

Die traumatisch erlebte Geburt : wie das Fachpersonal helfen kann

Autor(en): **Vogt, Ramona**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = Obstetrica : la revue spécialisée des sages-femmes**

Band (Jahr): **120 (2022)**

Heft 11

PDF erstellt am: **21.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-1033369>

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.

Die traumatisch erlebte Geburt: Wie das Fachpersonal helfen kann

Traumatisch erlebte Geburten sind kein Tabuthema mehr: In der Praxis häufen sich Nachgespräche über Unzufriedenheit in der Betreuung und über schwierige und traumatisch erlebte Geburtsverläufe. Was kann das Fachpersonal präventiv machen, um es nicht zu einem negativen Erlebnis kommen zu lassen? Und wie kann es Frauen mit Posttraumatischer Belastungsstörung unterstützen?

TEXT:
RAMONA VOGT

Unter der Geburt haben werdende Mütter das Bedürfnis nach Schutz, Geborgenheit und Sicherheit durch das Fachpersonal der Geburtshilfe. Nicht immer wird die Geburt jedoch positiv erlebt: Rund 20 Prozent der Frauen beurteilen ihre Geburt als traumatisch, wobei 10 Prozent in den ersten Wochen postpartum eine Anpassungsstörung zeigen. Bei 3 Prozent der jungen Mütter entwickelt sich gar eine posttraumatische Belastungsstörung. Wie Umfragen zeigten, spielt die Qualität der Interaktion mit dem betreuenden Fachpersonal dabei eine bedeutende Rolle: Viele Frauen, welche die Geburt als traumatisch erlebt haben, beschreiben eingeschränkte oder mangelnde Fürsorge, Respektlosigkeit oder die Durchführung von Interventionen ohne Einverständnis als Hauptfaktoren für ihr traumatisches Geburtserleben (Leinweber et al., 2022). Umgekehrt können schwierige Geburtsverläufe nicht nur für die Frauen und Familien, sondern auch für das geburtshilfliche Fachpersonal eine erhebliche Belastung darstellen (Weidner et al., 2018).

Traumatisch erlebte Geburt: Was kommt danach?

Die Reaktion auf eine Belastung wie eine traumatisch erlebte Geburt ist individuell. Gemäss ICD (2022) wird zwischen akuter Anpassungsstörung und Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) unterschieden.

Bei der akuten Anpassungsstörung handelt es sich um eine vorübergehende Störung, welche in wenigen Stunden oder Tagen nach dem Ereignis wieder abklingt. Die individuelle Vulnerabilität und die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen (Coping-Strategien) spielen bei Auftreten und Schweregrad der akuten Belastungsreaktionen eine wichtige Rolle (ICD, 2022). Eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) wird definiert als eine verzögerte Reaktion auf ein belastendes oder traumatisches Ereignis (Stucky & Wagner, 2021). Drei

Viele, welche die Geburt als traumatisch erlebt haben, beschreiben eingeschränkte oder mangelnde Fürsorge oder Respektlosigkeit als Hauptfaktoren für ihr traumatisches Geburtserleben.

Symptomkomplexe stehen dabei im Vordergrund:

- Wieder-Erinnern und Wieder-Erleben der Geschehnisse durch aufdrängende Gedanken, Flashbacks und Alpträume;
- Vermeidungsverhalten gegenüber Orten und Situationen, die an das Erlebte erinnern;
- Erhöhtes Erregungsniveau (Reizbarkeit, Wutausbrüche und Schreckhaftigkeit).

Risikofaktoren, Symptome und Folgen

Es gibt Risikofaktoren für eine von der Mutter später als traumatisch erlebte Geburt, die bereits für die Zeit in der Schwangerschaft als auch unter der Geburt identifiziert werden können.

Für die Peripartalzeit muss unterschieden werden, ob bereits in der Schwangerschaft eine Posttraumatische Belastungsstörung vorlag oder ob diese aufgrund der Geburt aufgetreten ist (Martini et al., 2017). Auch unabhängig von einer vorbelasteten Anamnese können Frauen eine Geburt als traumatisch erleben. Durch reale oder subjektiv erlebte Bedrohung des Kindes oder der eigenen Person entstehen Gefühle von Hilflosigkeit, Ausgeliefertsein oder Kontrollverlust (Weidner et al., 2018). Auch im Falle von schwerwiegenden Geburtsverletzungen oder starken Blutungen werden häufiger Posttraumatische Belastungsstörungen



Antje Kroll-Wiltzer

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 • Anamnetische PTBS • Inanspruchnahme von Beratung 	<ul style="list-style-type: none"> • Negative subjektive Erfahrungen • Sekundäre operative Interventionen • Dissoziation • Lange Geburtsdauer • Starker Geburtsschmerz • Starker Blutverlust 	<ul style="list-style-type: none"> • Negatives kindliches Outcome • Reduzierte Copingstrategien • Depression • Insomnie

diagnostiziert. Eine Diskrepanz zwischen Erwartungen und realem Geburtsverlauf führt häufig zu Insuffizienz- und Schuldgefühlen.

