

## **Traumatisch erlebte Geburt – Konsequenzen für Folgeschwangerschaften**

*Dr. med. Cora A. Vökt, LÄ Geburtshilfe Frauenklinik Grabs, SP Feto-Maternale Medizin*

Traumatische Erfahrungen können zu jedem Zeitpunkt des Lebens auftreten und werden je nach physischer und psychischer Konstitution besser oder schlechter verarbeitet. Sie können unser Wohlbefinden, unsere soziale, emotionale, mentale und körperliche Integrität vorübergehend oder dauerhaft beeinträchtigen, unser Verhalten verändern, unsere Stimmung beeinflussen. Ängste können sich entwickeln, Depressionen beginnen, Herz-Kreislaufkrankungen gefördert werden.

Die Geburt eines Kindes ist ein wunderbares, aber gleichzeitig überwältigendes Ereignis, bei dem etwas mit der Gebärenden passiert, was sie nicht wirklich kontrollieren kann, dem sie sich nicht entziehen kann.

Je nach Grund-Konstitution, Vorgeschichte, zuvor erlebten Traumata kann schon allein dieser Kontrollverlust unerträglich, nicht hinnehmbar sein, sodass auch eine per se problemlose, komplikationslose Geburt als traumatisch erlebt werden kann.

Eine Geburt ist aber auch vielfach schwierig, protrahiert, über die Massen schmerzhaft, und auch für uns Geburtshelfer als potentiell traumatisierend erkennbar, wenn nämlich Komplikationen auftreten, die das Leben der Mutter oder des Kindes bedrohen.

Das Geburtserleben selbst ist multidimensional. Es wird beeinflusst vom mütterlichen Alter, bestehenden Ängsten vor der Geburt, Ausmass und Art der Unterstützung unter der Geburt, Notwendigkeit einer Geburtseinleitung, Dauer der Geburt bzw. der Wehenschmerzen, Erwartungen vor der Geburt, Einbezogen werden und Teilhabe in Entscheidungen unter der Geburt, dem Geburtsmodus, und der etwaigen Notwendigkeit von operativen Eingriffen.

Bei Erstgebärenden geht die normale vaginale Geburt mit der besten Geburtserfahrung einher, wohingegen eine ungeplante II° Sektio die schlechteste Erfahrung darstellt.

**Ca. 20 % aller Geburten werden als traumatisch erlebt.** Hiervon führt jede Zweite in den ersten Wochen nach der Geburt zu einer traumatischen Stressreaktion, welche bei einem Teil in eine posttraumatische Belastungsstörung mündet.

Bei knapp der Hälfte der betroffenen Frauen kommt es innert 10 Monaten zu einer spontanen Remission des Beschwerdebildes.

Liegen allerdings Risikofaktoren wie eine psychiatrische Vorerkrankung, häusliche Gewalt, grosse Angst vor der Geburt oder ein Zustand nach sexuellem Missbrauch vor, ist das Risiko um ein Vielfaches höher, insbesondere, wenn dann die Geburt mit Komplikationen einhergeht. Sozialer Rückzug, ängstliches und übervorsichtiges Verhalten, Traurigkeit, Schlafstörungen, aber auch Reizbarkeit, Misstrauen, Misshandlung, Konzentrationsstörungen bis hin zu Angst- und Panikattacken können die Folge sein. Depressive Symptome können sich entwickeln. Die Bindung zum Kind kann beeinträchtigt werden, auch das Stillen. Oft treten Partnerschaftskonflikte auf.

In der Folgeschwangerschaft können vermehrt Schwangerschaftsbeschwerden wie Hyperemesis gravidarum und Bluthochdruck auftreten.

Häufige Inanspruchnahme von Notfalldiensten, aber auch Vermeidung von Vorsorgeuntersuchungen können die Konsequenz sein. Wegen übersteigerter Angst vor der Geburt wird oftmals die Entbindung per Kaiserschnitt gewünscht oder bei Zustand nach Sektio die vaginale Geburt im Geburtshaus angestrebt.

In den letzten Jahrzehnten gibt es ein zunehmendes Bewusstsein hinsichtlich dieser Thematik. Die **WHO** hat im Jahr 2018 die Initiative: «**Making childbirth a positive experience**» lanciert.

Hintergrund ist die zunehmende Medikalisierung des Geburtsprozesses mit den Möglichkeiten der Geburtseinleitung, medikamentöser Wehenunterstützung, Analgesie, und operativer Geburtsbeendigung, wodurch vielfach der Fokus auf die Einhaltung von formalen Vorgaben, wie die Dauer der Eröffnungs- und Austreibungsperiode, gelegt wird und weniger die Aufmerksamkeit auf die Bedürfnisse der Gebärenden selbst gerichtet ist, was wiederum zur Folge hat, dass sie im Entscheidungsprozess von Interventionen weniger miteinbezogen wird.

Eine kontinuierliche Unterstützung durch die begleitende Bezugsperson sowie eine **Eins-zu-eins-Betreuung** durch die Hebamme können das Geburtserleben entscheidend verbessern, die Wehendauer und analgetische Medikation reduzieren, zu mehr physiologischen vaginalen Geburten und weniger operativen Geburtsbeendigungen führen (sowohl vaginal-operativ als auch Sektionen). Dabei ist die Qualität der Beziehung zu den unterstützenden Personen im Sinne eines respektvollen, supportiven und einfühlsamen Umgangs, einer stets ruhigen und empathischen Kommunikation sowie das stete Einbeziehen der Frau in alle anstehenden Entscheidungsprozesse von besonderer Bedeutung.

Nach der Geburt fördert der direkte und **kontinuierliche Haut-zu-Haut-Kontakt** mit dem Neugeborenen das Bonding und kann besonders nach einer komplizierten Geburt präventiv hinsichtlich der Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsreaktion wirken.

Durch ein **direktes und offenes Ansprechen** der jungen Mütter bezüglich ihrer Gefühle und ihrer Gedanken zur Geburt, lässt sich ein traumatisches Geburtserleben bereits früh erkennen. Auch der Einsatz eines Fragebogens, wie der Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire, ist möglich.

Es konnte gezeigt werden, dass sich das Niederschreiben von Gedanken, Erwartungen und Emotionen zur Geburt in den ersten Tagen postpartum, die sog. «**expressive writing intervention**», günstig auswirkt und 3 Monate postpartum deutlich seltener Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung persistieren.

Eine Reihe psychologischer Interventionen wie Krisenintervention und psychologische erste Hilfe oder die trauma-fokussierte kognitive Verhaltenstherapie können zum Einsatz kommen.

*cora.voekt@srrws.ch*