>
Erfassen von Geburtsangst	<i>Viele Frauen fürchten sich vor der Geburt an sich, vor speziellen Komplikationen. Wie geht es Ihnen damit?</i>
Aktivieren von Ressourcen und Eigeninitiative	<i>Gab es in Ihrem Leben eine für Sie bedrohliche Situation? Was hat Ihnen damals geholfen? Wie können Sie jetzt für sich sorgen?</i>
Erfassen von Dissoziationen	<i>Wehenschmerz kann mit anderen schmerzhaften Erinnerungen verknüpft sein. Fürchten Sie solche Erinnerungen? Kennen Sie Dissoziationen?</i>
Erfassen von Triggern (Angsthierarchie)	<i>Kennen Sie Trigger, die Sie dissoziieren lassen? Welche Trigger könnten für Sie besonders schwierig sein?</i>
Geburtsbegleitung ohne Tätersprache	<i>Sie machen das wunderbar! Machen Sie sich für Ihr Baby ganz weich. Machen Sie Ihr Becken ganz weit für Ihr Baby.</i>
Realitätsherstellung bei Dissoziationen	<i>Frau A., Sie sind im Kreißaal. Sie bekommen jetzt ihr Baby. Sie machen das wunderbar. Ihr Partner ist bei Ihnen und hält Ihre Hand. Ich bin Hebamme B. Was Sie spüren, ist Ihr Baby.</i>
Erfassen von emotionalem Erleben nach der Geburt	<i>Bitte schildern Sie Ihr Erleben.</i>
Nachfragen zum emotionalen Erleben	<i>Was hat Sie hilflos gemacht?</i>
Erfassen von Schuldgefühlen nach einer schweren Geburt	<i>Viele Frauen haben das Gefühl, selbst schuldig zu sein. Wie erleben Sie das? Schuld und Schuldgefühl ist nicht das gleiche. Sie haben keine Schuld, dennoch quält Sie Ihr Schuldgefühl. Das ist schwer für Sie. Was genau lässt Sie sich schuldig fühlen?</i>
Akzeptanz des subjektiven Erlebens	<i>Sie spüren wenig Verständnis für Ihr subjektives Erleben während der Geburt, hören nur immer, dass alles gut für Sie und Ihr Kind verlaufen sei. Ihr Erleben ist mir aber sehr wichtig zu verstehen, bitte schildern Sie es mir.</i>
Erfassen der Beziehung zum Kind	<i>Manche Frauen empfinden am Anfang nicht so viel für ihr Baby, wie sie erwartet haben. Wie geht es Ihnen damit? Haben Sie manchmal Wut auf Ihr Baby, weil es Ihnen so viele Schmerzen bereitet hat? Wüssten Sie manchmal, Ihr Baby wieder zurückgeben zu können? Macht es Ihnen manchmal Angst?</i>

Für die Geburtsplanung sind folgende Fragen wichtig proaktiv zu klären:

- Wer soll anwesend sein? Gibt es eine haltgebende möglichst konstante Bezugsperson?
- Welche Schmerzerleichterung ist erwünscht/gar nicht vorstellbar?
- Welche Gebärpositionen sind erwünscht/gar nicht vorstellbar?
- Welche Untersuchungen sind gar nicht vorstellbar?
- Welche Situationen werden am meisten gefürchtet (Angsthierarchie)?
- Sind potentielle Trigger bekannt? Welche Maßnahmen waren bisher bei Dissoziationen hilfreich, was kann im Kreißaal verwendet werden (kühler Lappen, Düfte, Igelball...)?

Weiterhin sollte möglichst differenziert über Varianten des Geburtsverlaufes aufgeklärt werden, um unrealistische Erwartungen abzubauen und damit dem Kontrollverlust erleben vorzubeugen.

Unter der Geburt sollte jede Handlung erklärt werden. Wertungen sind nicht angebracht, auch nicht bei negativen (z. B. aggressiven) Gefühlen. Es sollte über das Einnehmen der Metaebene Verständnis entgegengebracht werden. Kampf um Kontrolle verstärkt eine emotio-

nal negativ aufgeladene Situation; Verständnis und Ermöglichen von Mitsprache kann Entlastung bringen. Bei traumatisierten Frauen sollte sehr sensibel mit gesprochenen Worten – insbesondere im Kreißaal – umgegangen werden und potentielle Tätersprache konsequent vermieden werden (► **Tab. 4**). Wenn Dissoziationen im Vorfeld bekannt sind und idealerweise Vorbereitungen getroffen wurden (z. B. „Notfallkoffer“ im Gepäck), sollten diese Hilfsmittel in Reichweite liegen; der Partner oder die Bezugsperson kann hier gut einbezogen werden. Bei auftretenden Dissoziationen unter der Geburt sollten möglichst vereinbarte Maßnahmen angewendet und immer wieder der Bezug zur Realität hergestellt werden (► **Tab. 5**).

