

Ablauf von Schwangerschaft und Geburt – psychosoziale Aspekte

Beate Wimmer-Puchinger und Erika Baldaszi

"Fortschritt der Wissenschaft wird nicht selten durch konsequente Berücksichtigung von Selbstverständlichkeiten erreicht. Für den Bereich der Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe liegen solche Selbstverständlichkeiten im Grenzbereich zwischen Medizin und Psychologie: Schwangerschaft ist keine Krankheit, sondern ein normales Geschehen im Leben einer Frau" (Schindler, 1992).

Folgender Beitrag gibt einen Überblick über wesentliche psychische und soziale Aspekte rund um Schwangerschaft und Geburt und weist auf mögliche Risiken und Gefahren für Eltern und Kind und das vorhandene Betreuungsangebot hin.

Schwangerschaft: geplant, gewollt, gewünscht?

Am Beginn der Schwangerschaften steht für sehr viele Frauen die Frage: "War es eine gute Entscheidung?" – eine Frage, die viele Frauen lange begleitet. Ob eine Schwangerschaft geplant, gewollt, gewünscht ist oder nicht, hat weitreichende Folgen für Mutter und Kind und die gesamte Familie.

Eine amerikanische Studie (Brown et al., 1995) ergab, dass etwa 57 Prozent (3,1 Millionen) aller Schwangerschaften in den USA als ungewollt klassifiziert werden können und etwa die Hälfte dieser ungewollten Schwangerschaften (1,6 Millionen) mit einer Abtreibung enden.

Ausgetragene ungewollte Schwangerschaften stehen oft mit ungenügender pränataler Vorsorge, Alkohol- und Nikotinkonsum während der Schwangerschaft, geringem

Geburtsgewicht, gynäkologischen Komplikationen, Kindesmissbrauch, Entwicklungsstörungen der Kinder und niedrigen Bildungschancen der Kinder in Verbindung.

Fischer et al. (1999) haben sich in ihrer Studie zum Ziel gesetzt, zu hinterfragen, was die Begriffe gewollte (intended), geplante (planned) und gewünschte (wanted) Schwangerschaft für Frauen bedeuten. Sie interviewten 18 Frauen, die sich einer pränatalen Betreuung, einem Schwangerschaftsabbruch oder einem Schwangerschaftstest an einer der perinatalen Einrichtungen von Salt Lake City, USA, unterzogen, mit semistrukturierten Tiefeninterviews von 30 bis 60 Minuten Dauer.

Die AutorInnen orten drei Hauptthemen in den Aussagen der Frauen:

- Die Bedeutungen der einzelnen Begriffe un/gewollte, un/geplante nicht/gewünschte Schwangerschaft variieren sehr stark.
- Dem Wunsch – also der emotionalen Komponente – kommt eine größere Bedeutung zu als dem Planen oder Wollen einer Schwangerschaft.
- Die Partnerschaft hat einen starken Einfluss darauf, ob eine Schwangerschaft gewollt, geplant oder gewünscht wird.

In folgender Tabelle werden die Beschreibungen der interviewten Frauen für die Begriffe gewollt – ungewollt, geplant – ungeplant, gewünscht – ungewünscht wiedergegeben:

