

Geburt und Trauma: Wann ist Psychotherapie sinnvoll?

Nicht immer decken sich die Vorstellungen einer schönen Geburt mit dem tatsächlichen Erleben: Manche Frauen erfahren ihre Geburt als negativ. Genau hinzuschauen und zu reagieren, ist dabei sehr wichtig. Das negative Geburtserlebnis kann zu einem psychologischen Geburtstrauma führen, in dessen Folge sich eine postpartale Posttraumatische Belastungsstörung ausbilden kann.

TEXT:
KATHRIN DEGEN

Die Geburt eines Kindes ist für Eltern ein grosser Moment und gehört für die meisten zu den positiven Lebensereignissen. Trotzdem geben bis zu einem Drittel der befragten Frauen an, ihre Geburt sei traumatisch gewesen, und etwa ein Viertel zeigt in den ersten vier Wochen nach Geburt eine posttraumatische Stressreaktion (Soet et al., 2003). Eine posttraumatische Stressreaktion ist zunächst einmal eine normale psychische Reaktion und ein Verarbeitungsprozess als Reaktion auf ein aussergewöhnliches Ereignis. Es können dabei alle oder auch nur einzelne Symptome einer postpartalen Posttraumatischen Belastungsstörung (PP-PTBS) auftreten (siehe Infokasten, Seite 34). Das Zeitkriterium (ICD-11: mehrere Wochen, DSM-5: vier Wochen) ist dabei aber noch nicht erfüllt.

Stressreaktion als Verarbeitungsprozess

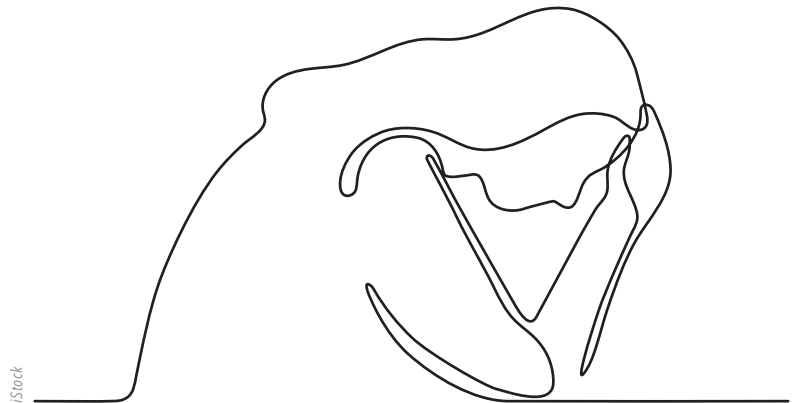
Nach einer traumatisch erlebten Geburt sind in der Verarbeitungsphase vor allem sich aufdrängende Erinnerungen an die Geburt, aber auch die Vermeidung von Gedanken daran typisch. Häufig zeigt sich dies in einem Wechselspiel aus dem starken Bedürfnis, über die Geburt zu sprechen und zu anderen Zeitpunkten das Thema Geburt völlig zu vermeiden. Dieser Mechanismus der Psyche hilft, das Erlebte in «verdaubare» Happen zu zerteilen. So können Gefühlen wie Hilflosigkeit und Ohnmacht, welche häufig mit einem traumatischen Ereignis einhergehen, bei einem gut verlaufenden

Verarbeitungsprozess Stück für Stück integriert werden, und die posttraumatische Symptomatik lässt nach einiger Zeit nach. Für die Wochenbettzeit bedeutet dies, dass Frauen den nötigen Raum bekommen sollten, um über das Erlebte zu sprechen, aber auch nicht dazu gedrängt werden sollten, wenn sie gerade in der Vermeidung sind. Das heisst, auch wenn viele Frauen ihre Geburt als traumatisch bewerten und entsprechende Symptome in der Wochenbettzeit zeigen, können die meisten das Erlebte selbstständig verarbeiten.