Gewalt in der Geburtshilfe

In den letzten Jahren wurde vermehrt über respektloses Verhalten und Gewalt unter der Geburt durch das Fachpersonal berichtet: Die Erfahrungen reichen von subtiler Respektlosigkeit bis hin zu offener Gewalt (Enz & Rutishauser, 2017). Es konnte aufgezeigt werden, dass es in der Geburtshilfe häufig zu schmerzhaften und unnötigen Interventionen kommt, in Abwesenheit von informierter Entscheidungsfindung (Khosla et al., 2018). Frauen berichten über fehlende oder missbräuchliche Kommunikation von Fachpersonen: Informationen wurden entweder absichtlich zurückgehalten oder es wurde zu wenig auf Vor- und Nachteile und Alternativen eingegangen. Überarbeitetes Fachpersonal sowie überfüllte Einrichtungen konnten ebenfalls nachgewiesen werden (Khosla et al., 2018).

Nach der Geburt können sich akute Zeichen einer Anpassungsstörung oder Posttraumatischen Belastungsstörung zeigen wie zum Beispiel Panikattacken, Schlafstörungen oder sogar die Vermeidung des «Traumaversachers» (des Neugeborenen). Erinnerungsbilder werden als bedrohlich oder angstbesetzt verdrängt und die Geburt wird als negatives Ereignis integriert. Depressive Dekompensation oder die Entwicklung anderer Traumafolgestörungen können die Konsequenz sein. Ebenso kann eine Interaktions- und Beziehungsstörung zum Kind auftreten, welche unbehandelt zu Vorläufern psychischer und körperlicher Erkrankungen über die gesamte Lebensspanne werden können (Weidner et al., 2018).

Prävention und Unterstützung

Bereits bei der Familienplanung, spätestens aber in der Schwangerschaft, sollten belastende Risikofaktoren erkannt und die Erwartungen an die Institution und das geburtshilfliche Personal geklärt werden. Eine psychosomatisch orientierte Begleitung der Familien mit Empathie und positiver Wertschätzung kann traumatischen Verläufen entgegenwirken.

Die Schwangerschaft

In der Schwangerschaft ist die Erfassung von anamnestischen Traumata durch Hebammen und Ärzt*innen besonders relevant, da Erinnerungen sowohl durch Massnah-

men als auch durch den Prozess der vaginalen Geburt getriggert werden und zu einer Aktualisierung der Symptome führen können (Martini et al., 2017). Weidner et al. zeigen auf, dass gewaltbetroffene Frauen die eigene Problematik häufig aus Scham und Unsicherheit nicht ansprechen, sich aber wünschen, nach Gewalterfahrungen befragt zu werden. Bei biografisch erlebter Gewalt lässt sich häufig keine schnelle Lösung finden. Jedoch ist darauf zu achten, einen achtsamen Umgang zu pflegen, die Situation zu respektieren und auch das Angebot zu machen, eine Interventionseinleitung vorzunehmen. Wenn zuvor bereits eine Psychotherapie stattgefunden hat, sollte der Kontakt zur Psychologin oder zum Psychologen



Hilfe durch das Fachpersonal

Fachpersonen können unterstützen und helfen, indem sie von Anfang an das Gespräch mit den Frauen und den für sie richtigen Umgang suchen. Folgende Leitpunkte dienen der Orientierung:

- Erheben der Anamnese inklusive Erfragen von Gewalterfahrungen bei jeder Schwangeren;
- Geburtssetting: Erwartungen klären, Möglichkeiten der jeweiligen Institution aufzeigen;
- Individuelle Geburtsvorbereitung mit Einbezug der Begleitperson;
- Optionen für die Geburt aufzeigen (Bezugspersonen, Gebärpositionen, Interventionen, Ängste ansprechen, gegebenenfalls bekannte potenzielle Trigger definieren);
- Identifikation und Aktivierung des sozialen Netzes zur Unterstützung;
- Psychosomatische Beratung und Behandlung.

in der Schwangerschaft wieder aufgenommen werden. Ob eine Traumabearbeitung in der Schwangerschaft stattfinden sollte, wird kontrovers diskutiert. Durch die Triggerreize ist sowohl für die Frau als auch für das Ungeborene eine Stressexposition zu erwarten.

Die Geburt

Unter der Geburt ist das geburtshilfliche Personal gefordert, der Familie Sicherheit, Schutz und Geborgenheit zu vermitteln, offen und respektvoll zu kommunizieren und geburtshilfliche Entscheidungen mit den

Es wird empfohlen, die Geburt nach zu besprechen und das emotionale Befinden der Frau zu erfragen, dies vor allem dann, wenn Verdacht auf ein traumatisches Erlebnis besteht.