Gewollt	Geplant	Gewünscht
<ul style="list-style-type: none"> • versuchen, schwanger zu werden • absichtlich schwanger werden • bereit sein, die Schwangerschaft auszutragen • emotional und körperlich bereit sein • vorher darüber sprechen • Sex ohne Kontrazeptiva 	<ul style="list-style-type: none"> • den Zeitpunkt der Ovulation bestimmen und eine Empfängnis versuchen • keine Kontrazeptiva verwenden • finanziell vorbereitet sein • einen sicheren Job haben oder sicher sein, dass der Partner einen sicheren Job hat • mit dem Partner vorher über eine Schwangerschaft sprechen • eine stabile Partnerschaft haben / verheiratet sein • körperliche Bereitschaft 	<ul style="list-style-type: none"> • sich wünschen, ein Baby zu haben • sich wünschen, ein weiteres Baby zu haben • sich wünschen, Mutter zu sein • Partner freut sich über die Schwangerschaft • beide Partner wollen das Kind gemeinsam aufziehen • körperliche Bereitschaft • emotionale Bereitschaft • ein Zuhause haben • verheiratet sein • eine Familie gründen wollen • sich trotz widriger Umstände nicht mit einer Ablehnung einer Geburt identifizieren können
Ungewollt	Ungeplant	Nicht gewünscht
<ul style="list-style-type: none"> • zwischen den Partnern nicht abgesprochen • kein Plan, schwanger zu werden • nicht absichtlich schwanger werden • schwanger trotz aktiver Kontrazeption • es ist einfach passiert • nicht wieder schwanger werden wollen • Mangel an Verantwortungsgefühl 	<ul style="list-style-type: none"> • es ist einfach passiert • es war ein "Unfall" • schlechter Zeitpunkt • schwanger trotz aktiver Kontrazeption • Resultat von "Dummheit" oder "Verantwortungslosigkeit" • Schwangerschaft ist etwas, womit man nicht gerechnet hat • nicht mit Partner besprochen • ein Kind – aber erst nach einiger Zeit – wollen 	<ul style="list-style-type: none"> • finanziell instabile Situation oder keine finanzielle Unterstützung • Mangel an (nicht materieller) Unterstützung durch den Partner • unverheiratet sein • eine Ausbildung / einen Job fortsetzen müssen • kein weiteres Kind wollen • sich schuldig fühlen, weil man von anderen Unterstützung braucht • Unfähigkeit, dem Druck, eine alleinstehende Mutter zu sein, standzuhalten • Angst vor körperlichen Veränderungen durch die Schwangerschaft • sich zu jung fühlen • sich die Unterstützung des Kindesvaters wünschen, aber nicht sicher sein, dass er der Richtige dafür ist • einfach nicht glücklich darüber sein

Herausforderungen durch die Schwangerschaft

Die Herausforderung durch die Schwangerschaft besteht – wie jede große Entscheidung im Leben – vor allem in einer Neuorientierung. Die eigenen psychosozialen, aber auch sozioökonomischen Ressourcen müssen überprüft werden – die gesamte Lebenssituation wird "auf den Punkt gebracht": die eigene Stabilität, die Lebensplanung, die Partnerschaft (Wimmer-Puchinger, 1994).

Viele Frauen wissen zu Beginn der Schwangerschaft noch nicht, wie sie die Betreuung des Kindes / der Kinder organisieren sollen: Eine österreichische Studie ergab, dass diese Frage für 19 Prozent der schwangeren Frauen problematisch ist (Wimmer-Puchinger und Schmidt, 1993). Für Männer sind die Umstellungen, die ein Schwangerschaft mit sich bringt, noch schwieriger und erfordern eine längere Anpassungsphase als bei Frauen (Wimmer-Puchinger, 1992).

Die einzelnen Phasen der körperlichen, psychischen und sozialen Veränderungen und Empfindungen erfordern unterschiedliche Anpassungsleistungen der Eltern. Gloger-Tippelt hat die einzelnen Schritte im Übergang zur Elternschaft bereits 1988 deutlich akzentuiert (S. 133-114) – sie unterscheidet qualitativ unterschiedliche Phasen, die auf der kognitiven, der emotionalen und der Verhaltensebene für die Mehrheit der Eltern unterschiedlichste Anpassungsleistungen erfordern, und sie gliedert das Ereignis "Eltern werden" in folgende Abschnitte:

- Verunsicherungsphase: bis zur 12. Schwangerschaftswoche
- Anpassungsphase: bis zur 20. Schwangerschaftswoche
- Konkretisierungsphase: 20. bis 32. Schwangerschaftswoche
- Geburtsphase

- Phase der Erschöpfung und Überwältigung: 4 bis 8 Wochen nach der Geburt
- Phase der Herausforderung und Umstellung: bis zum 6. Lebensmonat
- Gewöhnungsphase: in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres des Kindes

Psychologisch orientierte Schwangerenbetreuung ist daher ein wichtiger präventiver Bestandteil für die Zeit bis zur Geburt sowie für die Umstellung nach der Geburt.

Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge

Die Schwangerenvorsorge ist in Österreich seit 1974 gesetzlich geregelt. Um die noch zu Beginn der 70er Jahre relativ hohe Säuglingssterblichkeit zu senken, wurde in der Novelle zum Familienlastenausgleichsgesetz vom 1. Januar 1974 die ärztliche Untersuchung von Schwangeren und Säuglingen für das gesamte Bundesgebiet durch den sogenannten "Mutter-Kind-Pass" gesetzlich geregelt.

