

Drei Frauen, drie Geschichten : von der Verweigerung zum Ja

Autor(en): **Castaing, Brigitte**

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): **106 (2008)**

Heft 9

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949458>

Nutzungsbedingungen

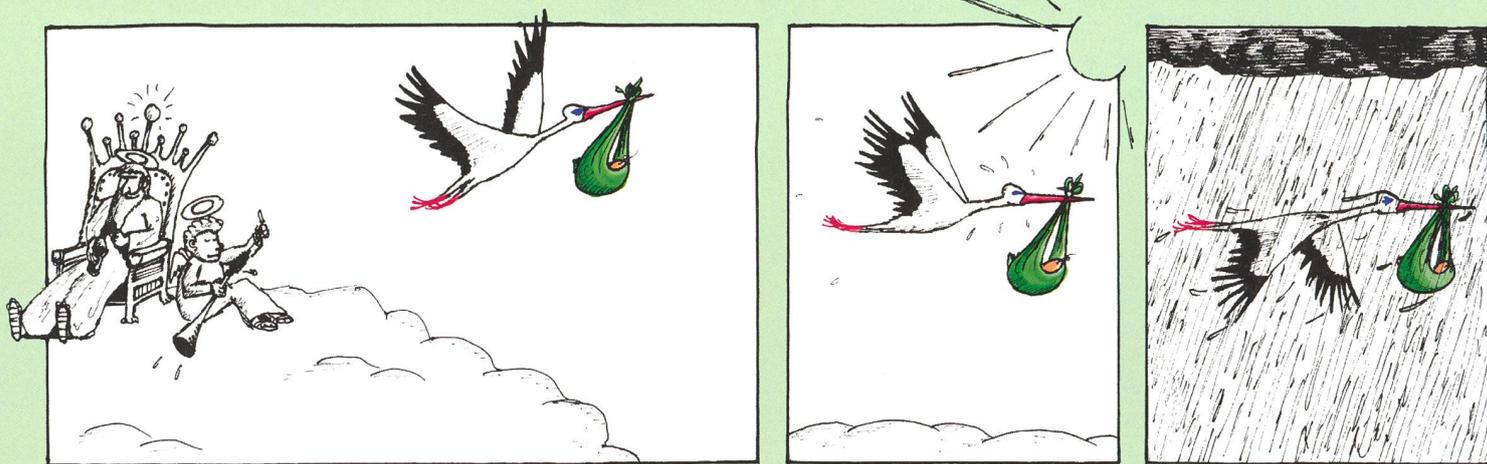
Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

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

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

Haftungsausschluss

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



troffenen bei regelmässigen Wehen oftmals zuerst einen Hausarzt oder Notfallstationen aufsuchen und dann nicht selten mit fortgeschrittener Dilatation im Gebärsaal ankommen. Oft sind diese Frauen überfordert, Entscheidungen zu treffen. In solchen Fällen muss die Hebamme manchmal für die Gebärende entscheiden, da immer mit Komplikationen wie tiefes Geburtsgewicht oder Frühgeburtlichkeit gerechnet werden muss.

Für die erste Begegnung zwischen Mutter und Kind kann die Hebamme, sofern es beiden gut geht, eine ruhige und vertraute Atmosphäre schaffen und das Bonding durch Körperkontakt fördern. Vielleicht braucht die Frau etwas Zeit, um ihre Gefühle zu ordnen und zu begreifen, dass sie Mutter geworden ist. Dabei sollte sie nicht allein gelassen werden. Vielleicht hilft es ihr, gemeinsam mit der Hebamme ihr Kind zu betrachten und anzufassen. Stillen kann den Beziehungsaufbau unterstützen; vielleicht ist es aber für so viel Nähe und Intimität noch zu früh.

Die Hebamme sorgt für eine optimale Stillbeziehung und überwacht die Rückbildung. Die Frau muss ihre Körperveränderungen wahrnehmen können. Für eine nachträgliche Geburtsbesprechung und das Klären organisatorischer Fragen sollte viel Zeit, eventuell auch an mehreren Terminen, zur Verfügung stehen. Die Hebamme schafft eine kontinuierliche Betreuung, indem sie die Mütterberatung früh einbezieht und erste Termine für die Familie organisiert. ◀

Aus: Rahel Tomal, «Schwangerschaftsverdrängung», Hebammenschule Ausbildungszentrum Insel Bern, März 2006.

Drei Frauen, drei Geschichten

Von der Verweiger

Im Kantonsspital des Kantons Waadt (CHUV) geht man bei 2500 Geburten von einem Fall von negierter Schwangerschaft jährlich aus. In diesem Beitrag geht es um den emotionalen Aspekt bei solchen besonderen Situationen. An drei erlebten Beispielen möchte die Autorin weitergeben, was diese Frauen sie gelehrt haben, nicht theoretisch, sondern auf einer anderen, nicht rationalen Ebene. Auf der Ebene des «Wesentlichen des Lebens».

Brigitte Castaing, Hebamme, Beraterin, CHUV Lausanne

Marion¹, 23 Jahre alt

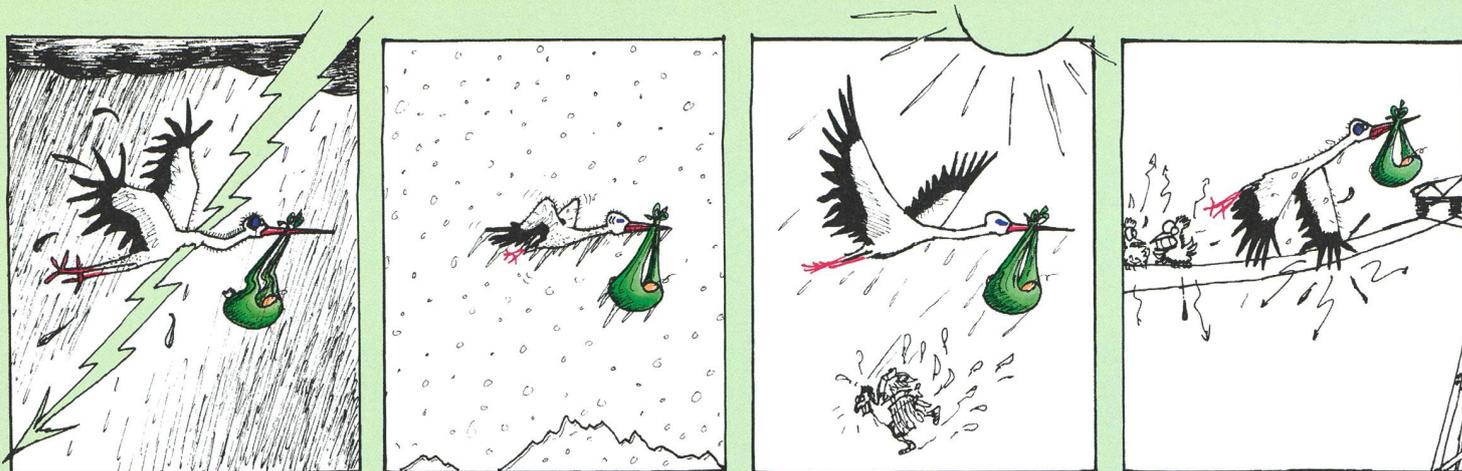
Sie ist Jusstudentin und nimmt ihr Studium ernst. Seit einem Jahr hat sie einen Freund. Eines Tages fährt sie im Bus an der Familienberatungsstelle vorbei... Sie steigt aus und sagt der Frau beim Empfang: «Ich glaube, ich bin schwanger.» Weil die Schwangerschaft weit fortgeschritten ist (37. SSW), schickt man sie ins CHUV, wo ich sie als dringenden Fall untersuche. Ihre Mens sei schon öfter ausgeblieben, dann wieder kleine Blutungen, aber in den letzten Monaten keine. Sie ist dünn wie ein Metalldraht. Sie verspürte Bewegungen im Bauch und glaubte, in letzter Zeit etwas zu dick geworden zu sein. Wie sich der Schleier der Negierung hebt, geht es ihr schlecht: Sie ist völlig ausser sich, sie habe Prüfungen, wolle ihr Studium weiterführen, ihrem Freund erzähle sie nichts davon und ihren Eltern (der Vater ist Arzt) und ihren drei Schwestern (sie ist die Jüngste) erst recht

