

5.2 Psychisch schwer zu verarbeitende Geburtserlebnisse

Viresha J. Bloemeke

Fallbeispiel 5-4

Vorzeitiger Blasensprung und Spontangeburt vor geplanter primärer Sectio

Frau K. ist eine späte Erstgebärende, die als Selbstständige sehr gut verdient, beruflich bis zum Tag der Geburt stark eingespannt ist, eine unkomplizierte Schwangerschaft durchlebt hat und daher auch keinen Grund sah, sich die empfohlenen Wochen des Mutterschutzes zu gönnen. Die Planung für ihre Vertretung nach der Geburt ist zeitlich knapp bemessen und gut organisiert. Sie hat vor, nach vier bis sechs Wochen mit Hilfe einer Kinderfrau und ihres Mannes, der ein weniger sicheres Einkommen hat und unregelmäßig von zu Hause aus tätig ist, wieder weiterzuarbeiten.

Der Termin für eine primäre Sectio ist vereinbart. Drei Tage vorher platzt jedoch vor dem Schlafengehen auf der Toilette die Fruchtblase. Frau K. bekommt Durchfall und stöhnt laut bei den einsetzenden Wehen, die gleich kräftig und in kurzen Abständen folgen. Ihr Mann versorgt sie mit Binden und frischer Wäsche und kann ihr nur mit Mühe helfen, dass sie unter etlichen auf dem Fußboden kauern veratmeten Wehen von der Toilette ins Schlafzimmer gelangt. Anschließend sucht er nervös unter ihrer Anleitung in den kurzen Wehenpausen alles für ihre Krankenhaustasche zusammen.

Im endlich eintreffenden Krankenwagen liegt sie zitternd und klammert sich an die Hand ihres Mannes wie an einen Rettungsring. Nach einer rasenden Fahrt über Land ins von ihr gewählte Klinikum schieben die Sanitäter ihre Trage im Laufschrift in den Kreißaal: Muttermund dünnsaumig, 6 cm, Kopf tief und fest in Beckeneingang, beim CTG in jeder Wehe kurze Dezelerationen der FHF, Wehensturm, grünes Fruchtwasser ... und so setzt sich die Hektik im Krankenhaus fort.

Zu schnell, um noch die geplante Sectio durchzuführen, wird unter markerschütternden Schreien von Frau K. spontan ein asphyktisches Mädchen geboren und sofort zur Reanimationseinheit mitgenommen. Die Kinderärztin teilt nach banger Minuten den Eltern mit, dass die Kleine wegen Fruchtwasseraspiration und Anpassungsstörungen in die Kinderklinik verlegt werden muss. Der Mann begleitet den Transport seiner Tochter, und Frau K. wird genäht, gewaschen und auf die Wochenstation verlegt.

Ehe sie sich versieht, liegt sie allein und hellwach im Bett in einem unvertrauten Zimmer, wo sie auf ihren Mann und eine Nachricht von ihrer Tochter wartet. Wie Filmausschnitte laufen Momente dieser letzten Nacht vor ihrem inneren Auge ab, vor allem immer wieder der Anblick ihrer kleinen, ihr leblos erscheinenden, blauen Tochter. Nach „endloser“ Zeit kommt ihr Mann mit dem Polaroid-Foto eines kleinen Kindes in einem Inkubator, voller Kabel, Elektroden und Schläuche und sagt, dass es ihr schon besser ginge, sie aber per Tropf ein Antibiotikum bekäme und voraussichtlich etwa 10 Tage dort bleiben müsse.

Frau K. möchte am nächsten Tag entlassen werden. Sie kann bei Freunden des Mannes in der Nähe der Kinderklinik ein Gästezimmer bewohnen und besucht ihre Tochter täglich. Frau K. erholt sich körperlich schnell und auch beim Kind gibt es keine weiteren Zwischenfälle, so dass sie ihre Tochter nach zehn Tagen mit nach Hause nehmen darf.

Ein Blick in die Zukunft: Zu Hause angekommen beginnt ihr alles zu entgleiten. Zu den bereits vorhandenen, nächtlichen Albträumen gesellen sich nun noch weitere Unterbrechungen ihres gestörten Schlafes durch ein eher unruhiges Neugeborenes, das leicht erschrickt und nur mit viel Aufwand und Tricks beider Eltern zum Schlafen zu bewegen ist. Bald kann Frau K. auch dann nicht wieder einschlafen, wenn die Tochter gerade einmal auf der Brust des Vaters schlummert.