Es wurde beschlossen, bei Nachweis bestimmter ärztlicher Untersuchungen eine erhöhte Geburtenbeihilfe auszuzahlen. Beinhaltet sind allgemeine sowie sonographische Untersuchungen. Das Angebot der Kindesuntersuchungen wurde insbesondere in den Bereichen Orthopädie, HNO und Augenheilkunde erweitert. Die Inanspruchnahme der Mutter-Kind-Untersuchungen durch werdende Mütter liegt in Österreich bei ca. 95 Prozent.

In der Studie von Wimmer-Puchinger und Schmidt (1993) wurden bei 12 Prozent der im Rahmen der Studie befragten Frauen festgestellt, dass sie nie oder nur bis zur dreimal vor der Geburt eine FachärztIn aufsuchen. Für diese Frauen sind folgende sozioökonomische Merkmale auffällig: ein Alter unter 20 Jahren, eine Ausbildungsniveau der Pflichtschule ohne Abschluss,

drei oder mehr Kinder, ungeplante Schwangerschaft sowie Abwesenheit des Kindesvaters. Ähnliche Risikofaktoren sehen in Zusammenhang mit erhöhtem Risiko einer Frühgeburt oder der perinatalen Sterblichkeit.

Der Mutter-Kind-Pass bietet schwangeren Frauen und jungen Müttern in Österreich zwar ein umfassendes medizinisches Angebot, spezifische Probleme, Hilfestellungen und Interventionsmöglichkeiten im psychischen und sozialen Bereich werden jedoch damit nicht abgedeckt.

Erwartungen von Frauen an die Schwangerenbetreuung, Geburt und Wochenbettbetreuung

Die Erwartungen, die Frauen an die Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett stellen, sind – laut der Studie Wimmer-Puchinger und Schmidt (1993) – elementar:

1. Erwartungen an die Geburtshilfe:

- Gründliche und verständliche Informationsvermittlung durch das Betreuungspersonal
- Verständnis und Akzeptanz der jeweiligen Lebenssituation der Frau
- Freundliche und verständliche Krankenhausmitarbeiter
- Kontinuierliche Betreuung während der Schwangerschaft
- Effiziente Ablauforganisation und kürzere Ambulanzwartezeiten bei Untersuchungen
- Respekt vor der Intimität der Frau
- Längere Gesprächszeiten mit dem Betreuungspersonal
- Kompetente Unterstützung bei Problemen
- Beratung und Unterstützung zum allgemeinen Gesundheitsverhalten
- Kreißaalführung vor der Geburt

2. Erwartungen an den Kreißaal:

- Vorstellen des Kreißaal-Teams bei der Aufnahme
- Kontinuierliche Teambetreuung im Kreißaal
- Ruhige und intime Atmosphäre im Kreißaal
- Kooperation zwischen Hebamme und Ärzteschaft
- Bedürfnisorientierte Geburtsbetreuung
- Einbindung der Begleitperson in den Geburtsablauf
- Achtung der Würde der Frau
- Positive Motivation während des Geburtsablaufs
- Wahrung der Eltern-Kind-Motivation nach der Geburt
- Stillen des Kindes nach der Geburt

3. Erwartungen im Wochenbett

- Kompetente Betreuung des Kindes
- Achtung der Mutter-Kind-Einheit
- Psychosoziale Betreuung
- Geduldige Beratung und Betreuung während des Stillens
- Offene Besuchszeiten
- Ausführliche Beratung durch die Kinderschwester
- Mutterschaft als Lernprozess anerkennen
- Unterstützung beim Erlernen der Mutterrolle
- Entlassungsgespräche

Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett: Wunsch und Wirklichkeit

Nach wie vor kommt in Österreich der Großteil der Kinder in Krankenanstalten zur Welt. Die Möglichkeiten einer ambulanten Geburt oder Hausgeburt werden aber zunehmend genutzt – nicht zuletzt, weil das Angebot dafür steigt (Wimmer-Puchinger und Hörndler, 1995).