nichts. Ich spüre, wie einsam sie sich fühlt.

Während unserem Gespräch springt die Fruchtblase. Ich begleite sie in den Gebärsaal, und noch immer sagt sie, sie wolle dieses Kind nicht, und niemand dürfe davon wissen. Die Negierung geht tief. Für Marion, Studentin der Rechte, müssen die Dinge in Reih und Glied stehen. Die Vertrauensbeziehung zwischen uns ist gut, ich rate ihr, doch wenigstens ihrem Freund Bescheid zu sagen. Aber sie will nicht. Sie weiss nicht, ob er der Mann fürs Leben ist. Ich weise sie darauf hin, dass es zumindest eine Verbindung gibt, die sie nicht abstreiten kann: das Kind hat einen Vater. Es hat auch Grosseltern und Tanten. So hat sie die Situation bisher nicht gesehen. Mein Vorschlag: die Unterstützung einer psychologischen Beraterin anzunehmen.

Die Geburt überstürzt alles, verändert auch alles. Der Ultraschall zeigt nicht nur eine Steisslage (was eine Sectio in den nächsten zwei Stunden bedeutet), son-

¹ Alle Namen geändert



ung zum Ja

dern auch eine lebensbedrohende Anencephalie des Kindes. Als Folge der Sectio und der Reanimation auf der Neonatologie sieht Marion das Kind nicht sofort. Sie will das Kind zur Adoption freigeben. Aber die Dinge überschlagen sich. Was Marion erlebt, ist zu heftig, zu schnell, ein unglaublicher Schock: innert kürzester Zeit erlebt sie die Entdeckung ihrer Schwangerschaft, eine Kaiserschnittgeburt, ein aufs Äusserste gefährdetes Kind und seinen drohenden Tod. Kaum empfangen, wartet schon das Loslassen auf sie.

In Gegenwart einer Psychologin stimmt sie zu, ihren Freund zu sehen. Dann begegnet sie ihren Eltern. Sie, die «alles allein machen wollte», entdeckt mit einem Schlag die Intensität familiärer Bindungen. Nie hatte sie so viel Liebe von ihren Eltern und Schwestern erwartet, und so viel Zuwendung für das kleine Wesen, das so unerwartet auf die Welt gekommen war. Das Kind wurde Ende November geboren und getauft; eine Schwester Marions war Patin. Marion kaufte ihm ein Mützchen und später ein Weihnachtsgeschenk. Am Tag vor Weihnachten starb es.

Ich sah Marion kurze Zeit später wieder und war sehr berührt von ihrer Widerstandskraft, von der Harmonie zwischen dem Annehmen des Kindes und der so eng damit verbundener Trauer beim Loslassen. Schritt um Schritt war nicht nur sie daran gewachsen, sondern liess auch uns alle daran wachsen... ihre Kraft, ihre Bewusstheit und Spiritualität waren aussergewöhnlich. Diese kopflastige, sehr mental orientierte Frau – für die Emotionen

keinen Platz zu haben schienen – fand mit einem Schlag zu ihrem Körper und ihren Gefühlen zurück.

Anderthalb Jahre später meldete uns die Psychologin, dass zwischen Marion und ihrem Freund alles gut laufe und sie eine Schwangerschaft planten.

Sylvie, 43 Jahre alt

Sie ist Kellnerin und seit sieben Jahren die Geliebte eines verheirateten Mannes. Überzeugt, in der Vormenopause zu sein, glaubt sie, nicht mehr fruchtbar zu sein. In der 33. SSW konsultiert sie ihre Gynäkologin, die Sylvie an mich überweist. Sylvie erklärt mir, dass diese Schwangerschaft «unmöglich» sei: Sie lebt allein in einer Zweizimmerwohnung, übt einen schwierigen Beruf aus; den Kindsvater will sie nicht informieren, weil er verheiratet ist, auch ihren Patron nicht, mit dem sie sich gut versteht. Ihre Eltern sind verstorben und sie hat nur einen Bruder, der brauche es nicht zu wissen.

Ausserdem glaubt Sylvie, dass ein Kind teuer zu stehen kommt. Ich respektiere ihren Wunsch, das Kind zur Adoption freizugeben und werte ihre aussereheliche Beziehung nicht. Ich mache sie einzig darauf aufmerksam, dass sie bis drei Monate nach der Geburt einen handschriftlichen Brief verfassen müssen, in dem sie dem Kind erklärt, warum sie es verlassen will. Nur wenige Frauen bringen diesen Schritt fertig (was übrigens vom Gesetz auch vorgesehen ist).