Tagsüber funktioniert sie, fühlt sich dabei aber zunehmend neben sich stehend, leer und freudlos. Das Kind ängstigt sie mit seinen Geräuschen und lautstarken Forderungen, so dass sie froh ist,

wenn Vater und Tochter spazieren gehen. Dann kann sie telefonieren, um beruflich die Fäden wieder aufzunehmen und für eine Weile alles andere vergessen, um wieder „sie selbst“ zu sein.

Sobald aber Vater und Tochter wieder in der Wohnung sind, geht für sie der Schrecken weiter mit Streitereien zwischen ihr und ihrem bald auch überforderten Mann und dem Geschrei der Kleinen. Sie fühlt sich an eine frühere Lebensphase erinnert, in der sie während der Trennung von einem alkoholkranken Mann mit Antidepressiva behandelt wurde.

Was geschieht auf der psychischen Ebene?

Der Geburtsverlauf und der Personalmangel lassen keine Zeit, im Kreißsaal einen guten, beruhigenden Kontakt zu Frau K. herzustellen, um ihr Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln. Mit ihrer durch viele Lebensjahre hindurch erfolgreich entwickelten Persönlichkeit, Selbstbewusstsein und Unabhängigkeit aus guter Organisation zu ziehen, ist dieser überwältigende, unerwartete Geburtsverlauf für sie ein hoher Stressfaktor. Ohne eine starke Ansprache und kompetente Führung, durch die sie vielleicht ein gewisses Maß von Kontrolle hätte zurückerringen können, erlebt sie den Verlauf ohnmächtig und mit tief greifenden Ängsten, zusätzlich zur Angst um das Leben ihres Kindes.

Zu einem Gespräch im Wochenbett kommt es nicht mehr, weil Frau K. so schnell wie möglich „die Flucht ergreift“, um bei ihrer Tochter zu sein. Die Atmosphäre und Gegebenheiten der Kinderklinik fördern ebenso wenig den Bonding-Prozess von Mutter und Kind. Dort nimmt sich wieder niemand die Zeit, mit Frau K. zu sprechen und sie z. B. zum „kangarooing“ anzuleiten, wodurch sie mit ihrer Tochter mit viel direktem Hautkontakt weite Strecken des Tages hätte ruhen, sie halten und die gegenseitige Wärme genießen können, um die noch unsichere Bindung zu stärken.

Ausgeprägte Schlafstörungen, ihre **Alpträume** und das **Gefühl innerer Leere** – normale Reaktionen auf ein durchlebtes Trauma – erscheinen ihr „unnormale“, so dass sie mit niemandem darüber spricht. Nur ihrem Mann erzählt sie, kurz nachdem die Tochter zu Hause gelandet ist, von ihren Schlafstörungen, damit er ihr ruhige Zeiten verschafft. Die zunehmende Schlaflosigkeit ist Auslöser für ein in der Lebensgeschichte bereits erkennbar erhöhtes Risiko, an einer Wochenbettdepression zu erkranken. Auch zu den Symptomen nach einem Trauma gesellt sich häufig die **Depression**. Für Frau K. werden diese frühen Warnungen nicht erkannt und so vergeht das erste Vierteljahr, die depressive Stimmung verschlechtert sich und die familiäre Situation wird immer belastender.

Durch das **exzessive Schreien des Babys**, das ebenfalls schlecht in den Schlaf findet, sucht Frau K. eine CranioSacral-Therapeutin auf, um ihr Kind behandeln zu lassen. In der Praxis fällt das extrem unsichere und ungeschickte Handling der Mutter auf und wie sie den Schnuller bei jedem kleinen Mucks des unglücklich aussehenden Kindes sofort zum Einsatz bringt. So widmet die Therapeutin einen Großteil des Behandlungstermins auch der Mutter und fragt vorsichtig nach den genaueren Umständen der Geburt. Frau K. beginnt zu erzählen, wird zunehmend aufgeregter, versucht die hochsteigenden Tränen zu beherrschen und erkennt, wie dieser Start ihr und der ganzen Familie noch zu schaffen macht. Sie wirkt nach diesem ersten Besuch sehr erleichtert, als sie erfährt, dass ihre Symptome nach einem traumatischen Erlebnis ganz normal sind.