In der bereits oben erwähnten Studie von Wimmer-Puchinger und Schmidt (1993) wurde bei den befragten Frauen (n=700) eine große Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit bezüglich der Geburtsvorbereitung, in der Betreuung im Kreißaal und im Wochenbett registriert:

- 75 Prozent der befragten Frauen hatten bei ihren Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft keine Gelegenheit, über ihre psychosoziale Lebenssituation zu reden.
- 57 Prozent der befragten Frauen hatten keine Geburtsvorbereitung durchgeführt; nur die Hälfte der Frauen wurde durch ärztliche Empfehlung dazu motiviert.
- 50 Prozent der Frauen erlebten geburts-hilfliche Maßnahmen, ohne dass sie diese nachvollziehen konnten; 43 Prozent der Frauen berichteten, dass ein Dammschnitt durchgeführt worden sei; bei 17 Prozent der Frauen erfolgte eine medikamentöse Geburtseinleitung, wobei dieser Eingriff mit der Hälfte der Frauen nicht abgesprochen wurde; 38 Prozent hatten keinerlei geburtshilfliche Maßnahmen erfahren.
- 43 Prozent der Frauen hatten vor der Geburt keinen Kontakt zu der geburts-hilflichen Abteilung, an der sie das Kind zur Welt brachten
- Bei 14 Prozent der Frauen wurde das Baby im Kreißaal nicht zum Stillen angelegt.
- Die durchschnittliche Dauer des Kontaktes zwischen Mutter und Kind unmittelbar nach der Geburt wurde mit 5 Minuten angegeben.
- Mehr als 30 Prozent hatten zum Zeitpunkt der Geburt den Kreißaal zum ersten Mal gesehen.
- 30 Prozent der Frauen konnten nicht konkret angeben, wer bei der Geburt ihres Kindes das zum verantwortlichen Betreuungsteam gehört.
- 25 Prozent der Frauen erlebten starke Stimmungsschwankungen im Wochenbett, und etwa die Hälfte dieser Frauen hatte den Eindruck, dass das Pflegeper-

sonal damit nicht gut umgehen konnte, und vermisste vor allem persönliche Zuwendung.

- Sehr viele Wünsche blieben bei den Frauen bezüglich Stillunterstützung und Stillbetreuung offen.
- 12 Prozent der befragten schwangeren Frauen suchten nur 3 Mal im Laufe der Schwangerschaft eine/n ÄrztIn auf. Diese Frauen waren überwiegend unter 20 Jahren alt, alleinstehend, mit niedriger Schulbildung und unterdurchschnittlichem Einkommen.

Exkurs: Ernährung in der Schwangerschaft

Ein wichtiger Faktor im Schwangerschaftsverlauf stellt die Ernährung dar. Als Besonderheit in der Ernährung während der Schwangerschaft gilt vor allem, dass es bei einem verhältnismäßig geringem Mehrbedarf an Energie zu einem zusätzlichen Bedarf an einzelnen, essenziellen Nährstoffen kommt. Dies bedeutet, dass eine Schwangere zwar kaum mehr Energie zu sich nehmen muss als eine gleichaltrige, gleichgewichtige, nicht schwangere Frau, dass jedoch die Aufnahme von bestimmten Nährstoffen deutlich gesteigert werden sollte. In der Schwangerschaft ist daher vor allem eine qualitative und weniger eine quantitative Veränderung der Nahrungsaufnahme notwendig. Die Körpergewichtszunahme in der Schwangerschaft ist ein Resultat der physiologischen Vorgänge und Veränderungen, die durch das Wachstum und die Entwicklung des Fetus bedingt sind. Eine normale durchschnittliche Gewichtszunahme liegt bei 11 bis 14 kg.

Vom Institut für Ernährungswissenschaften der Universität Wien wurden in den letzten Jahren drei Studien durchgeführt, die sich mit den Ernährungsgewohnheiten und mit dem Ernährungsstatus schwangerer Frauen in Österreich beschäftigen (Elmadfa und Godina-Zarfl, 1994). Es zeigte sich, dass das Ernährungswissen der Schwangeren primär auf ein stark vereinfachendes

Grundwissen beschränkt ist. 92 Prozent der befragten Frauen wussten, dass Obst und Gemüse viele Vitamine enthalten, nur 31 Prozent der Frauen wussten, dass Milch und Milchprodukte kaum Eisen enthalten. Dass Ballaststoffe keine verwertbare Energie liefern, wussten nur 18 Prozent. Nur 14 Prozent wussten, dass Zucker und Süßigkeiten kohlehydratreiche Lebensmittel sind.