Meine Ausbildung in Psychogenealogie erlaubt mir den Versuch, das werdende Kind in seiner Verwandtschaft zu ver-

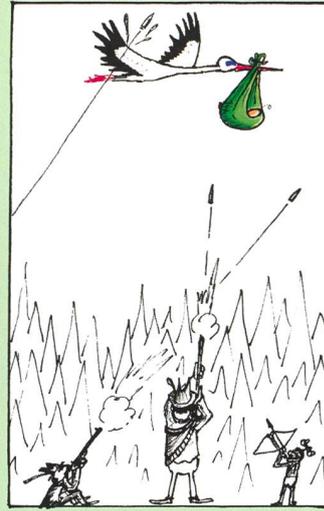
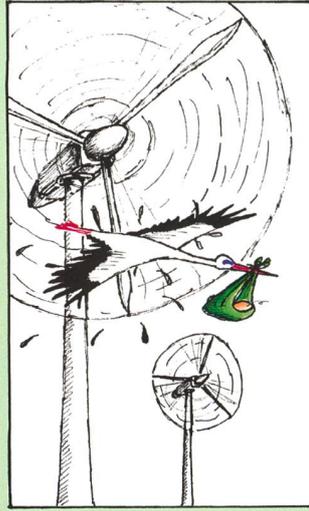
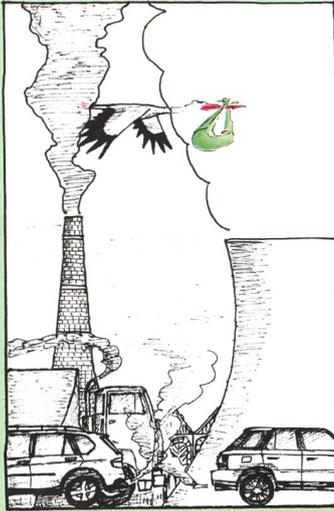
ankern: «Es wird die Nichte oder der Nefte Ihres Bruders sein, und dessen Kinder bekommen somit eine Cousine oder einen Cousin.» Darauf gibt sie mir zu verstehen, dass sie glaubt, ihre Schwägerin ahne etwas. Eine Bemerkung über ihre Gewichtszunahme sei gefallen. Inzwischen nähert sich Sylvies Geburtstag und ihr Bruder, den sie selten sieht, lädt sie zu sich ein. Kurz vorher kommt ihre Schwägerin für einen Kaffee vorbei und sagt ihr: «Ich habe das Gefühl, du seist schwanger; aber für uns ist das in Ordnung.»

Und für Sylvie ist es eine Offenbarung: sie hat eine Familie! Rasch vertraut sie sich ihrem Bruder an, der sie finanziell unterstützen wird. Sogar ihr Chef verspricht ihr eine Prämie. Mit einem Mal sehen die Dinge für sie sehr anders aus: sie verwirft die Adoption. Sie hat den Vater des Kindes informiert: er wird es anerkennen, aber sie wird niemandem sagen, von wem es ist. Später erfuhren wir von ihrer Gynäkologin, dass das Kind für Sylvie die totale Selbstverwirklichung bedeutet.

Marie, 19 Jahre alt

Sie ist Doppelbürgerin und lebt in Paris. Sie erlebte bereits mehrere Amenorrhöen, und denkt zunächst, es sei einfach eine mehr. Eines Tages geht sie zu ihrem Hausarzt, weil sie wissen will, weshalb sie ständig zunimmt. Sie denkt an Obstipation, dabei ist sie in der 30. SSW...

Marie kommt in die Schweiz, weil sie nicht in ihrem Umfeld gebären will. Als ich mit ihr spreche, sieht sie alles klar: «Ich wohne in Paris, wo ich auch arbeite.



Meinem Chef habe ich gesagt, ich fahre in die Ferien. In der Schweiz bin ich versichert. Ich lebe bei einer Freundin meiner Mutter. Niemand weiss etwas. Ich will dieses Kind auf keinen Fall. Ich will eine PDA. Ich will dem Kind keinen Namen geben. Will es auch nicht in den Armen halten. Es soll adoptiert werden.» Ich notiere alles in ihrer Fallgeschichte.

Die Geburt muss eingeleitet werden. Alles geht dann sehr schnell, für eine PDA hat man keine Zeit. Die betreuende Hebamme sagt ihr: «Schieben Sie. So ist es gut. Jetzt nicht mehr schieben.» Eine lange Stille folgt, und Marie ist beunruhigt. «Es weint nicht! Gebt mir das Kind!» Es machte Klick! Und Marie behielt das Kind. Später besuchte ich sie als freischaffende Hebamme. Sie kehrte vorerst ohne Kind nach Paris zurück, aber 15 Tage später holte sie es zu sich...

Kollektive Erfahrungen aktiviert

Mit ihrer Verweigerung haben diese Frauen, so scheint mir, in sich ein Stück kollektive Erfahrungen aktiviert, nämlich die Erfahrungen schwangerer unverheirateter Frauen, welche noch vor gar nicht langer Zeit von der Gesellschaft systematisch geächtet wurden. Alle drei Frauen sind starke Persönlichkeiten. Sie haben ihr Kind behalten, weil sich ihre Perspektive veränderte, wegen den äusseren Umständen, oder wegen des Dialogs. Vorerst beharrten sie lange auf einem Nein zu einer Schwangerschaft, die für sie undenkbar war; dann erlaubten sie sich selber die Verbindung mit dem Kind. ◀

Aufgeschrieben von Josianne Bodart Senn; Übersetzung: Gerlinde Michel.

55 Hebammen aus Belgien/Frankreich

Erfahrungen mit verdrängten Schwangerschaften

Zwei französische Hebammen in Ausbildung gingen dem Phänomen der verdrängten Schwangerschaft mit einer Umfrage auf den Grund¹. Sie suchten und fanden nicht weniger als 55 Hebammen, die mindestens einmal in ihrem Berufsleben mit einer betroffenen Frau konfrontiert waren. Welches waren die Charakteristika dieser Frauen? Und was für eine Einstellung leitete die Hebammen bei der Betreuung dieser besonderen Wöchnerinnen?

Das Interesse der Untersuchung richtete sich einerseits darauf, wie viel und was die befragten Hebammen zum Phänomen der verdrängten Schwangerschaften wussten, andererseits auf die Einstellung der Hebammen zu den betroffenen Frauen und ihren Umgang mit ihnen. Die Informationen wurden zwischen Juli 2005 und Februar 2006 mit halbstrukturierten Interviews gewonnen. Die 55 befragten Hebammen arbeiteten in Spitälern in Belgien und Frankreich. Im Folgenden einige ausgewählte Resultate.

1. Charakteristika der betroffenen Frauen

Zeitpunkt der Entdeckung der SS

Für 49,1% der Hebammen wurden die eindrücklichsten Fälle von negierter Schwangerschaft erst im Moment der Geburt offenkundig.

Alter der Frauen

< 15 Jahre	1,8%
15 bis 18 Jahre	36,4%
19 bis 25 Jahre	25,5%

31 bis 35 Jahre	9,1%
36 bis 40 Jahre	5,5%

Früherer Schwangerschaftsabbruch

45,5% der Hebammen wussten, dass ihre Klientin nie vorher einen Abbruch gehabt hatte; 41,8% konnten sich nicht daran erinnern, ob das der Fall war oder nicht.