Postpartale Posttraumatische Belastungsstörung

Eine nicht zu vernachlässigende Gruppe von Gebärenden kann die als traumatisch erlebte Geburt nicht selbst verarbeiten. Neuere

Befunde deuten darauf hin, dass vier Wochen nach der Geburt immer noch zirka 3 bis 4 Prozent der Gebärenden die Kriterien für eine postpartale Posttraumatische Belastungsstörung erfüllen. In der Gruppe von Frauen mit Risikofaktoren wie niedrigem Geburtsgewicht oder operativen Geburtsinterventionen sind sogar bis zu 18.5 Prozent der Frauen betroffen (Dekel et al., 2017; Grekin & O'Hara, 2014; Yildiz et al., 2017). Die Folgen einer postpartalen PTBS können schwerwiegend sein, nicht nur für die psychische Gesundheit der Mutter. So zeigt sich neben einer hohen Komorbidität von bis zu 72 Prozent mit postpartalen Depressionen (Yildiz et al., 2017) auch eine reduzierte Mutter-Kind-Bindung und indirekt eine ungünstige Auswirkung auf die kindliche Entwicklung (Williams et al., 2016).



Auch wenn viele Frauen ihre Geburt als traumatisch bewerten und entsprechende Symptome in der Wochenbettzeit zeigen, können die meisten das Erlebte selbstständig verarbeiten.

Risikofaktoren für ein traumatisches Geburtserleben

Ob und bei welchen Frauen sich eine postpartale Posttraumatische Belastungsstörung ausbildet, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Ayers et al. haben die verschiedenen möglichen Faktoren in ihrer Metaanalyse zu einem überarbeiteten Diathese-Stress-Modell zur Entstehung von geburtsbedingten posttraumatischen Belastungsstörungen zusammengefasst (siehe Seite 35).

Zeigt eine Frau im Wochenbett eine posttraumatische Stressreaktion kann bereits zu diesem Zeitpunkt anhand der Risikofaktoren eine erste Einschätzung getroffen werden, ob die Wahrscheinlichkeit erhöht ist, dass sich eine PP-PTBS ausbildet. Seit 2021 liegt zudem die validierte deutsche Version der City Birth Trauma Scale (Geburtstrauma-Skala) vor, welche eine systematische Erfassung im Rahmen der klinischen Versorgung ermöglicht (Weigl et al., 2021). Dies würde sich insbesondere im Rahmen der gynäkologischen Nachuntersuchung sechs Wochen postpartal anbieten, da zu diesem Zeitpunkt das Zeitkriterium bereits erfüllt ist. Da eine sehr hohe Komor-

bidität mit anderen peripartalen psychischen Erkrankungen besteht, sollte auch sorgfältig auf weitere psychische Symptome geachtet werden.

Auswirkungen auf Folgeschwangerschaften und Geburten

Eine unbehandelte PP-PTBS kann langfristig zu einem erheblichen Leidensdruck führen. Die Symptomatik muss jedoch nicht immer vollständig sichtbar bleiben. In Folge von psychischen Vermeidungs- und Verdrängungsprozessen kommt es häufig im Verlauf zu einer Abnahme der Symptomatik und dem damit verbundenen Leidensdruck (siehe Fallbeispiel, Seite 36). Eine unverarbeitete, traumatische Erfahrung, egal ob postpartal bedingt oder aufgrund eines anderen Ereignisses, ist ein Risikofaktor für eine erneute Geburt. Es besteht immer die Gefahr, dass es zu einer Re-Aktivierung der traumatischen Erfahrung kommt oder im Falle einer weiteren traumatischen Geburtserfahrung zu einer Re-Traumatisierung.