Eltern abzusprechen. Es gilt, die Intimsphäre der Frau zu schützen, indem man zum Beispiel einen Sichtschutz anbringt. Interventionen sollten nur bei Bedarf durchgeführt und die Wünsche der Frau zu jedem Zeitpunkt ernst genommen werden. Im Falle einer Notfallsituation (Blitzsectio, Schulterdystokie oder ähnlich) muss den Eltern kurz und klar erklärt werden, warum welche Massnahmen eingeleitet werden. Bei langen, komplizierten Geburtsverläufen sowie bei unerwarteten Ereignissen finden sowohl direkt nach der Geburt als auch im Wochenbett erste Gespräche statt, um der Familie die Situation zu erläutern.

Das Wochenbett

Obwohl das Thema Geburtstrauma und die Auswirkungen auf Mutter und Kind immer besser erforscht sind, gibt es bisher nur wenige Hilfsangebote für betroffene Frauen (Garten, 2022).

Der erste wichtige Schritt ist die Anerkennung des Geburtstraumas. In der Praxis werden häufig Geburtsnachbesprechungen angeboten, um Frauen bei der Verarbeitung der Geburt zu unterstützen. Leider erreicht man damit nicht alle Frauen, denn es zeigt sich in der Praxis, dass sich viele Frauen nicht melden oder es gar meiden, an den Ort des Geschehens zurückzukehren. Trotzdem wird empfohlen, die Geburt nach zu besprechen und das emotionale Befinden der Frau zu erfragen, dies vor allem dann, wenn Verdacht auf ein traumatisches Erlebnis besteht. Geburtsverläufe und Entscheidungen sollten transparent erläutert werden, da den Familien häufig das Wissen um die genauen Hintergründe fehlt (Weidner et al., 2018). Auch im Geburtsbericht sollte für die weiterbetreuenden Fachpersonen transparent dokumentiert sein, dass Hinweise für eine traumatische Stressreaktion nach der Geburt bestehen. Das Paar sollte über die Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung aufgeklärt werden und im Zweifelsfall an Fachärzte überwiesen werden (Weidner et al., 2018).

Das geburtshilfliche Team

Auch für das Fachpersonal sind schwierige Geburtsverläufe belastend und müssen verarbeitet werden. Die Reflexion von komplexen Geburtsverläufen im interprofessionellen Team ist hilfreich, um das Erlebte zu verarbeiten und gegebenenfalls aus möglichen Fehlern zu lernen. Die Reflexion sollte direkt im Anschluss an die Geburt stattfinden und, wenn möglich, sollten alle Beteiligten daran teilnehmen. Die Institutionen sollten eine transparente und konstruktive Fehler- und Feedbackkultur fördern und regelmässig Fallbesprechungen durchführen. Salutogenetische und kontinuierliche Betreuungsformen sollten gefördert werden und den Fachpersonen die Prinzipien der respektvollen Geburtshilfe bewusst gemacht werden (Enz & Rutishauser, 2017). ◉

Literatur

- Enz, C.K. & Rutishauser, N.K. (2017) Ausprägungen von respektlosem und gewalttätigem Verhalten in der Geburtshilfe. *Die Hebamme*; 30(05): 364-370. doi:10.1055/s-0043-118045.
- Garten, D. (2022) Notwendigkeit von Geburtsreflexion – die Sprechstunde als Praxismodell. *Die Hebamme*; 35(02): 61-66. doi:10.1055/a-1731-6008.
- ICD (2022) F43.- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen. www.icd-code.de
- Khosla, R., Zampas, C., Vogel, J., Bohren, M., Roseman, M. & Erdman, J. (2018) www.jstor.org
- Leinweber, J., Jung, T., Hartmann K. Limmer, C. (2021) Respektlosigkeit und Gewalt in der Geburtshilfe – Auswirkungen auf die mütterliche perinatale psychische Gesundheit. *Public Health Forum*; 29(02): 280-293. doi:10.21706/tg-11-4-280.
- Martini, J., Weidner, K., Junge-Hoffmeister, J. und Garthus-Niegel, S. (2017) Posttraumatische Belastungsstörung in der Peripartalzeit. Bedingungsfaktoren, diagnostische Besonderheiten und Implikationen für Mutter und Kind. *Geburt und Trauma*; 11(04): 280-293. doi:10.21706/tg-11-4-280.
- Stucky, K. & Wagner, J. (2014) Screeningmöglichkeiten für posttraumatische Belastungsstörungen im Wochenbett. *Die Hebamme*; 27(02): 105-110. doi:10.1055/s-0034-1373856.
- Weidner, K., Garthus-Niegel, S., Junge-Hoffmeister, J. (2018) Traumatische Geburtsverläufe: Erkennen und Vermeiden. *Z Geburtsh Neonatol*; 222: 189-196. doi:10.1055/a-0641-6584.

AUTORIN



Ramona Vogt,
Hebamme MAS, Leiterin Geburtenabteilung Spital
Limmattal und Hebammenexpertin.