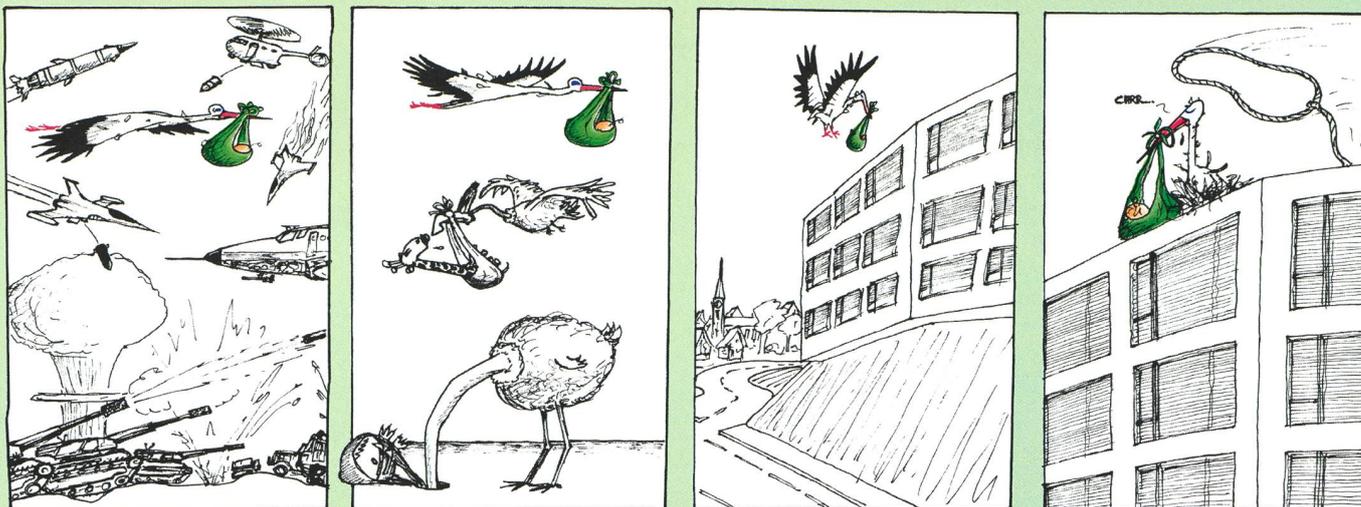
Parität

47,3% der Hebammen erinnern sich an Nulliparae, 30,9% an Frauen mit bereits einem Kind und 21,9% an Frauen mit schon mehr als einem Kind.

Stillen oder Flasche?

Gemäss 52,7% der Hebammen wählte die Frau nach der Geburt, ihr Kind mit der Flasche zu ernähren, 21,8% erinnerten sich an den Stillwunsch ihrer Klientin.

¹ Lamié Fanny, Prost Aurore: «Ces grossesses silencieuses». Diplomarbeit zum Abschluss der Hebammenausbildung. Bruxelles, Promotion 2002–2006, 134 Seiten.



drängter Schwangerschaft

Emotionaler Zustand der Frauen

34,5% der Hebammen beobachteten anscheinendes Wohlbefinden, 30,9% gestresste Frauen, 25,5% Frauen, die nicht auffallen wollten, und 21,8% Frauen, die Aufmerksamkeit auf sich zogen.

Legalität, Beschäftigung

Gemäss 74,5% der Hebammen lebten die Frauen in geordneten Verhältnissen. 49,1% der Hebammen erinnern sich an arbeitslose Frauen.

Anwesenheit des Vaters

67,3% der Hebammen berichteten, der Vater sei bei der Geburt nicht dabei gewesen.

Vaterschaft

36,4% der Hebammen erinnern sich, dass der Vater der gegenwärtige Lebenspartner war, 21,8% sagten, es sei ein Unbekannter, und 14,5%, es sei der Ehemann. In 3 Fällen war der Vater ein Vergewaltiger, in einem Fall handelte es sich um eine kollektive Vergewaltigung.

2. Beobachtungen und Gefühle der Hebammen

Haltung bei der Aufnahme

Eine Mehrheit der Hebammen (41%) berichtet, sie hätten sich bei der Aufnahme der Frau gut gefühlt, 27,3% fühlten sich nicht wohl. Statistisch sind diese Antworten nicht repräsentativ, denn 30,9% der Hebammen sagten auch, sie hätten sich beeinträchtigt gefühlt. 54,5% der Hebammen gaben an, keine Vorurteile ver-

sürt zu haben. 29,1% der Hebammen hingegen sagten, sie hätten der Aussage der Frau, nichts gewusst zu haben, nicht geglaubt, 9,1% sagten, sie hätten der Frau Glauben geschenkt; 61,8% der Hebammen berührten dieses Thema nicht.

Beobachtete Interaktionen

Fast die Hälfte der Hebammen (47,3%) beobachtete keine wesentlich anderen frühen Mutter-Kind-Interaktionen als sonst; 25,5% hingegen beobachteten sehr wenig Interaktion. 50,9% stellten eine konstante Verbesserung der Interaktionen zwischen der Mutter und ihrem Neugeborenen fest, 27,3% eine gewisse Entwicklung, und nur 3,6% beobachteten das Fehlen von Interaktionen.

Verhalten der Mutter

61,8% der Hebammen stellten «mütterliches Verhalten» gegenüber dem Kind fest, 23,6 konstatierten Indifferenz. Fälle von «Gewalt» wurden keine erwähnt. Die mütterliche Haltung schien stark von ihrem Umfeld beeinflussbar.

Verhalten des Kindes

58,2% der Hebammen beobachteten, dass die Neugeborenen auf ihre Umwelt reagierten, 32,7% sahen, wie das Baby Blickkontakt mit der Mutter hielt. Dies lässt generell auf ein positives Verhalten der Kinder schliessen.

3. Betreuung der Frauen Management

34,5% der Hebammen berichten, keine

besonderen Vorkehrungen für die Wochenbettbetreuung zu treffen. 25,5% legten die junge Mutter bewusst in ein Doppelzimmer, damit sie von der Zimmernachbarin «lernen» konnte, andere (23,6%) zogen ein Einzelzimmer vor, um mehr Zeit und Ruhe für Gespräche und für die Mutter-Kind-Begegnung zu schaffen. Die Mehrheit (87,3%) hält fest, dass in ihrem Spital keinerlei Richtlinien zur Pflege nach verdrängter Schwangerschaft existierten.

