

Erleben der Entbindung
unter besonderer Berücksichtigung
traumatischer Erfahrungen

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
Bonn

Christiane Gerda Fritzen
aus Troisdorf-Sieglar

2007

Angefertigt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Bonn

1. Gutachter: Prof. Dr. med. A. Rohde
2. Gutachter: PD Dr. Kühn

Tag der Mündlichen Prüfung: 11. Januar 2007

Aus dem Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
Direktor: Prof. Dr. W. Kuhn

Funktionsbereich Gynäkologische Psychosomatik
Leitung: Frau Prof. Dr. med. A. Rohde

Diese Dissertation ist auf dem Hochschulschriftenserver der ULB Bonn
http://hss.ulb.uni-bonn.de/diss_online elektronisch publiziert.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	9
1.1.	Die Entwicklung des Begriffs „Posttraumatische Belastungsstörung“ (PTBS).....	9
1.2.	Definition der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nach ICD-10 und DSM-IV	12
1.2.1.	Partielle bzw. subsyndromale Formen der PTBS	15
1.3.	PTBS in Zusammenhang mit der Entbindung.....	19
1.3.1.	Risikofaktoren für die Entwicklung posttraumatischer Symptome im Rahmen der Geburt.....	29
2.	Hypothesen	34
2.1.	Allgemeine Hypothese zum Einfluss von möglichen Risikofaktoren auf das subjektive Empfinden einer Geburt als traumatisch	34
2.2.	Hypothesen zu den Geburts Umständen.....	34
2.3.	Hypothesen zu personenbezogenen Risikofaktoren.....	36
3.	Methoden und Untersuchungsinstrumente	37
3.1.	Beschreibung des Studienablaufs	37
3.2.	Beschreibung der Stichprobe.....	42
3.2.1.	Alter	42
3.2.2.	Familienstand	43
3.2.3.	Nationalität	44
3.2.4.	Ausbildung.....	45
3.2.5.	Planung der Schwangerschaft.....	46
3.3.	Beschreibung der Untersuchungsinstrumente	47
3.3.1.	Interview zum ersten Messzeitpunkt	47
3.3.2.	Interview zum zweiten Messzeitpunkt	47
3.3.3.	Interview zum dritten Messzeitpunkt	49
3.3.4.	Fragebögen zu den drei Messzeitpunkten.....	50

4.	Ergebnisse	52
4.1.	PTBS - Posttraumatische Belastungsstörung	52
4.1.1.	Erfassung der Subgruppe „Frauen mit traumatisch erlebter Entbindung“	52
4.1.2.	Risikofaktoren der Subgruppe und Abgrenzung zur Restpopulation	54
4.1.3.	PTBS-Symptome in der Subgruppe	59
4.1.4.	PTBS-Fälle in der Stichprobe	63
4.1.5.	PTBS-Subsyndrom.....	66
4.2.	Ergebnisse zu den Geburtsumständen.....	69
4.2.1.	Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Geburtsart und posttraumatischen Symptomen	69
4.2.1.1.	Auswirkung der Geburtsarten auf die Frage nach einer traumatisch erlebten Entbindung.....	69
4.2.1.2.	Verteilung der Geburtsarten bei Müttern mit und ohne traumatisch erlebte Entbindung.....	72
4.2.1.3.	Verteilung der Geburtsarten bei den jeweiligen Diagnosekriterien	73
4.2.2.	Untersuchung des Zusammenhangs zwischen subjektiv erlebten Komplikationen und posttraumatischen Symptomen	78
4.2.3.	Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Länge der Geburt und der Entwicklung von posttraumatischen Symptomen	80
4.2.4.	Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Schmerzstärke unter der Geburt und der Entwicklung von posttraumatischen Symptomen	82
4.2.5.	Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Zufriedenheit der Mütter mit den an der Geburt beteiligten Personen und der Entwicklung von posttraumatischen Symptomen	85

4.3.	Ergebnisse zu personenbezogenen Risikofaktoren	89
4.3.1.	Untersuchung des Zusammenhangs zwischen posttraumatischen Symptomen und einer aus der Anamnese bekannten psychischen Erkrankung oder Vortraumatisierung nach ICD-10	89
5.	Diskussion	95
5.1.	Soziodemographische Daten/Methodik	95
5.2.	Auswertung der Untersuchungsergebnisse	98
5.2.1.	Zu 4.1.1.: Erfassung der Subgruppe „Frauen mit traumatisch erlebter Entbindung“	98
5.2.2.	Zu 4.1.2.: Risikofaktoren der Subgruppe und Abgrenzung zur Restpopulation	100
5.2.3.	Zu 4.1.3.: PTBS-Symptome in der Subgruppe	104
5.2.4.	Zu 4.1.4.: PTBS-Fälle in der Stichprobe	106
5.2.5.	Zu 4.1.5.: PTBS-Subsyndrom.....	112
5.2.6.	Zu 4.2.: Ergebnisse zu den Geburtsumständen	116
5.2.6.1.	Zu 4.2.1.: Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Geburtsart und posttraumatischen Symptomen	116
5.2.6.2.	Zu 4.2.2.: Untersuchung des Zusammenhangs zwischen subjektiv erlebten Komplikationen und posttraumatischen Symptomen.....	120
5.2.6.3.	Zu 4.2.3.: Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Länge der Geburt und der Entwicklung von posttraumatischen Symptomen	121
5.2.6.4.	Zu 4.2.4.: Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Schmerzstärke unter der Geburt und der Entwicklung von posttraumatischen Symptomen	122

5.2.6.5.	Zu 4.2.5.: Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Zufriedenheit der Mütter mit den an der Geburt beteiligten Personen und der Entwicklung von posttraumatischen Symptomen	123
5.2.7.	Zu 4.3.: Ergebnisse zu personenbezogenen Risikofaktoren	124
5.2.7.1.	Zu 4.3.1.:Untersuchung des Zusammenhangs zwischen posttraumatischen Symptomen und einer aus der Anamnese bekannten psychischen Erkrankung oder Vortraumatisierung nach ICD-10	124
6.	Zusammenfassung	127
7.	Literatur.....	129
8.	Danksagung.....	136

Abkürzungsverzeichnis

Abb.:	Abbildung
BDI:	Beck Depressions-Inventar
BSPS:	Bonner Skala zur postpartalen Sexualität
DSM-IV:	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, Version IV, 1994
EICS:	Elective Cesarean Section
EmCS:	Emergency Cesarean Section
EPDS:	Edinburgh Postnatal Depression Scale
EU:	Europäische Union
FB	Fragebogen
ggf.	gegebenenfalls
ICD-10:	International Classification of diseases – 10
IES:	Impact of Event Scale
i. d. R.	in der Regel
IVD:	Instrumental Vaginal Delivery
NEO-FFI:	NEO-Fünf-Faktoren-Inventar
NVD:	Normal Vaginal Delivery
Mo.:	Monat(e)
MZP:	Messzeitpunkt
p. p.:	post partum
Pat.:	Patientin(nen)
POMS:	Profile of Mood States
PSS:	Posttraumatic Stress Symptoms interview
pt.:	posttraumatisch
PTBS:	Posttraumatische Belastungsstörung
PTSD:	Post Traumatic Stress Disorder
SCL-90-R:	Symptom-Checkliste 90-R
SIDS:	Sudden Infant Death Syndrome
Signifik.:	Signifikanz