Traumata ansprechen

Eine sorgfältige, vorgeburtliche Anamneseerhebung hinsichtlich früherer traumati-

scher Erlebnisse und weiterer Vulnerabilitätsfaktoren ist daher unabdingbar für eine trauma-sensitive Geburtsbegleitung. Nicht selten besteht jedoch selbst bei Gesundheitsfachpersonen eine Scheu, traumatische Erlebnisse zu erfragen, aus Angst, etwas «wachrütteln» zu können. Die Geburt ist jedoch in sich selbst ein überaus starker Trigger, sei es für frühere traumatische Geburtserlebnisse als auch für andere traumatische Erfahrungen. Wenn bereits im Vorfeld die Frage nach traumatischen Erlebnissen eine starke emotionale Reaktion bei der Befragten auslöst, so wäre dies unter der Geburt vermutlich unweigerlich ebenfalls passiert. Natürlich sollte die Frage nach traumatischen Vorerlebnissen immer in einem geschützten, vertrauensvollen und ruhigen Rahmen erfolgen sowie nur so weit gehen, wie es für eine trauma-sensitive Geburtsbegleitung notwendig ist. Gibt es Hinweise auf unverarbeitete, traumatische Ereignisse in der Anamnese, sollte im besten Fall an eine spezialisierte Sprechstunde für peripartale Psychiatrie und Psychotherapie überwiesen beziehungsweise der Betroffenen eine entsprechende Stelle empfohlen werden.



Kriterien zur Diagnosestellung einer PTBS

Definition von Trauma

Erleben eines extrem bedrohlichen oder entsetzlichen Ereignisses oder einer Reihe von Ereignissen

Erfüllung folgender Kriterien

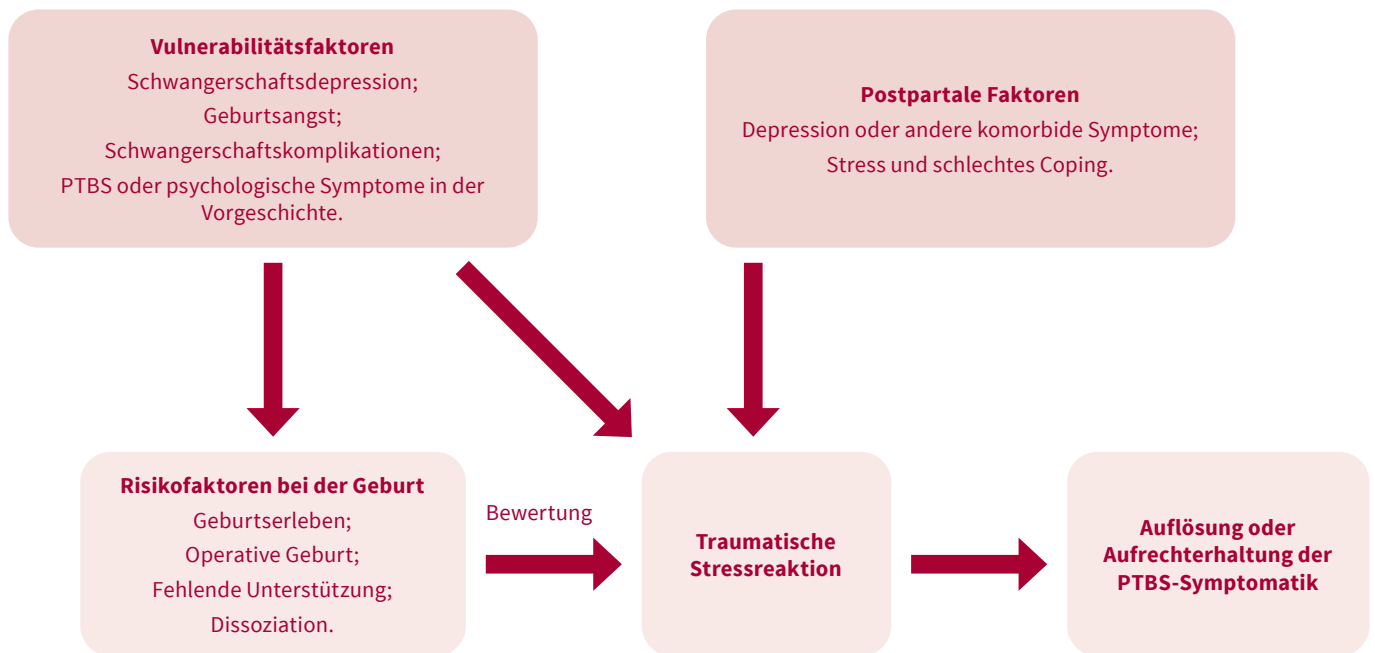
1. Wiedererleben des traumatischen Ereignisses (Alpträume, aufdringliche Erinnerungen)
2. Vermeidung von Gedanken und Erinnerungen an das Ereignis
3. Anhaltende Wahrnehmung einer erhöhten aktuellen Bedrohung (Hypervigilanz oder verstärkter Schreckhaftigkeit)