Ausbildung, Information

Die meisten Hebammen (92,7%) haben in ihrer Ausbildung das Thema nie behandelt. 61,8% haben auch nie eine Informationsveranstaltung dazu besucht. 12,7% berichteten von einem Informationsangebot, das ihnen später bei der Betreuung geholfen habe. 56,4% glauben, dass eine verdrängte Schwangerschaft Folgen für die Mutter und ihr Kind habe; andere glauben nur an Risiken für entweder die Mutter oder das Kind. 14,5% halten Risiken für beide für unwahrscheinlich.



Der vollständige Bericht findet sich auf S. 32–35 in dieser Nummer. Bearbeitung und Übersetzung: Gerlinde Michel.

Verdrängte Schwangerschaft: Fallbeispiel 1

Schwangerschaft trotz Pille

Frau W., 23, trat mit kolikartigen Bauchschmerzen und vaginalem Ausfluss auf der Notfallstation des Zentrumsspitals ein. Dort wurde ein Urinstatus mit Schwangerschaftstest durchgeführt, der positiv ausfiel. Die Frau war in Begleitung ihres Partners und wurde sofort in die geburtshilfliche Abteilung überwiesen.

Eine Sonografie im Gebärsaal bestätigte den Verdacht auf Schwangerschaft. Das Kind befand sich in Kopflage, der Muttermund war vollständig dilatiert, der vorangehende Teil auf ISP+1 und das Fruchtwasser stark mekoniumhaltig. Wegen fehlenden Angaben zum Zeitpunkt des Blasensprungs und zur Geburtsdauer schätzte die verantwortliche Hebamme das Komplikationsrisiko als erhöht ein. Die Frau konnte Fragen nicht adäquat beantworten, weil sie mit den Wehen und der für sie völlig unerwarteten Situation beschäftigt war. Wegen protrahierter Austreibungsphase bei vorderer Deflexionslage entschied man sich bei Kopf auf ISP+2 zu einer Vacuumgeburtsart mit Episiotomie.

Das neugeborene Mädchen adaptierte gut mit einem Apgar von 9/9/10 und einem arteriellen pH von 7,16. Es wog 3290g und war 49cm lang. Nach Petrusca Score entsprach das Kind der 40.SSW. Frau W. hatte ihre Schwangerschaft bis zum Zeitpunkt der Geburt nicht wahrgenommen. Sie lebte erst seit fünf Monaten wieder in einer festen Beziehung, der aktuelle Partner war also nicht der biologische Vater. Frau W. hatte Monate zuvor einmal die Pille vergessen und am nächsten Tag zwei davon genommen. Sie nahm die Gynera-Pille bis zur Geburt ein und hatte regelmässig menstruationsähnliche Blutungen. Weder ihre Familie noch der Partner bemerkten die Schwangerschaft. Das Verhältnis zu ihren (geschiedenen) Eltern beschrieb Frau W. als gut und vertraut. Sie hatte eine Ausbildung als Hotelfachfrau erfolgreich abgeschlossen, war jedoch zum Zeitpunkt der Geburt arbeitslos. Sie lebte allein in einer 2-Zimmer-Wohnung und wurde von den Eltern finanziell unterstützt. Nach der Geburt verbrachte Frau W. mit ihrem jetzigen Partner sieben Tage auf der Wochenbettstation in einem Familien-

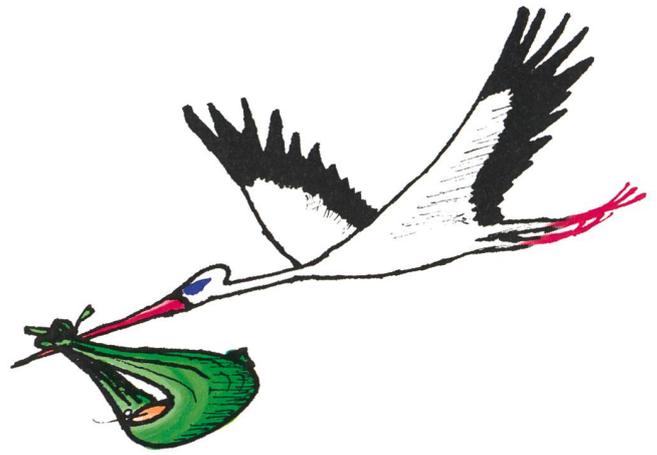
zimmer. Sie konnte ihre Tochter problemlos stillen und wurde schrittweise in die Kinderpflege eingeführt. Es fanden mehrere Gespräche mit Hebammen, dem Sozialdienst und der Familienplanung statt, zum Teil gemeinsam mit den Eltern und/oder dem Partner. Frau W. konnte sich begleitet mit der Mutterrolle und der Organisation des zukünftigen Alltags mit einem Kind auseinandersetzen. Bei Austritt wusste sie, an wen sie sich bei auftretenden Schwierigkeiten oder Ängsten wenden konnte. Termine bei der Hebamme für ein Nachgespräch sechs Wochen später und bei der Familienplanungsstelle bezüglich Konzeptionsberatung waren vereinbart.

Frau W. nahm erneut Kontakt mit dem biologischen Kindsvater auf und informierte ihn über seine Vaterschaft. Nach einem klärenden Vaterschaftstest war er bereit, Unterhaltsleistungen zu bezahlen. Einige Wochen später begann er, sich nach seiner Tochter zu erkundigen. Inzwischen besucht er das Kind regelmässig und übernimmt zunehmend Verantwortung in der Betreuung. Frau W. ist darüber froh; sie schätzt es, mit ihm über anstehende Entscheidungen zu diskutieren.

Vom Partner, der bei der Geburt anwesend war, hat sich Frau W. getrennt. Anfänglich habe er sich sehr für sie und das Kind eingesetzt und ihr grosse Unterstützung angeboten. Er wollte jedoch nicht, dass der biologische Vater zu seiner Tochter eine Beziehung aufbaut.

Frau W. arbeitet wieder zu 40 bis 60%; das Kind ist in dieser Zeit bei einer Tagesmutter. Frau W. stillte das Mädchen die ersten sechs Monate voll, später drei bis viel Mal täglich. Es entwickelte sich prächtig.

Aus: Rahel Tomal, «Schwangerschaftsverdrängung», Hebammenschule Ausbildungszentrum Insel Bern, März 2006.



Verdrängte Schwangerschaft: Fallbeispiel 2

Auch der Gynäkologe merkte nichts

Eine 38-jährige Patientin wurde vom interdisziplinären Notfall mit Unterbauchschmerzen und positivem Schwangerschaftstest an die geburtshilfliche Abteilung überwiesen. Eine vaginalen Untersuchung ergab einen wulstigen Muttermund, 4cm dilatiert, Kopflage zwei Querfinger über ISP. Spontan wurde ein reifer Knabe mit einem Geburtsgewicht von 2800g und unauffälligen NSA-pH und Apgarwerten geboren. Die Frau

war bereits Mutter einer achtjährigen Tochter; bei einer Körpergrösse von 170cm wog sie 98 kg. Sie stammte aus einfachen, sozial stabilen Verhältnissen. Sie erwähnte unregelmässige Zyklen und dass sie zirka acht Wochen zuvor beim Gynäkologen zur Jahreskontrolle gewesen war(!).