SRS-PTSD: Self Rating Scale for PTSD

SS: Schwangerschaft

Subsynd.: Subsyndrom

Sympt.: Symptom(e)

Tab.: Tabelle

TES: Traumatic Event Scale

Wo. : Woche(n)

zeitl.: zeitlich

1. Einleitung

1.1. Die Entwicklung des Begriffs „Posttraumatische Belastungsstörung-PTBS“

Das Krankheitsbild einer posttraumatischen Belastungsstörung wurde erstmals 1980 in Amerika definiert und in die dritte Version des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen [American Psychiatric Association, 1980] aufgenommen. Hierdurch konnte insbesondere der Symptomatik einer großen Anzahl von Vietnam-Kriegsveteranen eine eigenständige Diagnose zugeordnet werden. Die von ihnen durchlebten Traumata führten nachhaltig zu „Erscheinungen“ wie Wiedererleben, Alpträumen und Übererregung. Diese Symptomenkonstellation konnte keiner bis zu dem Zeitpunkt existierenden Diagnose zugeordnet werden. Gleichzeitig wurde hiermit ein Krankheitsbild definiert, das, anders als die meisten sonstigen psychischen Störungen, einen externen Auslöser hat, ohne dessen Einwirkung die Störung nicht entstehen würde [WHO, 1994]. Darüber hinaus konnten die Opfer von Krieg oder Gewalt von der Gesellschaft als (psychiatrische) Patienten anerkannt werden, ohne jedoch dem Stigmata unterlegen zu sein, also ohne zu den schwereren psychiatrischen Patienten mit Störungen, wie z. B. Hysterie, Depression oder Psychose, zugerechnet zu werden [Gersons und Carlier, 1992].

Doch die Anerkennung dieses Krankheitsbildes als Folge eines durchlebten Traumas hat einen langen und beschwerlichen Weg hinter sich. Im Zuge der Überarbeitung der internationalen Klassifikationen für psychische Störungen gewannen zahlreiche Berichte aus dem 19. Jahrhundert über Katastrophen und ihre psychischen Auswirkungen auf die betroffenen Personen an Bedeutung. So berichtete Erichsen [1866] von an Eisenbahnunfällen beteiligten Personen, die Symptome wie Angst, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Alpträume und Irritierbarkeit sowie somatische Erscheinungen boten. Er bezeichnete ihre Symptomatik als „Railway Spine Syndrom“ und führte sie auf eine Rückenmarksschädigung zurück. Page [1883] hingegen sah in diesen Symptomen eher ein psychisches Problem und nannte es „traumatische Hysterie“. Einige Jahre später beschrieb der Berliner Neurologe Hermann

Oppenheim [1889] das Krankheitsbild der „traumatischen Neurose“. Auch seine Beobachtungen bezogen sich im Wesentlichen auf psychogene Reaktionen nach Eisenbahnunfällen. Ähnlich wie Erichsen postulierte er eine hirnorganische Ursache für diese Symptomatik. Mit seinem Konzept traf er jedoch auf scharfe Kritik, denn allgemein galt die Auffassung, diese Krankheitssymptome seien Ausdruck einer psychopathischen Persönlichkeit und hätten lediglich ein „pathologisches Rentenbegehren“ zum Ziel.

Wie ein Fallbeispiel von Weber et al. [1998] zeigt, ist selbst heute die versorgungsrechtliche Beurteilung einer PTBS noch nicht eindeutig geklärt: Ein Lokomotivführer wurde in einem Zeitraum von 17 Jahren Zeuge von sechs Suizidunfällen. Eine sich dadurch entwickelte PTBS führte zu seiner Berufsunfähigkeit und er bestand nach den Vorschriften des Beamtengesetzes auf einer Erhöhung seines Ruhegeldes. Dies musste jedoch auf Anlass des Verwaltungsgerichtes mit Hilfe eines Gutachtens beurteilt werden. Im Vorgutachten führte man seine Symptomatik nicht auf die Suizidunfälle, sondern auf seine Persönlichkeit und seine familiäre Situation zurück. Erst das psychologische Gutachten bestätigte, dass seine Krankheit eine Folge der erlebten Unfälle während seiner Berufstätigkeit ist.

Im gleichen Zeitraum wie Oppenheim [1889] erkannten Charcot und Janet in Frankreich die Bedeutung der Traumata für die Entwicklung von hysterischen Symptomen bei ihren Patienten.

Freud stellte jedoch einige Jahre später in Deutschland die Bedeutung sexuellen Missbrauchs in der Kindheit für die Entwicklung psychischer Symptome in Frage, was dazu führte, dass traumatische Erfahrungen im Allgemeinen als Ursache psychopathologischer Symptome unterschätzt wurden.

Selbst nach dem Ersten Weltkrieg wurden die heimkehrenden Soldaten mit ihren zahlreichen Symptomen nicht ernst genommen. Man verkannte ihre Krankheit und bezeichnete sie als „Kriegszitterer“ oder sogar als Feiglinge. Erst zwei Jahrzehnte nach dem Ersten Weltkrieg kamen die Forschungsergebnisse von Kardiner [1941] unter dem Titel „The Traumatic Neuroses of War“ heraus. Hierin beschrieb Kardiner seine

Beobachtungen an Soldaten, die Symptome aufwiesen, welche heute der posttraumatischen Symptomatik zugeordnet würden.

In Deutschland hatte das Konzept der „konstitutionellen Schwäche als angebliche Ursache für psychisches Leid nach Extremlastungen“ noch Jahrzehnte nach dem Zweiten Weltkrieg Bestand. Erst mit weitergehenden Untersuchungen, insbesondere an Opfern des nationalsozialistischen Regimes mit Beginn der sechziger Jahre, bröckelte allmählich das Bild des „Kriegszitterers“.

Hinsichtlich der Kausalfaktoren einer PTBS werden erst seit einigen Jahren auch „zivile“ Lebensereignisse wie Naturkatastrophen, Autounfälle, Misshandlungen und Vergewaltigungen in der Literatur beschrieben.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass die Erkenntnisse über mögliche psychische Störungen nach einem außerordentlich belastenden Ereignis erst mit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts gewonnen wurde. Zwar beobachtete man zuvor die gleichen Symptome, diese wurden jedoch entweder einer organischen Ursache zugeschrieben oder im Sinne einer Täuschung für künstlich erzeugt gehalten. Die Definition einer PTBS, wie sie im Kern auch heute noch verstanden wird, hat ihren Ursprung in ihrer Aufnahme in das DSM-III im Jahre 1980. Dennoch zeigt sich in Fallbeispielen, dass die PTBS in unserer Gesellschaft noch keine uneingeschränkte Anerkennung findet. Auch Fachärzte verkennen mitunter dieses Störungsbild.

1.2. Definition der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nach ICD-10 und DSM-IV

Ein traumatisches Ereignis kann in einem Individuum unterschiedliche psychopathologische Reaktionen hervorrufen. In der „International Classification of diseases – 10“ (ICD-10), Kapitel V, widmet die WHO [1994] den aufgrund eines Traumas entstandenen Störungen die Rubrik F43: **„Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“**. Hierunter zählen die „akute Belastungsreaktion“, die „posttraumatische Belastungsreaktion“ (PTBS), die „Anpassungsstörungen“ sowie die beiden Diagnosen „sonstige Reaktionen auf schwere Belastungen“ und „nicht näher bezeichnete Reaktion auf schwere Belastung“, die eine freie Zuordnung der Belastungsauslöser zulassen.