Nach weiteren Gesprächen über ihre Gefühle bei der Geburt kann sie auch die von der Therapeutin vorgeschlagenen **Hausaufgaben** nach und nach annehmen: täglich Spaziergänge mit kräftigem Ausschreiten und Armbewegungen, Selbstmassage und Känguruhen mit ihrer Tochter, das Anlegen eines Heilungstagebuches (s. S. 232) und das Aufsuchen eines „sicheren Ortes“ in der Imagination:

Reise zum sicheren Ort (nach Dr. Luise Reddemann)

- Ich lade Sie ein, eine Übung mit mir zu machen, bei der Sie sich einen sicheren Ort in Ihrer Vorstellung gestalten können. Da Sie ja die Herrin Ihrer Phantasie sind, können Sie alle Anregungen von mir immer so verwenden, dass nur wohltuende Bilder für Sie auftauchen. Jederzeit können Sie Änderungen vornehmen, um Ihren inneren sicheren Ort noch zu verbessern!
- Nehmen Sie eine bequeme Haltung ein und schließen Sie die Augen oder senken Sie den Blick – alles so, dass Sie für eine Weile leicht Zugang zu Ihrer Fantasie finden können ...
- Nun lassen Sie Gedanken, Worte oder Bilder aufsteigen von einem Ort, an dem Sie sich ganz sicher und wohl fühlen. Dieser Ort kann auf der Erde sein oder auch in einem Märchenland, auf einer Wolke oder wo immer Sie möchten ...
- Vielleicht möchten Sie Ihrem Ort eine Umrandung, eine Begrenzung geben, ganz so, wie es für Sie passt, damit dieser Platz ganz sicher und Ihr Eigen wird ...
- Schauen Sie sich um, was dort alles zu sehen ist: Zaubern Sie sich herbei, was wohltuend für Ihre Augen ist und verändern Sie alles, was Ihnen vielleicht doch nicht mehr gefällt ... Lauschen Sie auch, was es zu hören gibt, damit Ihre Ohren zufrieden, vielleicht sogar glücklich sind ...
- Gestalten Sie sich die Temperatur so, dass sie für Sie persönlich genau richtig ist ...
- Was riechen Sie, was schmecken Sie? ... Alle Ihre Sinne finden wie durch ein Fingerschnippen Ihre Bedürfnisse erfüllt! Und wo befinden Sie sich an diesem wohltuenden Ort? Welche Haltung nehmen Sie ein, wie bewegen Sie sich dort? ...
- Wenn Sie Ihr Wohlgefühl noch steigern könnten, indem Sie sich zum Schutz ein hilfreiches Wesen einladen, was stellen Sie sich vor? ...
- Genießen Sie noch ein Weilchen Ihren wohltuenden Ort ...
- Und vielleicht finden Sie sogar ein kleines Geschenk zum Mitnehmen, damit Sie leicht wieder erinnert werden an diesen Platz ...
- Kehren Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit jetzt wieder zurück in den Raum und spüren Sie nach, wie die kleine Reise mit Ihrer Fantasie auf Sie gewirkt hat ...
- Wenn Sie ein Geschenk bekommen haben, so können Sie Ausschau halten, ob bei Ihren Schätzen zu Hause, draußen in der Natur oder in einem Geschäft etwas Ähnliches zu finden ist, das Sie benutzen können, um in Zukunft auch allein leicht an Ihren sicheren Ort zu gelangen.

Fallbeispiel 5-4, Fortsetzung

Frau K. geht weiter mit ihrer Tochter nach Bedarf in unregelmäßigen Abständen während des ersten Lebensjahres zur CranioSacral-Therapeutin und findet dort auch für sich Beratung und Unterstützung. Nach anfänglichem Zögern besucht sie zusätzlich die empfohlene Selbsthilfegruppe, in der Frauen mit Wochenbettdepressionen Gelegenheit zum Austausch und psychologische Hilfe bekommen. Sie entscheidet sich gegen die Einnahme von Antidepressiva, da sie so begleitet bereits eine Besserung ihrer Symptome verspürt.

Als sie in der Gruppe andere Frauen in ähnlicher Lage kennen lernt, geht sie bald auch außerhalb dieser Treffen wieder mehr unter Leute und schämt sich weniger ihres Gemütszustandes. Mit den Frauen in der Gruppe kann sie sogar über viele Situationen der Überforderung im Alltag lachen. Sie weiß jetzt, dass die Wochenbettdepression eine gar nicht so seltene Erkrankung ist, dass es Hilfen gibt und dass „es“ vorüber geht!