Aus: Alexander Krafft, Die negierte Schwangerschaft – ein Fallbericht. Referat vom 13.12.2007, Fortbildung Universitätsspital Zürich, Klinik für Geburtshilfe.

Studie aus Wales

Psychologische Nachbetreuung wichtig

Verdrängte Schwangerschaften verunmöglichen eine angemessene Schwangerschaftsvorsorge und erhöhen dadurch auch das Geburtsrisiko. Die retrospektive Untersuchung von Spitalgeburten während einer Zeitspanne von 11 Jahren ergab eine Inzidenz von 1:2500 Geburten. Von den Frauen mit negierter Schwangerschaft waren 12% verheiratet und 58% Multiparae; von ihnen hatten 8% bereits eine Sectiogebeurten erlebt. Bei 20% der Frauen traten während der Schwangerschaft medizinische Komplikationen auf. Verdrängte Schwangerschaften kamen in den Wintermonaten häufiger vor, verglichen mit der Gruppe der bewussten Schwangerschaften (p=0.02).

Der Geburtsmodus war in beiden Gruppen vergleichbar; die Inzidenz mütterlicher Morbidi-

tät bei den negierten Schwangerschaften blieb tief. In der Kohorte der verdrängten Schwangerschaft war die Frühgeburtsrate signifikant höher (p=0.0002). 20% (8%) der Kinder hatten tiefere Apgar-Werte nach 1 Minute (nach 5 Minuten).

Bei diesen Frauen fand sich keine dokumentierte psychologische Beratung oder Nachbetreuung. Trotz tiefer Inzidenz der mütterlichen Morbidität empfehlen die Autoren, diese Frauen während der Geburt als Hochrisiko-Gruppe zu behandeln. Ausserdem müsste sichergestellt werden, dass sie postnatal psychologisch betreut und begleitet werden.

Nirmal D. et al., The incidence and outcome of concealed pregnancies among hospital deliveries: an 11-year population-based study in South Glamorgan.

Erschreckende Sectiostatistiken Mit- statt gegeneinander!

Zu «Sectio in der Forschung» 6/2008

Als (Ex)Geburtshelfer habe ich diese Nummer mit viel Interesse gelesen.

Die Sectiostatistiken sind für mich erschreckend, und ich bin froh, dass wenigstens die Hebammen sich dagegen stemmen, dass am Ende alle Schwangeren auf dem OP-Tisch landen für die Geburt. Solange allerdings die 20-Minuten-Operation besser be-

zahlt ist als die mehr Einsatz verlangende Spontangeburt, ist auf eine Trendwende kaum zu hoffen.

Zum Vergleich: Meine Sectiofrequenz betrug in den 70er Jahren um 5% und überstieg auch am Schluss, nach 2000, nie 15%. Andere Zeiten!

Dr. med. Hansruedi Suter
Zug

Zu H.ch 5/08 Familienhebammen

So toll, dass Sie einen Bericht über die Familienhebamme veröffentlicht haben – ich habe darüber einen Projektbericht geschrieben. Ich bekam viele gute und wertvolle Rückmeldungen von GynäkologInnen, Fachfrauen MüBe, Hebammen, dem Präventivmediziner Dr. G. Bachmann, von Frauen aus der Familienberatung – eines war ja allen ganz zentral, das Wohl des Kindes und der Familie. Ohne einen Abschlussbericht veröffentlicht zu haben, erhielt ich auch eine Stellungnahme, die mich sehr nachdenklich machte: arbeiten Hebammen und MüBe

gegen- statt miteinander? Ich selbst habe nur positive Erfahrungen mit den Frauen der MüBe in der Ostschweiz gemacht. Um in Fällen – wie sie Eva Schneider beschreibt – auch wirklich kompetent handeln zu können, braucht es eine Zusatzausbildung, was mir in meinen Interviews bestätigt und begrüsst wurde.

Vielen Dank für die interessanten Beiträge in der Hebammenzeitung – ich hatte sie ja lange nicht mehr; jetzt freue ich mich jeweils auf ihr Erscheinen!

Eveline Stupka
Hebamme, Sozialarbeiterin

www.hebamme.ch
www.sage-femme.ch

Evelyne Steinemann

Der verlorene Zwilling

Wie ein vorgeburtlicher Verlust das Leben prägen kann

2006. 176 Seiten, Fr. 27.30
Kösel-Verlag München

Das Buch beschreibt die Erkenntnis, dass das Leben schon von Anfang an prägend sein kann. Nicht nur was das von aussen Beeinflussbare betrifft, sondern eben auch, was sich unbemerkt schon ganz früh im Bauch abspielt. Dass Menschen, die ein Geschwisterchen verlieren, von jemandem Abschied nehmen müssen, und dass es im seelischen Bereich gar nicht so wichtig ist, ob dieser Abschied schon nach ein paar Lebenswochen oder erst nach ein paar Jahren statt findet.

Es ist immer ein Abschied. Es gibt Menschen, die ein solcher Verlust stark prägt, im Leben begleitet und beeinflusst. Meist ohne das Wissen, dass es sich um den frühen Verlust eines Geschwisters handelt.

Evelyne Steinemann schreibt, wie sich solche Traumata manifestieren und anfühlen können. Mit welchen Gefühlen, Ängsten und Problemen die Betroffenen umzugehen lernen müssen.

Dabei kommen in vielen kleinen Berichten Betroffene zu Wort. Im letzten Teil des Buches zeigt die Autorin verschiedene Therapieformen auf.

Für Leserinnen, die sich zum ersten Mal mit dieser Thematik auseinandersetzen, mag die Klarheit, mit der Steinemann das Thema beschreibt, anfangs vielleicht fast abschreckend wirken.

Ist man aber schon etwas vertrauter damit, so ist es durchaus spannend, vieles, worüber man sich selbst schon Gedanken machte, so ausformuliert lesen zu können. Bestimmt kann das Buch Betroffenen dabei helfen, überhaupt zu erkennen, dass sie Betroffene sind und was zu tun ist.

Es regt an, sich auch im Zusammenhang mit der Sterilitätsbehandlung und dem se-

lektiven Fetozid Gedanken zu machen. Deshalb ist das Buch für Hebammen und betroffene GynäkologInnen sehr zu empfehlen!