Das geringe allgemeine Wissen über Ernährung schwangerer Frauen steht im Gegensatz zum großen Interesse der Frauen an Ernährungsinformationen. 60 Prozent der Frauen gaben an, sich über die Besonderheiten der Ernährung in der Schwangerschaft informiert zu haben. 93 Prozent dieser Frauen versuchten, diese Informationen umzusetzen. Tatsächlich hatten die Frauen auch ein besseres Ernährungswissen, was spezielle Ernährungsrichtlinien in der Schwangerschaft betrifft.

Krisenhafte Schwangerschaften und Geburten: Psychosoziale Problematik und Betreuungsmodelle

Diagnose "Fetale Missbildung"

Bedarf schon der Umgang mit Beschwerden und Krisen in der Schwangerschaft wie Hochdruck, Gestose, vorzeitige Wehen, Blutungen etc. eines Gesprächsrahmens außerhalb der herkömmlichen Routine, so ist dies insbesondere bei Totgeburt, vorzeitigem Abortus oder Missbildungen notwendig (Wiener Frauengesundheitsbericht, 1996, S. 133). Kränkung, Trauer, Verlust und das Gefühl des Versagens sowie nicht selten Beziehungskrisen können eine Folge einer problematischen Schwangerschaft sein.

Bei Frauen, die mit der Diagnose "fetale Missbildung" konfrontiert sind, lassen sich zwei Gruppen unterscheiden: Frauen, bei denen es sich um einen Zufallsbefund handelt (80 Prozent der Frauen), und solche,

die gezielt von Anbeginn das Risiko eine Missbildung durch Zytogenetik etc. zu minimieren suchen. Letztere haben sich bereits mit der Möglichkeit auseinandergesetzt, die Schwangerschaft eventuell abbrechen, erstere sind zumeist auf das zukünftige Leben mit dem Kind stärker eingestellt. Die Österreichische Gesetzeslage erlaubt Frauen im Falle einer nicht behandelbaren fetalen Erkrankung des Fetus den Schwangerschaftsabbruch.

An der Universitätsklinik für Frauenheilkunde in Wien wurde bereits vor zehn Jahren ein Betreuungsschema für werdende Eltern bei der Diagnosestellung "fetale Missbildung" etabliert. Das sogenannte "Wiener Modell" ist in der Durchführung interdisziplinär und integriert die Arbeit von ÄrztInnen, Hebammen und Pflegepersonal (Ringler und Langer, 1991).

Das problemorientierte Wiener Modell versucht, sowohl themenspezifisches Wissen als auch Bewältigungsstrategien zu vermitteln, die eine adäquate kurz- oder langfristige Verarbeitung des Ereignisses ermöglichen. Prinzipien sind neben der interdisziplinären Kooperation aller beteiligten Berufsgruppen eine kontinuierliche Begleitung, Familien- und Paarorientierung, das Durcharbeiten von Schuld- und Schamgefühlen, das Ermöglichen eines Verabschiedens vom Fetus und die Trauerarbeit. Auf Wunsch der Frau kann eine weiterführende Begleitung in mehreren Nachsorgegesprächen erfolgen.

Frühgeburtlichkeit, Säuglingssterblichkeit, Risikokinder

Die gesamtösterreichische Frühgeburtenrate ist seit 1970 stabil geblieben und hat sich nur geringfügig von 6,2 Prozent auf 5,5 Prozent verringert. *Frühgeburtlichkeit* ist auch ein zentraler Faktor im Zusammenhang mit *Säuglingssterblichkeit*, beides ist sehr stark von folgenden soziodemographischen Einflussfaktoren abhängig: Stärkster soziodemographischer Einfluss-

faktor ist das Alter der Mutter. Ein Alter der Mutter unter 19 Jahren erhöht das Säuglingssterblichkeitsrisiko um 81 Prozent, auch ein Alter über 37 Jahren stellt ein Risiko dar. Die Säuglingssterblichkeitsrate liegt bei Müttern unter 19 Jahren bei 14,3 Promille, bei 24-29jährigen Frauen bei 6,8 Promille und bei Müttern über 37 Jahren bei 12,1 Promille. Zweitstärkster Einflussfaktor ist die Schulbildung der Mutter. Bei Frauen mit lediglich Pflichtschulbildung erhöht sich das Risiko um 50 Prozent (10,7 Promille); bei Frauen mit Pflichtschulabschluss beträgt das Risiko 6,1 Promille.