Nach der Geburt ist es in jedem Fall sinnvoll, diese nachzubesprechen und aktiv das emotionale Erleben zu erfragen, insbesondere bei Verdacht auf traumatisches Erleben. Entscheidungen müssen transparent gemacht werden, der Frau fehlt oft das Wissen um die genauen Hintergründe. Das Mitgefühl des Erlebens auszudrücken bedeutet kein Schuldeingeständnis durch die Geburtshelfer. Transparenz für den weiter behandelnden Gynäkologen sollte über einen Vermerk im Befundbericht gesichert sein (z. B. „Hinweise auf traumatische Stressreaktion nach der Geburt, bitte um Kontrolle und ggf. Therapieeinleitung“). Auch Gynäkologen und Hebammen

verfügen zunehmend über psychosomatische Grundkompetenzen. Die Frau/das Paar sollte über Symptome einer akuten Belastungsreaktion/PTBS aufgeklärt werden und im Zweifelsfall niedrigschwellig zu einem Facharzt oder psychologischen Psychotherapeuten vermittelt werden; die Netzwerke hierzu sind regional sehr unterschiedlich. Im weiteren Verlauf ist es wichtig, das traumatische Erleben zu verstehen und Schuldgefühle auch biografisch einzuordnen bzw. biografische Traumatisierung zu erkennen. Die Diagnostik einer Traumafolgestörung ist für den Bindungsaufbau essentiell, eine Psychotherapie im Einzelsetting kann weitere Folgestörungen verhindern und die Traumafolgestörung effektiv behandeln. Ist aufgrund der psychischen Symptomatik die Mutter-Kind-Interaktion bzw. das emotionale Bonding der Mutter zum Kind beeinträchtigt, so ist eine gemeinsame Behandlung der Dyade (unter Einbezug des Partners) im Mutter/ Eltern-Kind-Setting besonders zu empfehlen. Hier kann Vermeidungsverhalten im Umgang mit dem Kind abgebaut und die Spannungsregulation in kritischen Interaktionssituationen systematisch geübt werden. Eine zunehmend gelingende und freudvolle Interaktion mit dem Säugling kann reziprok helfen, die mütterliche Primärsymptomatik (z. B. Depressivität, Ängste) abzubauen. In ► **Tab. 5** findet sich eine Auswahl von Interventionsbeispielen für die Diagnostik und Begleitung [32]. Dies stellt eine Auswahl von verbalen Interventionen im Gespräch mit (potentiell) traumatisierten Frauen im Kontext Schwangerschaft und Geburt sowie Wochenbett dar und soll lediglich beispielhaft ermutigen, offen mit der Thematik umzugehen.

Wenn eine Geburt traumatisch erlebt wurde, kann dies auch für das Kreißsaalpersonal eine erhebliche Belastung darstellen [34]. Je empathischer die Begleitung war, desto höher ist das Risiko für PTBS-Symptome bei den Helfern selbst [35]. Eine Supervision mit dem Ziel des gemeinsamen Verstehens des Verlaufs, der Entscheidungen, Erkennen und Nachfragen, Korrigieren von Schuldzuweisungen kann hier sehr hilfreich sein.

FAZIT

Frauen mit traumatischen Erfahrungen können im Kontext Schwangerschaft und Geburt mit erheblichen psychosomatischen Schwierigkeiten reagieren und bedürfen einer sehr sensiblen, individuellen Geburtsvorbereitung und -lenkung. Durch sensible und offene Gesprächsführung können diese frühzeitig erkannt und Folgeschäden z. B. in Form einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder gestörten Mutter-Kind-Bindung verhindert werden. Interdisziplinarität und Kommunikation der Behandelnden mit Transparenz in jeder Phase von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kann der Patientin eine sichere Basis ermöglichen.

Anmerkung

Teile der Übersicht finden sich auch in dem Kapitel „Traumatisierte Frauen im Kontext von Schwangerschaft und Geburt.“ von Kerstin Weidner und Juliane Junge-Hoffmeister. In: Schellong J, Epple F, Weidner K, Hrsg. Praxisbuch Psychotraumatologie. 1. Auflage. Stuttgart: Thieme; 2018.

Interessenkonflikt

Kerstin Weidner: Mitglied im Beirat der DGPGF, Vorstandsmitglied DGPM, Vorträge im Rahmen des Curriculums Psychosomatische Grundversorgung in der Frauenheilkunde