Daniela Christen Lechner
Hebamme

Evelyne Steinemann



DER VERLORENE ZWILLING

Wie ein vorgeburtlicher Verlust unser Leben prägen kann



FÜNFLINGE, GESUND UND MUNTER

Die Hebamme.ch und alles rund um die Geburt.

Stellen- und Kommerzinserte

künzlerbachmann
medien

KünzlerBachmann Medien AG · Geltenwilenstrasse 8a · CH-9001 St.Gallen · T 071 226 92 92 · F 071 226 92 93 · info@kbmedien.ch · www.kbmedien.ch

Eliane Zimmermann

Aromatherapie für Pflege- und Heilberufe

Das Kursbuch zur Aromapraxis

2006. 3., völlig überarbeitete Auflage, 331 S., 27 Abb., 8 Tab., Fr. 67.90
Sonntag Verlag Stuttgart



Beim vorliegenden Werk handelt es sich um das Lehrbuch zur Aromatherapie-Ausbildung am Institut AiDA Aromatherapy international, und ist als solches sehr zu empfehlen. Die Autorin, die sich nach ihrer Ausbildung zur Altenpflegerin in verschiedenen Disziplinen weitergebildet hat, ist heute eine anerkannte Expertin der Aromatherapie, führt eine eigene Praxis und bildet selber Fachpersonen aus. Die Autorin lebt heute in Irland, wo sie viele ihrer Heilpflanzen selber anbaut.

Das Buch ist in bekannter Lehrbuchmanier gestaltet: auf Spezialpapier gedruckt, mit gut eingeteilten Kapiteln und farblicher Hervorhebung von Zusammenfassungen und wichtigen Hinweisen. Abbildungen verdeutlichen das Gesagte. Über fast 100 Seiten werden alle Öle systematisch vorgestellt: Pflanzenteil, Herstellungsverfahren, Pflanzenfamilie, Inhaltsstoffe, wichtige Eigenschaften, Hauptindikationen und Nebenwirkungen. Am Schluss des Buches

finden sich Adressen von ExpertInnen, ein Fremdwörterverzeichnis, ein Sachregister, eine Liste aller Pflanzen und nützliche Adressen von Fachleuten in verschiedenen Ländern (www.aromapraxis.de).

Es wird klar dargelegt, welche ätherischen Öle in der Pflege verwendet werden dürfen und welche nur von ausgebildeten AromatherapeutInnen. Dies ist wesentlich, haben doch wissenschaftliche Studien die Wirksamkeit der Aroma-Therapie längst untersucht und positiv bewertet. Es braucht also eine ausgebildete Fachperson für deren Anwendung zum Wohle der Menschen. Ein Kapitel stellt deshalb die Anforderungen dar, die zum Führen einer Praxis gehören.

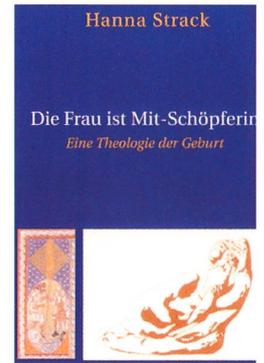
Margrit Heller
Pflegefachfrau und Hebamme

Hanna Strack

Die Frau ist Mit-Schöpferin

Eine Theologie der Geburt

2006. 357 Seiten, Fr. 36.–
Christel Göttert Verlag
Rüsselsheim



«Die Frau ist Mitschöpferin durch die Kraft und die Gelassenheit und den Mut.» Dieser Satz einer freischaffenden Hebamme gab den Ausschlag zum vorliegenden Werk. Die Theologin erarbeitet anhand von sechs Interviews und begründet durch ihre theologischen Studien den Zusammenhang zwischen der Geburt und dem ihr innewohnenden «Heiligen».

Zuerst stellt die Autorin drei Perspektivenwechsel dar:

1. von der Mortalität zur Natalität als anthropologische Grundkonstante, 2. vom Eva-Mythos zum biblischen Eva-Bild, 3. von der medikalisierten Geburt zu einer Geburtskultur. Sie verfolgt den Werdegang des Hebammenberufes durch die Jahrhunderte, immer im Hinblick auf das Verhältnis der Frauen (Mütter und Wehenmütter) zur Kirche. Der Hebamme oblag (obliegt) das Amt, die Nottaufe zu spenden – dieser Aspekt zeigt die Verbindung des Berufes mit der Theologie. Ebenso werden Rituale aufgezeigt, die Hexenverfolgung im Mittelalter dargestellt,

aber auch Segensliturgien im Anhang zur Verfügung gestellt.

Ich finde das Werk schwierig zu lesen, da viel Allgemeinwissen (Fachwörter aus Philosophie und Religion) vorausgesetzt wird. Andererseits gelingt es der Autorin, die Gedanken der Hebammen und der Mütter und Väter grundlegend zu analysieren und in grössere Zusammenhänge zu stellen. Deshalb finde ich es wichtig, dass «Fachfrauen für Geburtshilfe» sich heutzutage mit diesem Werk auseinandersetzen, da es sich mit dem tieferen Sinn der Geburt und des Geborenwerdens befasst – so werden Hebammen sich wieder für eine frauenzentrierte Geburtskultur einsetzen.

Margrit Heller
Pflegefachfrau und Hebamme



Erste Hilfe für Menschen mit letzter Hoffnung.



Postfach, 8032 Zürich
Tel. 044 385 94 44, Fax 044 385 94 45
www.msf.ch, kontakt@zurich.msf.org
PK 12-100-2



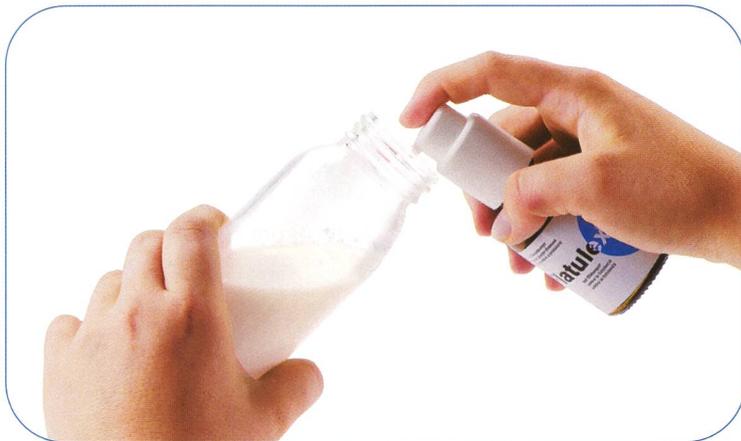
Ja, ich möchte mehr über die Arbeit von Médecins Sans Frontières erfahren. Bitte senden Sie mir:

Jahresbericht Spendeunterlagen

Name/Vorname _____ Strasse _____

PLZ/Ort _____ E-Mail _____

Flatulex® Tropfen bei Blähungen und Koliken



Flatulex®
Simethicon

Gut verträgliche Hilfe für Säuglinge

- frei von Zucker, Alkohol und Farbstoffen
- angenehmer Bananen-Geschmack
- praktische Dosierpumpe

Erhältlich in Apotheken und Drogerien

Ein Ratgeber für Eltern



**Babies
und Blähungen**



Ratgeber für Eltern «Babies und Blähungen»

Ich bestelle den Ratgeber gratis:

- 15 x deutsch 15 x französisch
 15 x italienisch 15 x serbisch

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Einsenden an: Bayer (Schweiz) AG, HC/CC, Postfach, 8045 Zürich oder
per Fax an: 044 465 84 01

Flatulex®

Zusammensetzung: Simethicon (Dimethicon-3000-Siliciumdioxid 97:3); Kautabletten: 42 mg, Tropflösung: 41.2 mg pro 1 ml (= 2 Pumpstösse).