Darüber hinaus ist u. a. bei Ehlers [1999] zu lesen, welche vielzähligen Störungsbilder neben oder anstelle dieser Störungen mit traumatischen Einwirkungen in Verbindung stehen können. Eine genauere Betrachtung ist im Rahmen der vorliegenden Arbeit jedoch nicht vorgesehen. Sie sollen an dieser Stelle der Vollständigkeit halber nur genannt werden: Es handelt sich um dissoziative Störungen, Somatisierungs- und Essstörungen, Depressionen, Angst- und Zwangserkrankungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Substanzmissbrauch und „andere Persönlichkeitsveränderungen“.

Die in dieser Arbeit untersuchte **PTBS** stellt eine relativ häufige psychische Erkrankung dar. Sie ist eine Reaktion auf eine oder mehrere traumatische Lebenserfahrungen. Dabei kann es sich um die Bedrohung der eigenen Person oder einer anderen Person handeln, der der Patient gewissermaßen als Zeuge beiwohnt. Die beiden hierzulande gültigen Klassifikationssysteme für psychische Erkrankungen definieren die Trauma-Umstände auf unterschiedliche Weise: Die **Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10** [WHO, 1994] bezeichnet derartige Erfahrungen als „Ereignisse oder Situationen außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmaßes, die bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde“ (**Diagnostisches Kriterium A**). Im Vergleich dazu werden im **Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen – DSM-IV** [APA, 1994] zwei Kriterien gefordert, die das

Diagnosekriterium A definieren: Die Ereignisse sollen einerseits den „tatsächlichen oder drohenden Tod oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalten“, und die betroffene Person muss „intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen“ empfinden.

Die Traumata werden in keiner der beiden Diagnosekriterien exakt benannt. Lediglich in den vorausgehenden erläuternden Hinweisen finden sich einige mögliche Ereignisse, z. B. Naturkatastrophen, Kampfhandlungen, Verkehrsunfälle oder Vergewaltigungen. Jedoch umfassen sie bei weitem nicht das gesamte mögliche Spektrum. So wird z. B. das in dieser Arbeit thematisierte Ereignis „Entbindung“ nicht berücksichtigt. Warum es dennoch zu diesem Ereigniskreis zählen sollte, wird an anderer Stelle diskutiert (Kapitel 1.3.).

Die PTBS ist weiterhin charakterisiert durch **drei Symptomgruppen (B, C und D)**. Die Erste (B) bezieht sich auf das Wiedererleben des Traumas in Form von

- Alpträumen,
- anhaltenden lebendigen Erinnerungen,
- Nachhallerinnerungen (ICD-10),
- intensiven psychischen Belastungen bei der Konfrontation mit Hinweisen auf das Trauma,
- körperlichen Reaktionen bei der Konfrontation mit Hinweisen auf das Trauma (DSM-IV) und
- Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiedergekehrt sei (DSM-IV).

Die beiden letztgenannten Aspekte werden nur im DSM-IV als mögliche Formen des Wiedererlebens aufgeführt. Die Diagnose einer PTBS verlangt in beiden Klassifizierungen das Vorhandensein von einem oder mehreren der genannten Symptome.

Der zweite **Symptomenkomplex (C)** betrifft in beiden Klassifikationen das **Vermeiden** von Umständen, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen (zwei

verschiedene Symptome). Das DSM-IV bezieht darüber hinaus noch fünf weitere Symptome in diese Gruppe ein, darunter vier unspezifische Symptome:

- die Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,
- ein deutlich vermindertes Interesse [...] an wichtigen Aktivitäten,
- das Gefühl der Losgelöstheit oder der Entfremdung von anderen,
- eine eingeschränkte Bandbreite des Affekts und
- das Gefühl einer eingeschränkten Zukunft.

Im Gegensatz zu der Diagnosedefinition nach ICD-10, die nur *eine* Art des Vermeidungsverhaltens verlangt, werden im DSM-IV mindestens drei der sieben Merkmale (s. o.) zur Bedingung gestellt.

Nach einem Trauma kann ein **erhöhtes Erregungsniveau** auftreten. Es äußert sich in Schlafstörungen, erhöhter Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, erhöhter Wachsamkeit oder in einer übertriebenen Schreckhaftigkeit. Diese Symptomgruppe wird unter dem **Kriterium D** abgehandelt. Beide Klassifikationssysteme verlangen zwei der fünf Erscheinungen. Die ICD-10 bezieht jedoch noch eine alternative Symptomatik in den Symptomenkomplex D ein: Dieser kann auch als erfüllt betrachtet werden, wenn anstelle der Übererregung ein Erinnerungsverlust in Bezug auf wichtige Aspekte des Traumas besteht.

In der Frage des **zeitlichen Auftretens** und der **Dauer** der Symptomatik (**Kriterium E**) besteht ebenfalls Uneinigkeit zwischen beiden Systemen. Das DSM-IV fordert eine Dauer der Symptomatik (Kriterien B bis D) von mindestens einem Monat. Im Gegensatz dazu verlangt die ICD-10 keine Mindestdauer, sondern den Beginn der Symptomatik innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis bzw. nach Ende der Belastungsperiode. Dieser Aspekt des Symptombeginns wird im DSM-IV nicht berücksichtigt.

Die Diagnosekriterien der ICD-10 sind hiermit abgehandelt. Die APA befand darüber hinaus ein weiteres Kriterium als unerlässlich für die Diagnosestellung einer PTBS: **Kriterium F** besagt, dass das Störungsbild in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursacht.

1.2.1. Partielle bzw. subsyndromale Formen der PTBS

Für viele Kritiker ist keines der beiden Diagnosesysteme ausgereift, u. a. weil beide Systeme eine sehr eng umschriebene Symptomkonstellation verlangen. In verschiedenen Studien wurde festgestellt, dass die Symptomatik einer großen Anzahl an Traumaopfern nicht dem typischen Bild einer PTBS entspricht, dennoch aber einen hohen Leidensdruck ausübt und die Betroffenen der Hilfe bedürfen. Diese unterhalb des Schwellenwertes liegenden Formen von Reaktionen auf schädigende Ereignisse sind als subsyndromale oder partielle PTBS fassbar (vgl. Tab. 2). Eine einheitliche Definition liegt jedoch bisher nicht vor.

Die folgende Tabelle 2 gibt einen Literatur-Überblick über verschiedene Definitionsvorschläge für eine unter dem Schwellenwert liegende PTBS.