Als *Risikokinder* werden jene Neugeborenen bezeichnet, deren Lebenschancen durch Störungen in der Schwangerschaft, während der Geburt oder unmittelbar nach der Geburt gefährdet sind. In Wien werden etwa 10 bis 15 Prozent der jährlich etwa 18.000 geborenen Kinder als Risikokinder betrachtet. Von diesen ist wiederum etwa ein Drittel hochgefährdet und muss nach der Geburt zur weiteren Behandlung in eine perinatologische Abteilung transferiert werden. Die anderen zwei Drittel gelten als Low-Risk-Babies. Ihre Eltern werden im Rahmen des Wiener Risikokinderprogrammes im 4., 7. und 17. Lebensmonat zu einer entwicklungsdiagnostischen Untersuchung eingeladen. Ziel ist die Früherkennung und Frühförderung bei Teilleistungsschwächen oder Behinderungen; insbesondere erfahren aber auch die Familien solcher Kinder Unterstützung und Begleitung.

Seit 1991 ist in Wien die Arbeitsgemeinschaft Frühförderung bemüht, ein optimales Betreuungsangebot zu erstellen. Beratung, familienentlastende Dienste und therapeutische Möglichkeiten sowie lebenspraktische Hilfestellungen sollen die betroffenen Familien bei der Bewältigung der schwierigen Situation unterstützen (Amt für Jugend und Familie, 1994).

Psychologie des Wochenbetts

Die Geburt – ein Neubeginn

Ob die Geburt komplikationslos oder aber kräfteraubend und risikoreich für Mutter und Kind (Kaiserschnitt, Frühgeburt) ist, beeinflusst maßgeblich das subjektive Erleben der Wochenbettsituation. Ein weiterer wichtiger Aspekt für die Wochenbettzeit ist die Partnerschaft. Langzeitstudien über die Veränderung der Partnerschaft nach der Geburt des Kindes weisen auf eine Abnahme der Intimität und Zunahme von Streit und Konflikten in der Partnerschaft hin (Gloger-Tippelt et al., 1994). Diese Ergebnisse stehen den Vorstellungen der jungen Eltern häufig diametral gegenüber. Dies unterstreicht die Bedeutung von psychosozialer Vorbereitung auf die Elternschaft und die Begleitung durch entsprechende Angebote nach der Geburt, z.B. in Form von Mutter-Kind-Gruppen oder Elterngruppen.

Stillen

Stillen stellt eine wichtige emotionale Verbindung zwischen Mutter und Kind dar. Den Hebammen kommt dabei eine wichtige Rolle als Begleiterinnen zu. Die Anfangsstillrate in Österreich ist sehr hoch: Sie liegt bei 98 Prozent; jede zweite Frau ist mit ihrem Baby Tag und Nacht zusammen (Rooming in); 46 Prozent der Frauen stillen ihr Baby mindestens 6 Monate. Dennoch sind sehr viele Mütter noch unzufrieden mit der Unterstützung zum Thema Stillen (Gartner, 1996). Ein Ergebnis der Studie von Wimmer-Puchinger und Schmidt (1993) war, dass die Information und Motivation, die werdende Mütter in Österreich erhalten, häufig unzureichend sind. 31 Prozent der Frauen hatten im Wochenbett keine Stillunterstützung erfahren; 80 Prozent hatten das Gefühl, schlecht auf das Stillen vorbereitet zu sein. Dieser Tatsache kommt entgegen, dass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Institutionalisierung von speziell ausgebildeten Stillschwestern empfohlen hat.