Indikation: Symptomatische Behandlung aller Formen übermässiger Gasansammlung oder Gasbildung im Magen-Darm-Bereich. **Dosierung:** Zu oder nach jeder Mahlzeit und vor dem Schlafengehen. Erwachsene: 1-2 Kautabletten oder 2-4 Pumpstösse. Schulkinder: 1 Kautablette oder 2 Pumpstösse. Säuglinge und Kleinkinder: 1-2 Pumpstösse. **Kontraindikationen:** Ileus, Überempfindlichkeit gegenüber den Inhaltsstoffen. **Packungen:** Flatulex Kautabletten zu 50, Flatulex Tropfen zu 50 ml (mit Dosierpumpe). Liste D. Ausführliche Informationen entnehmen Sie bitte dem Arzneimittel-Kompendium der Schweiz.



Bayer (Schweiz) AG
8045 Zürich



Baby-Comp – damit das Baby kommt

Eine natürliche Chance für alle Paare
mit unerfülltem Kinderwunsch

sicher
schnell
zuverlässig



Natürliche Familienplanung mit Baby-Comp

Der Zykluscomputer Baby-Comp wurde eigens entwickelt, um einer Frau exakt jene Tage anzuzeigen, an denen sie optimal empfängnisbereit ist – nämlich fünf Tage vor und am Tag des Eisprungs.

Mit seiner einzigartigen Software berechnet Baby-Comp dies individuell für jeden Zyklus.

So sieht eine Frau nicht nur, ob überhaupt regelmäßig ein Eisprung stattfindet, der Computer erkennt auch Schwächen im Hormonhaushalt. Damit sich das Ei in der Gebärmutter einnisten kann, muss der Gelbkörperwert stimmen.

Mit dem Baby-Comp können sie herausfinden, ob bei Ihnen etwas nicht in Ordnung ist – eine Störung, die sich im übrigen sehr zuverlässig behandeln lässt.

Alle Daten der letzten 250 Tage können abgefragt werden. Früher als jeder Schwangerschaftstest zeigt ihnen der Baby-Comp an, ob alles geklappt hat.

So einfach geht es:

Sie messen mit dem Temperaturfühler jeden Morgen 50-60 Sekunden lang die Aufwachtemperatur unter der Zunge und geben gegebenenfalls noch Ihre Menstruation ein. Fertig! Baby-Comp zeigt die Fruchtbarkeit des Tages an.

VE Valley Electronics AG

www.baby-comp.ch

Hornbachstrasse 50
CH-8008 Zürich

Tel +41 44 389 84 33
Fax +41 44 389 84 00

info@baby-comp.ch

Produkt des Jahres 2007 in Frankreich *Original* Federhängewiege "Baby-JoJo"

- Der Baby-JoJo und die Matratze passen sich der natürlichen Haltung des Babys an.
- Unterstützt durch die sanften Schwingungen (Stahlfeder) und die schützenden Seitenwände fühlt sich das Baby so wohl wie im Bauch der Mutter.
- Lindert Koliken und Blähungen
- Gute Erfolge auch bei schwer beruhigbaren Babys
- Natürliche, waschbare Materialien
- Einfache Montage
- Inklusive Matratze, Matratzenanzug und 2 Befestigungssets
- Zahlreiche Krippen, Spitäler und andere Fachleute arbeiten täglich mit dem Baby-JoJo
- Hergestellt in der Schweiz/EU

Stahlfeder mit Federüberzug aus Baumwollstoff

Lange Kette mit zwei abnehmbaren Gliedern (Einfaches Variieren der Höhe)



Spezialpreis für Krippen, Hebammen und Spitäler, % im Sept./Okt.



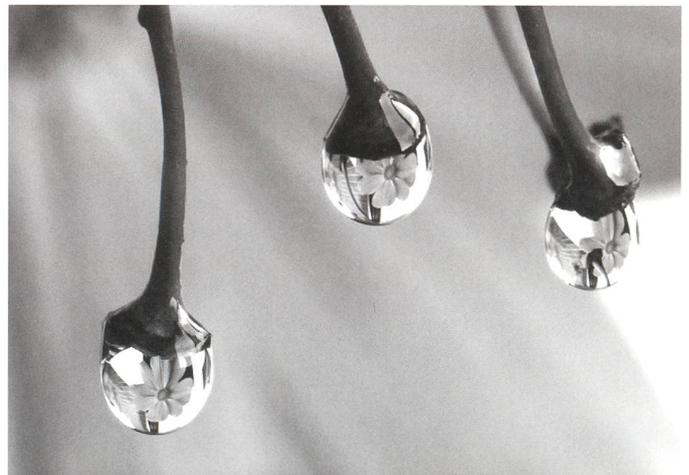
Druckknöpfe zum Verschliessen des Fussendes

Kängurooh Company GmbH, Maur

Tel.: 043 / 399 03 44 Fax: 043 / 399 03 45

E-Mail: kaengurooh@smile.ch

Infos unter: www.kaengurooh.com



ÄTHERISCHE ÖLE UND KONTROLLIERTE NATURKOSMETIK

Für Mutter und Kind

Seit über 20 Jahren ist Farfalla der Spezialist für ätherische Öle in Bio-Qualität und ein Pionier für Naturkosmetik. Unser Sortiment kontrolliert biologischer Basisöle wie Mandelöl und Calendulaöl garantiert optimale Pflege für Mutter und Kind. Zudem sind wir Exklusiv-Partner der Bahnhof-Apotheke Kempten und vertreiben die *Original D'Armanuschungen*. Gerne schicken wir Ihnen auch unser Seminarprogramm mit Kursen zum Thema Schwangerschaft und Geburt.



Farfalla Essentials AG, Florastr. 18, 8610 Uster, Tel. 044 905 9900, www.farfalla.ch