Tabelle 2.: Literaturübersicht zum Thema partielle oder subsyndromale Form der PTBS

Autoren	Bezeichnungen der PTBS-Formen	Definition	Diagnosesystem
Stein et al., 1997	full PTSD	PTBS nach DSM-IV	DSM-IV
	full PTS-Syndrome	PTBS nach DSM-IV; mit oder ohne F	
	partial PTSD	je 1 Sympt. in B, C, D	
	partial PTS-Syndrome	je 1 Sympt. in B, C und D; mit oder ohne F	
Schützwohl und Maercker, 1999	LAC-PTSD	wie DSM-IV außer C: 2 statt 3 Symptome	DSM-IV
	partial PTSD	B und entweder C oder D nach DSM-IV	
Stukas et al., 1999	mögliche (probable) PTBS	ein Symptom weniger in B, C oder D	DSM-III-R
		Dauer nur zw. 2 und 4 Wochen, sonst DSM-IV	
Blanchard et al. 1994		B und entweder C oder D nach DSM-IV	
Kilpatrick und Resnick, 1993		wie DSM-IV außer C: 2 statt 3 Symptome	DSM-III-R
Breslau et al. 2004	“persons who fell short of PTSD criteria“	ein Symptom weniger in C	DSM-IV
	partial PTSD	je 1 Sympt. in B, C, D über mind. 1 Monat	
Green, 1993		wie DSM-III-R, außer C: 2 statt 3 Symptome	DSM-III-R

Allen gemein ist die Erkenntnis, dass die „C-Symptomatik“ in der Diagnostik einer PTBS häufig ein problematisches Kriterium darstellt. In verschiedenen Studien konnte festgestellt werden [Kilpatrick und Resnick, 1993; Maes et al., 1998; Schützwohl und Maercker, 1999; Zlotnick et al., 2002], dass das Kriterium C, z. T. signifikant seltener zutrifft als die beiden Kriterien B und D, welche in sehr hohem Ausmaß kovariieren.

Maes et al. [1998] folgerten, dass die drei Symptomenkomplexe nicht gut aufeinander abgestimmt seien. Entweder Kriterium C sei zu restriktiv oder B und D seien zu sensitiv. Die Diagnostik einer PTBS nach DSM-III-R scheine daher ausschließlich auf dem Vorhandensein des Kriteriums C zu basieren. Foa et al. [1995] und Maercker und Schützwohl [1998] brachten zur Diskussion, die im DSM-IV geforderten Unter-Kriterien von Kriterium C – „*Betäubung*“ und „*Vermeidungsverhalten*“ – voneinander getrennt zu beurteilen, da insbesondere das Erstere wichtig für die Identifikation einer PTBS sei [Foa et al, 1995]. Bei dem Vermeidungsverhalten scheine es sich vielmehr um eine sekundäre Symptomatik zu handeln, welche erst als Folge von „*Wiedererleben*“ und „*Übererregung*“ auftrete [Schützwohl und Maercker, 1999].

Stein et al. [1997] untersuchten darüber hinaus den Grad der funktionellen Beeinträchtigung (Kriterium F) der Patienten. Sie sollten beurteilen, ob der Beruf oder die Ausbildung und ihr soziales oder familiäres Leben durch die Symptome in Mitleidenschaft gezogen wurden. Es stellte sich heraus, dass Personen mit einer partiellen PTBS zwar signifikant weniger in Beruf und Ausbildung beeinträchtigt waren als Patienten mit voller PTBS-Symptomatik. Sie waren aber gleichzeitig signifikant stärker beeinträchtigt als Personen mit einer geringeren Symptomatik. Im familiären und sozialen Bereich glich die Gruppe mit partieller PTBS derjenigen mit voller posttraumatischer Symptomatik. Beide Patientengruppen stimmten auch überein in ihren Gesuchen nach therapeutischer Unterstützung. Stein et al. [1997] zogen daraus den Schluss, dass Personen mit partieller PTBS dem Invaliditätsgrad der PTBS-Patienten nahe kommen oder ihn sogar erreichen. Eine gemilderte Version der PTBS-Diagnose scheint allein schon daher seine Berechtigung zu haben.

Marshall et al. [2001] konnten eine lineare Zunahme der funktionellen Beeinträchtigung, der Komorbidität, der depressiven Störungen und der Suizid-Gedanken bei den Traumatisierten mit zunehmender Symptomenanzahl feststellen.

Eine vergleichbare Studie wurde auch von Breslau et al. [2004] aufgestellt. Als Maß der funktionellen Beeinträchtigung wurden die Tage der Arbeitsunfähigkeit, der verringerte Kontakt zu Mitmenschen und die innere Anspannung/Unstimmigkeit herangezogen. Im

Ergebnis waren die Traumaereignisse der PTBS-Patienten sehr viel gravierender und die Betroffenen zeigten eine deutlich höhere Beeinträchtigung als diejenigen, denen ein Symptom in C fehlte. Letztere waren wiederum stärker in ihrem Alltag beeinträchtigt als die Traumatisierten mit partieller PTBS. Dennoch konnte auch hier festgehalten werden: Je mehr posttraumatische Symptome, desto höher die Beeinträchtigung.

1.3. PTBS in Zusammenhang mit der Entbindung

Die Geburt eines Kindes stellt für jede Mutter eine psychische und physische Belastung dar. Für manche Frauen kann sie jedoch zu einer besonders qualvollen und traumatischen Erfahrung bis hin zur Posttraumatischen Belastungsstörung werden. Eine PTBS aufgrund einer Entbindung ist jedoch bis zum jetzigen Zeitpunkt in den gängigsten Klassifikationssystemen zur Diagnostik psychiatrischer Störungen nicht vorgesehen. Unter dem Kriterium A findet sich bei der ICD-10 die Definition möglicher Trauma-Ereignisse: *„Ereignisse oder Situationen außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmaßes, die bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde“* [WHO; 1994]. Im Vergleich dazu werden im **DSM-IV** [APA, 1994] **zwei** Kriterien gefordert, die das Diagnosekriterium A definieren: Die Ereignisse sollen einerseits den *„tatsächlichen oder drohenden Tod oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalten“*, **und** die betroffene Person muss *„intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen“* empfinden.

Obwohl die Entbindung eines Kindes, insbesondere, wenn es auf natürlichem Weg (spontan vaginal) zur Welt kommt, in der Regel weder ein Ereignis im Sinne der ICD-10 noch des DSM-IV darstellt, wurde empirisch nachgewiesen [Ayers und Pickering, 2001; Czarnocka und Slade, 2000; Soet et al., 2003; Wijma et al., 1997], dass es auch nach einer traumatisch erlebten Entbindung zu posttraumatischen Symptomen bis hin zum Vollbild einer PTBS kommen kann. Es kann also zu „Situationen außergewöhnlicher Bedrohung“ (ICD-10) oder zu „einer Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen“ – in diesem Fall des eigenen Kindes beispielsweise – kommen. Ferner muss die Gefühlswelt der Betroffenen im Rahmen einer Entbindung berücksichtigt werden. Entscheidend für die Ausprägung von posttraumatischen Symptomen ist der Moment, in dem die Betroffene das (subjektive) Gefühl hat, sich in einer völlig aussichtslosen Situation zu befinden, auch wenn diese nicht notwendigerweise eine medizinische Rechtfertigung hat.