Wochenbett-Blues, Postpartale Depression (Mutterschaftsdepression) und Psychose

Die Erkenntnis, dass nach der Geburt für die Frau eine emotionale Labilisierung erfolgen kann, wurde bereits von Hippokrates erwähnt. Die Bedeutung der emotionalen und sozialen Umstellung auf den neuen Lebensabschnitt "Mutterschaft – Elternschaft" wurde von der Medizin über Epochen ignoriert. Erst in den 60er Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts wurde aufgrund epidemiologischer Studien – primär aus dem anglo-amerikanischen und in der Folge auch aus dem europäischen Raum – eine überdurchschnittliche Häufung psychischer Beeinträchtigungen von Gebärenden in den ersten Monaten nach der Geburt aufgezeigt (u.a. Pfaffenberger, 1964; Robinson und Stewart, 1993; Herz, 1995 und 1997; Putz, 1997).

Als "*Wochenbett-Blues*" wird die sehr verbreitete, vorübergehende Empfindung einer labilen Stimmungslage der Mutter innerhalb der ersten zehn Tage nach der Geburt – die etwa drei bis fünf Tage dauern kann – bezeichnet: Weinen und Unglücksgefühle, Gefühle der Unwirklichkeit, Depersonalisation, Erschöpfung und Ruhelosigkeit werden in verschiedenen Kulturen und unterschiedlichen sozialen Klassen beobachtet (Stewart und Scotland 1993, O'Hara 1995). Die Mitteilung der Tatsache, dass der Wochenbett-Blues sehr viele Frauen betrifft und rasch wieder abklingt, ist eine wichtige Botschaft für die häufig verunsicherten Frauen.

Die Anzeichen einer leichten bis mittelgradigen, nicht psychotischen, *postpartalen Depression* der Frau entwickeln sich meist schleichend innerhalb der ersten zwei bis drei Monate nach der Geburt. Diese so genannte "postpartale Depression" wird bei 10 bis 15 Prozent der Frauen beobachtet (Herz et al., 1997). Gekennzeichnet ist die postpartale Depression durch Antriebschwäche, Freudlosigkeit, Insuffizienz und Schuldgefühle sowie auf das Baby bezogene Zwangsgedanken, Angstzustände, Er-

schöpfung und vielfältige körperliche Beschwerden ohne körperlichen Befund. Belastend dabei ist, dass diese Gefühle den gesellschaftlichen Normvorstellungen einer glücklichen Mutter widersprechen. Die betroffenen Frauen leiden zusätzlich unter Schuldgefühlen, die sie hemmen, ihre Gefühle mitzuteilen – sozialer Rückzug und Isolation sind häufig die Folge.

Die Postpartale Depression kann unbehandelt 6 bis 9 Monate dauern. Einer Chronifizierung ist daher in jedem Fall vorzubeugen. Ursachen der Postpartalen Depression sind zum einen in hormonellen, neuroendokrinen und anderen somatischen Veränderungen durch die Schwangerschaft zu sehen, zum anderen spielen psychosoziale Belastungsfaktoren, wie etwa das Fehlen sozialer Unterstützung, eine große Rolle.

Eine *Stillpsychose (Wochenbettpsychose)* entwickeln 0,2 Prozent der Frauen in den ersten Wochen nach der Geburt. Dabei ist eine intensive psychiatrische Behandlung angezeigt. Die betroffenen Frauen zeigen Symptome einer manischen Episode mit Realitätsverlust.

Literatur

Brown SS, Eisenberg L. The best intentions: unintended pregnancy and the well being of children and families. Washington, DC: National Academy Press, 1995.

Elmadfa I, Godina-Zarfl B. Erster Wiener Ernährungsbericht. WHO-Projekt "Gesunde Stadt", Dokumentation 7; Wien 1994.

Fischer RC, Stanford JB, Jameson P, DeWitt MJ. Exploring the concepts of intended, planned, and wanted pregnancy. J Fam Pract 1999;48(2):117-122.

Gartner D. Die psychosoziale Situation von Patientinnen der Frauenheilkunde im Krankenhaus. Teil B: Eine Vergleichsstudie zur differentiellen Aspekten des Erlebens von Patientinnen der Geburtshilfe. Universität Salzburg: Diplomarbeit, 1996.

Gloger-Tippelt G. Schwangerschaft und erste Geburt: Psychologische Veränderungen der Eltern. Stuttgart: Kohlhammer, 1988.