Die Symptome halten mindestens mehrere Wochen lang an und verursachen erhebliche Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Quelle: World Health Organization (WHO) (2019). ICD-11 International Classification of diseases.

Überarbeitetes Diathese-Stress-Modell der Entstehung von einer geburtsbedingten Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

Ayers et al. (2016)

**Psychotherapeutische Geburtsaufarbeitung**

Die Indikation und das methodische Vorgehen bei einer psychotherapeutischen Geburtsaufarbeitung sind immer abhängig von der aktuellen Lebenssituation, der Symptomatik und dem individuellen Therapieauftrag der Patientin. Eine erneute Schwangerschaft ist ein starker Trigger für ein vergangenes traumatisches Geburtserleben, der bisher erfolgreiche Vermeidungsstrategien ausser Kraft setzen kann. Deshalb kommt eine grosse Zahl an Frauen erst im Rahmen einer Folgeschwanger-

schaft in Behandlung. Je nachdem wie fortgeschritten die Schwangerschaft ist, ist eine vorgeburtliche Aufarbeitung unter Umständen zeitlich nicht mehr möglich. Manche Frauen wünschen auch explizit keine psychotherapeutische Aufarbeitung oder fühlen sich aufgrund der aktuellen Schwangerschaft emotional damit überfordert. In solchen Fällen muss die Therapie auf stabilisierende und supportive Interventionen beschränkt werden, mit dem Ziel, eine Re-Aktivierung oder Re-Traumatisierung unter Geburt möglichst zu verhindern. Dies

ist auch häufig bei Frauen der Fall, welche mit einer komplexen traumatischen Vorgeschichte wie sexuellem Missbrauch in der Kindheit in die peripartale Psychotherapie kommen.

Bereitschaft zur Aufarbeitung

Besteht die Indikation zur psychotherapeutischen Aufarbeitung und ist die Patientin motiviert und in der Lage, sich darauf einzulassen, wird der psychische Verarbeitungsprozess mittels narrativen Durcharbeitens der Geburt angestossen. Beim detaillierten

Eine erneute Schwangerschaft ist ein starker Trigger für ein vergangenes traumatisches Geburtserleben, der bisher erfolgreiche Vermeidungsstrategien ausser Kraft setzen kann.

Der Fokus liegt neben den expliziten Erinnerungen auch insbesondere auf den zugehörigen Gefühlen und Körperwahrnehmungen.

Nacherzählen und Nacherleben der Geburtssituation liegt der Fokus neben den expliziten Erinnerungen auch insbesondere auf den zugehörigen Gefühlen und Körperwahrnehmungen. Je nach Schwere der PTBS-Symptomatik kommen teilweise auch spezifische Techniken aus der Traumatherapie wie die Bildschirmtechnik oder die sogenannte Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy zum Einsatz. Neben der Konfrontation mit dem traumatisch Erlebten gehört die Einbettung in die biografische und aktuelle Lebenssituation der Frau zum psychotherapeutischen Fokus. Für die psychische Integration ist es zudem wichtig, dem subjektiven Trauerprozess, darüber, dass die Geburt so abgelaufen ist, nochmals den nötigen Raum zu geben. ○

AUTORIN



Dr. phil. Kathrin Degen,
Psychologin und eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin. Als Therapeutische Leitung der Gynäkopsychiatrie Thurgau der Psychiatrischen Dienste Thurgau ist ihr Arbeitsschwerpunkt die Peripartale Psychotherapie und die Psychische Frauengesundheit.