Erst seit wenigen Jahrzehnten werden zum Thema „PTBS nach Entbindung“ Untersuchungen durchgeführt. Die ersten Fallbeschreibungen finden sich bei den Französinnen Monique Bydlowski und Anne Raoul-Duval [1978]. Bei den von ihnen beschriebenen Patientinnen handelt es sich meist um Frauen, die eine besonders schwere und lange Geburt erlebt bzw. ein krankes oder totes Kind zur Welt gebracht haben. Es werden Symptome wie Schlaflosigkeit, sich wiederholende Alpträume, Angst vor einer weiteren Geburt und der Wunsch nach Vergeltung gegenüber dem Krankenhauspersonal aufgeführt. Die Autorinnen stellten fest, dass sich bei einer zweiten Schwangerschaft diese, zuvor in den Hintergrund getretenen Symptome wieder einstellen und eine erneute Geburt gefährden können. Einer derartigen Entwicklung könne ihrer Erfahrung nach mit entsprechenden psychoanalytischen Gesprächen und therapeutischen Sitzungen entgegen gewirkt werden.

Erst Anfang der 90er Jahre wurde von Menage [1993] eine größer angelegte empirische Studie zum Thema PTBS bei gynäkologisch behandelten Frauen durchgeführt. Unter den 500 teilnehmenden Frauen mit Erfahrungen im Bereich gynäkologischer Untersuchungen fanden sich 30 Patientinnen, die aufgrund einer durchgeführten gynäkologischen Untersuchung eine PTBS nach DSM-III-R-Kriterien entwickelt hatten. Diese wurden mit einer ebenso großen Gruppe verglichen, die ihre gynäkologische Untersuchung als „sehr gut“ bis „geringfügig besorgniserregend“ bewerteten. Dabei stellte Menage heraus, dass zum einen biographische Daten wie Alter, Familienstand, Anzahl der Kinder und die Zeit, die seit dem Eingriff vergangen war, keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ergaben. Ebenso stellte der Faktor „Geschlecht des Untersuchers“ für keine der beiden Gruppen ein Problem dar. Dem gegenüber wurde deutlich, dass die Frauen mit der Diagnose einer PTBS insgesamt zuvor mehr Kinder verloren hatten und dass sie invasivere Eingriffe erdulden mussten als in der Kontrollgruppe. Signifikant höhere Werte ergaben die Antworten der PTBS-Patientinnen in den Bereichen Schmerz, Machtlosigkeit, Mangel an Zustimmung zum geplanten Eingriff, Feindseligkeit im Verhalten des Arztes gegenüber der Patientin, Missachtung der Sichtweise der Patientin und in der Unzulänglichkeit ihres Informationsstandes.

Die posttraumatischen Belastungsstörungen waren nicht alle auf eine (traumatische) Entbindung zurück zu führen. Die Stichprobe bezog daneben auch Frauen ein, bei denen gynäkologische Eingriffe zu einem Trauma führten, so z. B. eine Hysterektomie, ein Dammschnitt oder gar ein Abstrich zur Krebsvorsorge. Dennoch sind diese traumatisch erlebten Ereignisse in einigen Bereichen mit denen einer traumatischen Geburt zu vergleichen. In allen Fällen stellen Faktoren wie Schmerz, Kontrollverlust, die Zufriedenheit mit dem Personal, das Einbeziehen der Patientin in Entscheidungen, der Informationsgrad der Patientin und die Verletzung der Intimsphäre mögliche Faktoren für die Entwicklung einer PTBS dar.

In den nachfolgenden Jahren kündigten zahlreiche Fallbeschreibungen [Ballard et al., 1995; Fones, 1996; Riley, 1995], Leserbriefe [Beech und Robinson, 1985] und Kurzberichte [Godfroid und Charlot, 1996] das steigende Interesse an dem Thema an. In den Jahren 1997 und 1998 wurden dann intensiv aussagekräftige Untersuchungen zu der Entwicklung von Posttraumatischen Belastungsstörungen nach Entbindungen von der Arbeitsgruppe um die Schweden K. und B. Wijma unternommen. K. Wijma et al. [1997] ermittelten in ihrer empirischen Studie mit 1640 Probandinnen die Prävalenz von postpartalen Posttraumatischen Belastungsstörungen und die dazu führenden Risikofaktoren. Sie bedienten sich der diagnostischen Mittel „Traumatic Event Scale“ (TES) und „Wijma Delivery Experience Questionnaire B“ (W-DEQ). Die TES wurde auf der Grundlage der neuen, 4. Version des DSM angefertigt. Sie beinhaltet Fragen zu allen Diagnosekriterien (A, B, C und D) des DSM-IV. Der W-DEQ B wurde den Frauen zur Erfassung ihrer subjektiven Geburtserfahrungen zugesandt. Die Auswertungen ergaben, dass 1,7 % (n = 28) der Befragten an einer PTBS litten, die auf ihre letzte Entbindung zurück zu führen war. Die PTBS-Symptomatik war außerdem im Zusammenhang mit einer insgesamt negativen kognitiven Bewertung der Geburt, einem nicht adäquaten Verhalten seitens der Geburtshelfer, mit einer in der Vorgeschichte aufgetretenen psychiatrischen oder psychologischen Betreuung und mit der Parität (nicht signifikant) zu sehen, denn Nulliparae bewerteten ihre Entbindung häufiger negativer als Multiparae.

In den folgenden Jahren war das Thema Gegenstand weiterer zahlreicher Forschungsarbeiten. So wurden nach 1997 bis zum Zeitpunkt der Niederschrift der vorliegenden Arbeit 15 weitere empirische Studien zur Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nach Entbindung veröffentlicht. Auf diese soll im Rahmen der qualitativen Datenauswertung (Kapitel 5) näher eingegangen werden. Die folgende Tabelle 1 gibt einen Überblick über die zum Thema Posttraumatische Belastungsstörungen und Risikofaktoren nach Entbindung veröffentlichte Literatur.

Tabelle 1: Literaturüberblick: Empirische Studien und Case-Reports zum Thema PTBS und Risikofaktoren nach Entbindung

Autor(en), Erschei- nungsjahr	Titel	Stich- probe	Methode	Diagn.- Krite- rien	Zeitpunkt post partum	Ergebnisse [%]	signifikante Risikofaktoren/ Ergebnisse/Erläuterungen/ Vorschläge
Cohen, Ansara, Schei, Stuckless, Stewart 2004	PTSD after Pregnancy, Labor and Delivery	198	David Trauma Scale (DTS), EPDS, Conflict Tactics Scale (CTS2), u.a.	DSM-IV	8.-10. Woche p. p.	PTBS: 0, aber 3 x B,C+D ohne „distress“; ≥ 3 PTBS- Symptome: 33	<u>Faktoren</u> : ≥ 2 Komplikationen, Depression in SS, ≥ 2 „trauma life events“, gebürtig canadisch, höheres Einkommen; pt.-Symptome eher aufgrund „life events“ und Depression als Geburt.
Dorn 2003	Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nach Entbindung	424	retrospect. FB; ausführl. Interv.; Freiburg. Pers.I. (FPI-R), FB zu Kompetenz- u. Kontrollüber- zeugung (FKK)	DSM-IV	2 Monate bis 2 Jahre	PTBS: 0,9 Subsynd.: 3,1 Krit. A: 14,2	<u>Faktoren für PTBS-Symptomatik</u> : Psych. Vorerkrankung, Vortraumatisierung, postpartales Befinden, <u>Tendenzen</u> : Sekund. Sectio, Frühgeburt, schlechte Betreuung, Persönlichkeits- ausprägung; Primi- = Multiparae <u>Erläuter.</u> : Subsyndr. n. Stein et al. (1997)
Soet, Brack, Dilorio 2003	Prevalence and Predictors of Women's Experience of Psychiatric Trauma during childbirth	103	W-DEQ-B, TES, Medical Intervention Scale, Medical Personnel (und andere, auch während SS)	DSM-IV		„Trauma“: 34 PTBS: 1,9 <u>partially symp- tomatic</u> (some but not all: D>B>C): 30,1	<u>Faktoren</u> : sex. Trauma, „trait anxiety“, geringe Unterstützung, Sectio, Kraftlosigkeit, Wehenlänge, Schmerz, Erwartungen, niedriger „coping score“, medizin. Interventionen, geringe Infos, schlechtes „coping“, hohe Bildung; 32% Sectio; 92% Primiparae;