Literatur

- [1] Boorman RJ, Devilly GJ, Gamble J et al. Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery* 2014; 30: 255–261
- [2] Ayers S. Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2004; 47: 552–567
- [3] Olde E, van der Hart O, Kleber R et al. Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clinical psychology review* 2006; 26: 1–16
- [4] Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth* 2003; 30: 36–46
- [5] Grekin R, O'Hara MW. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2014; 34: 389–401
- [6] Yildiz PD, Ayers S, Phillips L. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders* 2017; 208: 634–645
- [7] Ayers S, Bond R, Bertullies S et al. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine* 2016; 46: 1121–1134
- [8] McKenzie-McHarg K, Ayers S, Ford E et al. Post-traumatic stress disorder following childbirth: An update of current issues and recommendations for future research. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2015; 33: 219–237
- [9] Garthus-Niegel S, Ayers S, von Soest T et al. Maintaining factors of posttraumatic stress symptoms following childbirth: A population-based, two-year follow-up study. *Journal of affective disorders* 2015; 172: 146–152
- [10] Garthus-Niegel S, von Soest T, Vollrath ME et al. The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: A longitudinal study. *Arch Womens Ment Health* 2013; 16: 1–10
- [11] Garthus-Niegel S, Knoph C, Soest T et al. The role of labor pain and overall birth experience in the development of posttraumatic stress symptoms: A longitudinal cohort study. *Birth* 2014; 41: 108–115
- [12] Costa D, Soares J, Lindert J et al. Intimate partner violence: A study in men and women from six European countries. *International journal of public health* 2015; 60: 467–478
- [13] Heise LL, Kotsadam A. Cross-national and multilevel correlates of partner violence: An analysis of data from population-based surveys. *Lancet* 2015; 3: e332–e340
- [14] Müller U, Schröttle M. Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse. *IFF Info, Zeitschrift des Interdisziplinären Zentrums für Frauen- und Geschlechterforschung* 2004; 21: doi:10.1055/a-0641-6584
- [15] Brzan P, Hellbernd H, Maschewsky-Schneider U. Häusliche Gewalt gegen Frauen: Gesundheitsfolgen und Versorgungsbedarf-Ergebnisse einer Befragung von Erste-Hilfe-Patientinnen im Rahmen der SIGNAL-Begleitforschung. *Das Gesundheitswesen* 2004; 66: 164–169
- [16] Peschers UM, Du Mont J, Jundt K et al. Prevalence of sexual abuse among women seeking gynecologic care in Germany. *Obstetrics & Gynecology* 2003; 101: 103–108
- [17] Areskog B, Kjessler B, Uddenberg N. Identification of women with significant fear of childbirth during late pregnancy. *Gynecologic and obstetric investigation* 1982; 13: 98–107

- [18] Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmäki E et al. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG* 2009; 116: 67–73
- [19] Størksen HT, Garthus-Niegel S, Adams SS et al. Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based study. *BMC pregnancy and childbirth* 2015; 15: 221
- [20] Garthus-Niegel S, Størksen HT, Torgersen L et al. The Wijma delivery expectancy/experience questionnaire – a factor analytic study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2011; 32: 160–163
- [21] Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section – a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 88: 807–813
- [22] Saisto T, Halmesmäki E. Fear of childbirth: A neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82: 201–208
- [23] Heinze SD, Sleigh MJ. Epidural or no epidural anaesthesia: Relationships between beliefs about childbirth and pain control choices. *J Reprod Infant Psychol* 2003; 21: 323–333
- [24] Garthus-Niegel S, von Soest T, Knoph C et al. The influence of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: A population-based, longitudinal study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014; 14: 191
- [25] Junge-Hoffmeister J, Bittner A, Garthus-Niegel S et al. Subjective birth experience predicts mother-infant-bonding in women with mental disorders. *Birth, in Vorbereitung*
- [26] Papoušek M. Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept. In: Papoušek M, Schieche M, Wurmser H, (Hrsg.). *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. 1. Aufl. Bern: Hans Huber; 2004: 77–110
- [27] Junge-Hoffmeister J, Weidner K. Trauma und Familie. In: Schellong J, Weidner K, Epple F, (Hrsg.). *Praxisbuch Psychotraumatologie*. 1. Aufl. Stuttgart: Thieme; im Druck
- [28] McKenzie-McHarg K, Ayers S, Ford E et al. Post-traumatic stress disorder following childbirth: An update of current issues and recommendations for future research. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2015; 33: 219–237
- [29] Garthus-Niegel S, Horsch A, Ayers S et al. The influence of postpartum PTSD on breastfeeding: A longitudinal population-based study. *Birth* im Druck
- [30] Schubert C. Psychoneuroimmunologie über die Lebensspanne: Frühkindliche Traumatisierung und Entzündungserkrankungen im Erwachsenenalter. In: Brisch KH, (Hrsg.). *Bindung und Psychosomatik*. 1. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 2015: 79–106
- [31] Spangler G, Reiner I. Bindungsentwicklung im Kindesalter. In: Strauß B, Schauenburg H, (Hrsg.). *Bindung in Psychologie und Medizin: Grundlagen, Klinik und Forschung – Ein Handbuch*. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer; 2017: 25–40
- [32] Weidner K, Epple F, Schellong J. Schwangerschaft und Geburt bei psychisch traumatisierten Frauen – Praktischer Umgang in der gynäkologischen Praxis. *Frauenarzt* 2011; 52: 240–250
- [33] Goodall KE, McVittie C, Magill M. Birth choice following primary Caesarean section: mothers' perceptions of the influence of health professionals on decision-making. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2009; 27: 4–14
- [34] Elmir R, Schmieß V, Wilkes L et al. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. *Journal of advanced nursing* 2010; 66: 2142–2153
- [35] Sheen K, Slade P, Spiby H. An integrative review of the impact of indirect trauma exposure in health professionals and potential issues of salience for midwives. *Journal of advanced nursing* 2014; 70: 729–743