Fallbeispiel

Eine 35-jährige Frau stellt sich drei Wochen nach der Geburt ihres zweiten Kindes in der gynäkopsychiatrischen Sprechstunde vor. Im Verlauf der ersten Geburt vor zwei Jahren sei es zu einem Geburtsstillstand gekommen und die Entscheidung für eine sekundäre Sectio getroffen worden. Aufgrund einer insuffizienten PDA habe sie starke Schmerzen gespürt und es sei erst sehr spät ärztlich interveniert worden. Nach der Geburt sei es ihr psychisch schlecht gegangen, sie habe das Erlebte aber zur Seite geschoben. Es fiel ihr spürbar schwer, über die erste Geburt zu sprechen. Sie wurde immer wieder emotional «überflutet» und rang während des Erzählens immer wieder nach Luft.

Aufgrund der schwierigen Vorerfahrung sei die zweite Geburt als geplante Sectio in einem anderen Spital sorgfältig vorbereitet worden. Trotz der guten vorgeburtlichen Vorbereitung und der Bedürfnisorientierung und transparenten Begleitung im Operationssaal geriet sie während der Sectio in Panik, konnte nicht beruhigt werden und hatte das Gefühl, erneut Schmerzen zu spüren. Daraus resultierend musste die Sectio erneut unter Vollnarkose stattfinden.

Es zeigte sich, dass die noch nicht integrierte erste Geburt durch die ähnliche Geburtssituation getriggert wurde und es so zu einer Re-Aktualisierung des Angst- und Schmerzerlebens kam.

In der peripartalen Psychotherapie fand eine Aufarbeitung der Geburt im Narrativ statt. Dabei zeigten sich zusätzliche biografische und situative Faktoren, welche erschwerend den normalen psychischen Verarbeitungsprozess behindert und letztlich verunmöglicht hatten. In einem letzten Schritt wurden die persönlichen Geburts geschichten adäquat betrauert und konnten so psychisch integriert werden. In einem Katamnesegespräch berichtete die 35-Jährige, dass es im Alltag nun für sie möglich war, über die Geburten zu sprechen, ohne dass sie überflutet wurde oder das Thema Geburt ganz vermeiden musste.

Literatur

- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S. & Wijma, K. (2016)** The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*. 46(6), 1121-1134.
- Dekel, S., Stuebe, C. & Dishy, G. (2017)** Childbirth induced posttraumatic stress syndrome: a systematic review of prevalence and risk factors. *Frontiers in psychology*. 8, 560.
- Grekin, R. & O'Hara, M. W. (2014)** Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical psychology review*. 34(5), 389-401.
- Soet, J.E., Brack, G.A. & Dilorio, C. (2003)** Prevalence and Predictors of Women's Experience of Psychological Trauma During Childbirth. *Birth*. 30: 36-46.
- Weigl, T., Beck-Hiesteremann, F. M. L., Stenzel, N. M., Benson, S., Schedlowski, M. & Garthus-Niegel, S. (2021)** Assessment of childbirth-related PTSD: psychometric properties of the German Version of the City Birth Trauma Scale. *Frontiers in Psychiatry*. 12.
- Williams, C., Patricia Taylor, E. & Schwannauer, M. (2016)** A web-based survey of mother-infant bond, attachment experiences, and metacognition in post-traumatic stress following childbirth. *Infant Mental Health Journal*. 37(3), 259-273.
- World Health Organization (2019)** ICD-11: International classification of diseases (11th revision). <https://icd.who.int>
- Yildiz, P. D., Ayers, S. & Phillips, L. (2017)** The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 208, 634-645.