Söderquist Wijma K. Wijma B. 2002	Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables	1550	Traumatic Event Scale (TES)	DSM-IV	1-14 Monate	PTBS: 1,8	<u>Faktoren</u> : Notsectio, operativ vaginale Entbindung, psychiatrische Anamnese, Primiparae, lange Wehendauer, Verwendung von Schmerzmitteln
Skari, Skreden,Malt, Dalholt, Ostensen, Egeland, Emblem 2002	Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression & anxiety after childbirth – a prospective [...] study of mothers and fathers	127 Mütter 122 Väter	General Health Q.28 (GHQ-28) State Anxiety Inventory, IES	DSM-IV	0-4 Tage p. p.; 6 Wochen p. p.; 6 Monate p. p.	„Trauma“: 37 Krit. A+B: 9 PTBS: 0,8	<u>Faktoren für akute Belastung</u> : Single-Leben, mehrgebärend, vorherige traumatische Geburt; Symptome nach 6 Wochen vergleichbar mit Normalbevölkerung; Geburt triggert i.d.R. keine Langzeit-Traumabelastung
Turton, Hughes, Evans, Fainman 2001	Incidence, correlates and predictors of PTSD in pregnancy after stillbirth	66	EPDS, BDI, Spielberg State-Trait Inventory (anxiety), PTSD-I	DSM-III-R	3. Trim. + 1 Jahr p. p.	„Trauma“: 89 PTBS: 20 „life-time PTBS“: 29 1 Jahr p. p.: 4 % + 6 %	<u>Erläuterung</u> : SS und Geburt nach Totgeburt; Totgeburten in England: 0,5% der Geburten; Teilnehmerinnen haben keine lebenden Kinder; keine wurde nach Totgeburt psychiatrisch behandelt; <u>Faktoren</u> : Unterstützung; SS < 1 Jahr nach Totgeburt
Ayers, Pickering 2001	Do Women get PTSD as a Result of Childbirth?	289	MMPI-2 in SS; PSS (DSM-IV); Depression: GHQ-28	DSM-IV	36. SSW, 6 Wochen p. p.; 6 Monate p. p.	7 Wo. pp: 6,9 6 Mo. pp: 3,5 bereinigt um PTBS und Depression in SS: 2,8 + 1,5	höhere PTBS-Rate in SS als p. p. (aufgrund verschiedener Messinstrumente?); 52 % Primiparae; Vorschlag: Screening der Vulnerabilität in der SS; 1., 2., 3. Prävention;

Pantlen, Rohde 2001	Psychische Auswirkung traumatisch erlebter Entbindung	424 bzw. 46 ausfühlich	Fragebogen; Nacherhebung (46) mit halbstrukturier-tem Interview und Mini-Dips	DSM-IV	a) 1. Woche p. p. bzw. b) „aktuell“	p. p.: 3,3 % PTBS-Sympt. (0,9 % aktuelle PTBS; 2,4 % Subsyndrom)	Unter den 3,3% (n=14): 9 x Sectio, 7x Erstgebärende, 4 x eher Bezug zu SS 3x früher PTBS-Symptome; retrospektiv; objektive/subjektive Faktoren; Primiparae (nicht signifikant); Multifaktorielles Entstehungsmodell; Langzeitfolgen
Creedy, Shochet, Horsfall 2000	Childbirth and the development of acute trauma symptoms: Incidence and contributing factors	499	Perception of Care Questionn. (PCQ); PTSD Symptom Scale (PSS); STAI.	DSM-IV	4 bis 6 Wochen p. p.	PTBS: 5,6 %; 33 % ≥ 3 Symptome;	<u>Faktoren</u> : Notsectio, Zange, Schmerzen, Unterstützung durch Partner, Betreuung; <u>weniger stark</u> : Vakuum; Sorge um Baby/ Komplikationen mit Baby; Primiparae = Multiparae
Czarnocka, Slade 2000	Prevalence and predictors of PTS-Symptoms following childbirth	264	PTSD-Questionnaire (nach PTSD-I); IES; STAI, PCON, EPDS	DSM-IV	6 Wochen p. p.	alle drei Kriterien: 3 % B + C (IES): 1,9 % ein PTS-Kriterium: 24,2 %	<u>Faktoren PTBS-Symptome</u> : Erwartung; gleicher Schmerz wirkte stärker; gering. Vertrauen in sich; Schuld bei sich und Personal suchen; Unterstützung, Infos; Kontrolle, Vorgeschichte, „trait anxiety“; <u>sign. Unterschiede zw. Primi- + Muliparae</u> : Primip.: geringere Kontrolle, geringere Vorbereitung, ängstlicher, Erwartungen
Alien 1998	A qualitative analysis of the process, med. variables + impact of traumatic childbirth	20	IES-R	DSM-IV	8-10 Monate p. p.	6 x klinisch signifikante scores; 2 x grenzwertig	<u>Faktoren</u> : Kernaspekt: Kontrollverlust; Schmerz, Angst um Kind, ger. soziale Unterstützung; negat. Vorerfahrungen; 9 (von 20) Primiparae

Ryding, K. Wijma, B. Wijma 1998	Experiences of EmCS: A Phenomenological Study of 53 Women	53 mit Not- Sectio	Time-spatial- model (Gefühle, Gedanken bei Geburt)	DSM-IV	2 Tage p. p.	-	Argumente für Geburt als diagnostisches Kriterium A: fast immer Angst, aber auch Schuld und Ärger; 55 % Primiparae
Lyons 1998	A prospective study of post traumatic stress symptoms 1 month following childbirth in a group of 42 first-time mothers	42 Primi- parae	IES (Impact of Event Scale)	DSM-IV	1-4 d, 1 Monat	pt. Symptome: 4,8 %	„Trauma“-Faktoren: schwierige SS, sozio-ökonomischer Status, geringe Kontrolle, Epidural-Anästhesie, Wehen- Induktion, unzureichende Unterstützung, Persönlichkeitsfaktoren
Ryding, K. Wijma, B. Wijma 1998	Psychological impact of EmCS in com- parison with elective Cesarean Section, instrumental and normal vaginal delivery	354 bzw. 326 (1 Mo. p. p.)	Wijma Delivery Experience Questionnaire B (W-DEQ, 20 items); IES; SCL-35	-	einige Tage p. p. und ein Monat p. p.	negative Geburts- bewertung (W-DEQ): EmCS > IVD > EICS > NVD	pt.-Sympt.(IES): IVD>EmCS>NVD >EICS „mental stress“ (SCL): IVD>EmCS>EICS> NVD (aber hohe Werte nach 1 Monat); Symptome sinken bei allen Geburtsarten in 1 Monat gleich, außer SCL nach NVD (steigt bis 1 Mo. p.p.); Primi- = Multiparae
Ryding, B. u. K. Wijma 1998	Predisposing psychological factors for posttraum. stress reactions after EmCS	20 mit Not- Sectio		DSM- III-R	1. Interv.: 1-9 d p. p. 2. Int.:1-2 Mo. p. p.	8 x A u. B 16 x keine posttraumat. Symptome	Faktoren: Personal, Partner, negative Erfahrungen