Betreuungsempfehlungen

Im Kreißaal, in einem solchen Strudel von Angst und Hektik wäre eine Hebamme hilfreich, die die Ruhe bewahrt, die bei der Frau bleiben kann und es schafft, Augenkontakt herzustellen, und sie mit klarer Stimme über alles, was sie stärken kann, informiert („die Ärztin ist gerufen“, „die Herztöne erholen sich immer schnell nach jeder Wehe“, „wir geben Ihnen jetzt ein Wehen hemmendes Mittel, damit Sie und Ihr Kind eine kleine Pause bekommen und etwas Luft holen können“ ...).

Die Fähigkeit der Gebärenden, mit den Wehen selbst zurechtzukommen, kann die Hebamme fördern, indem Sie mit ihr atmet und sie lobt für jeden kleinen Erfolg beim Wieder-ruhiger-Werden. Die Rückenlage im Kreißbett erhöht für die Gebärende die Gefühlsqualität von Auslieferung und Ohnmacht. Günstiger wäre jede **Position**, in der sie sich vornüberbeugen kann, auf Füßen oder Knien Stabilität findet und sich mit Händen bzw. Armen abstützen oder selbst festhalten kann.

Ihre **Intimität** kann mit Decken (sie sollte nicht unnötig entblößt sein) und Positionierung im Raum erhalten bleiben: alle erforderlichen Personen im Raum halten sich günstigenfalls am Rande ihres Blickfeldes auf, nicht hinter ihr oder mit dem Blick zwischen ihre Beine gerichtet. (Alle könnten noch beruhigend auf ihre eigenen Erregungspegel einwirken und die Haltung entwickeln, dass sie Ruhe und Schutz für die Frau und ihr Kind mit in den Raum bringen!)

In ihre Nähe brauchen nur diejenigen Personen zu rücken, die mit ihr sprechen wollen, um eine Handhabung anzukündigen. So lange es möglich ist, sollte nur die Hebamme bei ihren Untersuchungen den Blick aus dem Augenkontakt weg hin „zum Damm“ wechseln. Dabei bleibt sie jedoch mit der Stimme im Kontakt mit der Frau und beschreibt positiv und Mut machend, was sie sieht oder fühlt!

Bei einer **notwendigen Trennung von Mutter und Kind** muss jemand den Kontakt zur Frau halten, um sie zu informieren und ihr in ihrer Angst beizustehen. Menschen nach einem traumatischen Erlebnis brauchen zu allererst jemanden, mit dem sie sprechen können, der verständnisvoll „Bei-Stand“ leistet (4). Wenn die Hebamme wegen weiterer Aufgaben dieses nicht leisten kann, muss sie dafür Sorge tragen, dass eine andere Person (z. B. auf der Wochenstation) die Frau davor bewahrt, zu lange mit ihren Gefühlen allein zu sein.

So wie man sich beim Erstellen der Akte auch die behandelnde Gynäkologin notiert, so wäre es auch sinnvoll, immer den Namen der **freiwilligen Hebammen-Kollegin** zu erfragen, die fürs Wochenbett zu Hause zuständig sein wird. Denn wie bei Frau K. wird es immer wieder Wöchnerinnen geben, die noch vor dem Angebot eines ruhigen Gespräches über die Geburt entlassen worden sind.

Betreuungsempfehlungen bei Panik der Gebärenden

- Ruhe bewahren
- Augenkontakt herstellen
- Klare Informationen, klare Stimme
- Eigenkompetenz stärken (Anleiten zum Atmen, Lob ...)
- Freie Wahl der Gebärposition, vorzugsweise aufrechte Position
- Intimität der Frau schützen
- Anwesende Fachleute bleiben im Raum so lange wie möglich im Hintergrund, innere Haltung von Ruhe und Schutz
- Positive, Mut machende Rückmeldungen von Untersuchungsergebnissen
- Beistand nach einer Trennung vom Kind
- Kontakt knüpfen zu den ambulant weiterbetreuenden Fachleuten (Gynäkologe und Hebamme)

Die **Wochenbetthebamme** kann ohne besondere Tricks, einfach mit ihren Fragen nach dem Geburtsverlauf helfen, die Erstarrung nach dem