Gloger-Tippelt G. Psychologische Veränderungen beim Übergang zur Elternschaft. In: Frick-Bruder V, Kantenich H, Scheele M (Hrsg.), Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe, Giessen: Psychosozial Verlag, pp 55-68, 1994.

Herz E, Thoma M, Umek W, Gruber K, Linzmayer L, Walcher W, Philipp T, Putz M. Nicht-psychotische postpartale Depression. Pilotstudie zur Epidemiologie und Risikofaktoren. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1997;57:282-288.

O'Hara M. Postpartum Depression. Causes and Consequences. New York: Springer, 1995.

Pfaffenberger RS. Epidemiological aspects of postpartum mental illness. Brit J Prev Soc Med 1964;18:189.

Putz M. Nicht-psychotische postpartale Depression. Pilotstudie zur Epidemiologie und Risikofaktoren. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1997;57:282-288.

Ringler M, Langer M. Das Wiener Modell. Ein interdisziplinäres Betreuungsmodell für werdende Eltern bei Diagnose "fetale Missbildung". In: Brähler E und Meyer A (Hrsg.): Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 6, Berlin, Heidelberg, 1991.

Robinson GE, Stewart DE. Postpartum Disorders. In: Stewart DE, Scotland NL (Eds.), Psychosocial Aspects of Women's Health Care; London: American Psychiatric Press, pp. 115-138, 1993.

Schindler S. Geleitwort. In: Wimmer-Puchinger B. Schwangerschaft als Krise, Berlin: Springer, 1992.

Stewart DE, Scotland NL (Eds.). Psychological Aspects of Women's Health Care. Washington: American Psychiatric Press 1993.

Wiener Familienbericht. Amt für Jugend und Familie der Stadt Wien (Hrsg.); Wien, 1994

Wiener Frauengesundheitsbericht 1996. Magistratsabteilung 15 – Gesundheitswesen, Referat III/1 – Gesundheitsberichterstattung (Hrsg.); wiss. Bearbeitung: Univ. Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger

Wimmer-Puchinger B, Hörndler. Austrian Women's Health Profile. Frauengesundheitsdaten Österreichs. LBI für Frauengesundheitsforschung, gefördert vom BM für Gesundheit und Konsumentenschutz, 1995.

Wimmer-Puchinger B. Erwartungen an die Geburtshilfe aus der Sicht der Frauen (Expectations

Regarding Obstetrics from the Point of View of Pregnant Women). Geburtshilfliche Rundschau 1994;34:117-122.

Wimmer-Puchinger B, Schmidt M. Zustandsanalyse der geburtshilflichen Betreuung aus der Sicht der betroffenen Frau. LBI für Frauengesundheitsforschung, Wien, 1993.

Wimmer-Puchinger, B. Schwangerschaft als Krise. Psychosoziale Bedingungen von Schwangerschaftskomplikationen. Berlin: Springer, 1991.

Adressen, Links etc.

Büro der Wiener Frauengesundheitsbeauftragten

Univ.-Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger
Neutorgasse 24 / Zimmer 180
1010 Wien
Tel. +43-1-53114-85955
Fax +43-1-53114-99-85955
E-mail wib@kav.magwien.gv.at
Homepage www.wien.gv.at/frauengesundheit/

Frauengesundheitszentrum F.E.M. (Frauen, Eltern, Mädchen – Schwerpunkt Schwangerschaft & Geburt)

Mag. Daniela Kern
Susanne Schmölder
Ignaz Semmelweis Frauenklinik
Bastiengasse 36-38
1180 Wien
Tel. +43-1-47615-5771
Fax +43-1-47615-5779
E-mail fem@aon.at
Homepage www.fem.at

Frauengesundheitszentrum F.E.M. Süd (Schwerpunkt: Migrantinnen)

Mag. Hilde Wolf
Mag. Doris Gartner
Kaiser-Franz-Josef-Spital der Stadt Wien
Kundratstraße 3
1100 Wien
Tel. +43-1-60191-5201
Fax +43-1-60191-5209
E-mail femsued.post@kfj.magwien.gv.at
Homepage www.fem.at

Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung

Univ.-Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger
Dr. Erika Baldaszi
Semmelweis Frauenklinik
Bastiengasse 36-38
1180 Wien
Tel. +43-1-47615-5751
Fax +43-1-47616-5759
E-mail office@lbi.ac.at