Ryding, B. u. K. Wijma 1997	Posttraumatic stress - Reactions after emergency cesarean section	25 mit EmCS	Exploratives Interview und sorgfältige Befragung nach DSM III-R	DSM III-R	a) 1. Wo. p. p. (n=26) u. b) 1 - 2 Mon. p. p. (n=25)	a) 19 x A = 76 0 x PTBS b) 18 x A = 75 0 x PTBS 2 x A, B, D = 8 6x A u. B = 25	6 x Therapie nötig, davon 5 x bei A+B; 1. Interview und die Versorgung des Kindes sind Therapieformen?
K. Wijma, Söderquist, B. Wijma 1997	PTSD after Childbirth: A Cross Sectional Study	1640	Traumatic Event Scale (TES); Wijma Delivery Exper. Quest. B (W-DEQ);	DSM-IV	1 bis 13 Monate	PTBS: 1,7 keine Signifik. bei unter- schiedlichem zeitl. Abstand zur Geburt	TES zum Screening u. Qualität (Häufigkeit, Stärke); W-DEQ: eigene Bewertung der Geburt; <u>Faktoren</u> : Personal; psychiatrische Erfahrung; negative frühere Geburt; Primiparae
Fisher, Astbury, Smith 1997	Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: a prospective longitudinal study	242	Rosenb. Self- Esteem Quest. RSEQ; Profile of Mood States (POMS),	-	Befragung vor und nach Geburt	-	<u>vaginal</u> : „mood“ + „self-esteem“ besser; bei <u>Sectio</u> : schlechter, bei <u>operativ-vaginaler Geburt</u> : dazwischen; Ergebnisse zur Not-Sectio wie bei Wunsch-Sectio bzgl. erfragter Faktoren;
DeMier et al. 1996	Perinatal Stressors as Predictors of Symp- toms of PTS i.mothers of Infants of high risk	142	Perinatal Stress Survey (FB),	DSM-III	längere Zeit nach Geburt	mehr pt.- Symptome unter High- risk-Frauen	54,9% Frühgeburten; 9,9% auf Neonat.- Station, 35,2% gesund Stichprobe: Eltern in Selbsthilfegruppen- ähnlichen Vereinen und Kontrollgruppe

Green, Coupland, Kitzinger 1990	Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women	825	3 FB zu Erwartungs-Erfüllung, Zufriedenheit, EPDS, Beschreibung des Babys	-	kurz vor Geburt und 6 Wochen p. p.	-	hohe Erwartungen an die Geburt äußerten sich nicht negativ, niedrige aber häufig schon; Kontrollgefühl war wichtig; Kontrollverlust bei Rasur; Klistier; wenigen Infos; geringer Unterstützung
Menage 1993	PTSD in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedure	30 (PTBS), 30 (kein Trauma)	1. grobe Selekt. 2. "PTSD-Interv. of the Veterans Administration MedicalCenter"	DSM-III-R	länger als 6 Monate	von 30 mit PTBS (von 500 = 6%) hatten 14 <i>nur</i> gynäk.Trauma	Faktoren: Verlust eines Ungeborenen; invasive Behandlung; Schmerz; Arzt-Verhalten; Machtlosigkeit; Ignorierung der Meinung der Mutter; Informationsqualität
Ballard, Stanley, Bockington 1995	Post-traumatic stress disorder (PTSD) after Childbirth	4	4 Fallbeschreibungen	-	-	-	<u>Folge</u> : Verhindern einer erneuten SS; gestörte Mutter-/Kind-Beziehung, Depression; <u>Gründe für Trauma</u> : krankes Kind, Schmerzen, Angst um Kind
Riley 1995	Postpartum stress disorder	-	Beschreibung von Erfahrungen	-	-	<u>Folgen</u> : sekundäre Agoraphobie, Hypochondrie,	Vernachlässigung des Babys; <u>Faktoren</u> : Panik, Vorgeschichte, geringe Kontrolle, Karriere-Verlust; subjektive Betrachtung sollte bewertet werden; Gespräche p. p.!
Moleman, van der Hart, van der Kolk 1992	The partus stress reaction: a neglected etiological factor in postpartum psychiatric disorders	3	3 Fallbeschreibungen	DSM-IV	2 Wochen (Fall 1) 1 Jahr (Fall 2) 2 J.(Fall3)		Partus Stress Reaktion (PSR)= dissoziative Symptome nach komplizierter SS und Geburt mit Panik; subjektiv negative Interpretation der Geburt durch negative gynäkologische Vorgeschichte

1.3.1. Risikofaktoren für die Entwicklung posttraumatischer Symptome im Rahmen einer Geburt

Die Diagnosekriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) beziehen sich laut DSM-IV [APA, 1994] auf ein Ereignis, das den „tatsächlichen oder drohenden Tod oder eine ernsthafte Verletzung oder Gefahr der körperlichen Unversehrtheit ...“ zur Folge haben könnte. Hingegen sollte das Ereignis nach der Definition der ICD-10 [WHO, 1994] von „außergewöhnlicher Bedrohung“ oder von „katastrophalem Ausmaß“ sein, um die Diagnose einer PTBS zu rechtfertigen. Objektiv gesehen stellt die Geburt eines Kindes in Deutschland jedoch nur in den seltensten Fällen ein Ereignis von oben beschriebener Gefahr dar. Wie in Kapitel 5.2.1. beschrieben, zeigt die klinische Realität jedoch, dass es nach einer Geburt zu einer Symptomatik kommen kann, die derjenigen der PTBS gleicht. Es muss sich daher die Frage gestellt werden, ob und - wenn ja - welche Faktoren für die Entwicklung von posttraumatischen Symptomen bei einer Entbindung mit verantwortlich sind.

Die Entwicklung von posttraumatischen Symptomen wird sowohl durch **objektive** als auch durch **subjektive Belastungen** gefördert.

Die **Art der Entbindung** steht in dieser Arbeit **als objektiver Faktor** im Vordergrund. Die geburtshilfliche Medizin unterscheidet einerseits die **natürliche, vaginale Entbindung** (Spontangeburt), andererseits die Geburt per Kaiserschnitt (Sectio).

Ist eine angestrebte Spontangeburt nicht ohne **operative Maßnahmen** durchführbar, kommen Zange (Forcepsextraktion) oder Saugglocke (Vakuumextraktion) zum Einsatz. Letztere, operativ vaginale Entbindungsformen sind in den meisten Fällen Ausdruck einer Notsituation: Wenn es beispielsweise in einer fortgeschrittenen Entbindungsphase zu einem Geburtsstillstand kommt und die Gesundheit des Kindes in Gefahr ist, kann oftmals eine Schnittentbindung nicht mehr durchgeführt werden und die sogenannten operativ vaginalen Maßnahmen müssen angewandt werden. Sie führen dann

größtenteils innerhalb weniger Minuten zur „Entwicklung“ des Kindes, oftmals allerdings auch zu großen Schmerzen bei der Gebärenden.

Der **Kaiserschnitt (Sectio)** wird in der Regel in Fällen durchgeführt, in denen eine vaginale Entbindung nicht möglich ist oder ein höheres Risiko als die Operation darstellt. Darüber hinaus gibt es heutzutage bereits eine Vielzahl an medizinischen Einrichtungen in Deutschland, die der werdenden Mutter die Möglichkeit einräumen, auf ihren Wunsch hin auf operativem Weg ihr Kind zur Welt zu bringen (sog. „Wunsch-Sectio“). Ihr Beweggrund für eine derartige Entscheidung ist häufig eine sehr große Angst vor den bevorstehenden Geburtsschmerzen und der erschöpfenden Anstrengung, sei es, auf dem Boden von Selbst- oder Fremderfahrung.

Die Geburtshelfkunde unterscheidet die primäre von der sekundären Sectio. Die **primäre Sectio** kann sorgfältig im Voraus geplant werden, da ihre Indikation bereits längerfristig gegeben ist. Dies ist z. B. der Fall bei Mehrlingsgeburten, bei Infektion der Mutter mit dem HIV-Virus oder bei einer Plazentalage, die eine natürliche Geburt unmöglich macht (Placenta praevia). Die Betroffene kann sich organisatorisch und vor allem mental auf diese Art der Entbindung vorbereiten. Im Gegensatz dazu steht der Begriff der **sekundären Sectio** für eine Kaiserschnittentbindung, die erst bei unvorhergesehenen Komplikationen (vorzeitigem Blasensprung, Lageanomalie des Kindes, Erschöpfung der Mutter) Anwendung findet und relativ kurzfristig beschlossen wird. In einzelnen Fällen (z. B. akuter Sauerstoffmangel des Kindes) kann es zu einem **eiligen Kaiserschnitt** oder zu einem noch dringlicheren **Not-Kaiserschnitt** kommen, bei denen das Kind innerhalb von wenigen Minuten auf die Welt geholt werden muss. Die Definition des eiligen Kaiserschnittes besagt, dass der Zeitraum zwischen dem ersten Hautschnitt und der Entbindung des Kindes nicht länger als 30 Minuten betragen darf. Wenn ein Not-Kaiserschnitt angeordnet wird, muss das Kind innerhalb von 10 Minuten (institutsinterne Definition) bzw. 20 Minuten (bundesweite Definition) geboren werden.

Im Vergleich zu der Spontangeburt stellt die **Schnittentbindung** für das Neugeborene und insbesondere für die Mutter **eine erhöhte Gefahr** dar. Komplikationen können

beispielsweise in Form von Harnblasen- und Harnwegsverletzungen auftreten. Auch das Narkoserisiko einer Voll- oder Teilanästhesie sollte nicht unterschätzt werden. Im Unterschied zu einer vaginalen Entbindung berichten Frauen, die per Kaiserschnitt entbunden wurden, von dem Gefühl des Versagthabens (da eine natürliche Geburt nicht möglich war) und von dem Kampf mit den gelegentlich auftretenden Nebenwirkungen einer Voll- oder Teilnarkose (z. B. Erbrechen, Taubheitsgefühl, vorübergehende Verwirrtheit, Kopf- oder Rückenschmerzen)

Aufgrund der oben genannten Unterschiede in den Entbindungsformen wird vermutet, dass die Geburtsart einen Einfluss auf die Entwicklung posttraumatischer Symptome ausübt (Hypothese 2.1). Diesbezügliche Untersuchungen wurden bereits mehrfach durchgeführt [Creedy et al., 2000; Ryding et al., 1998; Söderquist et al., 2002; Soet et al., 2003].

Den Geburtskomplikationen aus medizinischer Sicht, wie beispielsweise eine CTG-Verschlechterung oder ein Geburtsstillstand, stehen **die subjektiv von den Müttern empfundenen Komplikationen** gegenüber. Abgesehen vom unterschiedlichen Charakter einer jeden Frau, haben sie zum Zeitpunkt der Geburt bereits verschiedene Erfahrungen im Bereich der gynäkologischen oder geburtshilflichen Medizin gemacht. Sie reagieren daher mit unterschiedlichen Emotionen auf ihre Umgebung, auf notwendige Untersuchungen und geburtliche Entwicklungen. Bei der Befragung wurden neben den gesundheitlich relevanten Komplikationen auch Ereignisse als Komplikationen angegeben, wie Damm- oder Scheidenriss, Kreislaufprobleme oder die Notwendigkeit eines Kaiserschnittes oder Dammschnittes. **Spielen also auch subjektive Komplikationen während der Geburt eine Rolle für das häufige Auftreten von posttraumatischen Symptomen (Hypothese 2.2)?**

Ein weiterer objektiver Faktor findet sich in der **Geburtslänge**, deren Beurteilung sich an der von den Frauen im Erstinterview angegebenen **Geburtswehenlänge** orientiert. In der Geburtshilfe wird unterschieden zwischen **Senkwehen**, die unregelmäßig und bis zu einem Monat vor der Geburt auftreten, und Geburtswehen. Eine **Geburtswehe** dauert zwischen 20 Sekunden und einer Minute. Die Pausen zwischen den Wehen verkürzen

sich zunehmend von zehn auf etwa zwei Minuten. Die Dauer des Geburtsverlaufes ist individuell verschieden. Sie kann zwei bis vier Stunden bei Mehrgebärenden und fünf bis zehn Stunden bei Erstgebärenden betragen. Bei schwacher physischer und eventuell auch psychischer Konstitution kann die Phase bis zur endgültigen „Austreibung“ des Kindes zur völligen Erschöpfung der Mutter führen. Im Extremfall, wenn die Mutter nicht mehr in der Lage ist, die Geburt aktiv voran zu treiben, muss ein Kaiserschnitt durchgeführt werden. **Es soll daher untersucht werden, ob Frauen, deren Entbindung einen besonders langen Verlauf hatte, eher dazu neigen, posttraumatische Symptome zu entwickeln als Frauen mit einer kurzen Geburt (Hypothese 2.3).**

Ein nicht objektiv messbarer Gesichtspunkt ist die **Schmerzstärke**. Menage fand 1993 einerseits und Creedy, Shochet und Horsfall stellten im Jahre 2000 andererseits heraus, dass Schmerz einen positiven Einfluss auf die Entwicklung von posttraumatischen Symptomen ausübt. **Inwieweit hat das erlebte Ausmaß an Schmerzen in dieser Studie eine Auswirkung auf die Entstehung posttraumatischer Symptome?** Als Maßstab wird die von den Frauen auf einer Skala von eins bis zehn angegebene größte erfahrene Schmerzstärke zu Grunde gelegt (**Hypothese 2.4**).

Aufgrund von zahlreichen Literaturhinweisen [z. B. Alien, 1998; Creedy et al., 2000; Czarnocka und Slade, 2000; Lyons, 1998] kann davon ausgegangen werden, dass auch **die soziale Unterstützung während des Geburtsvorganges** einen erheblichen Einfluss auf die Entwicklung von posttraumatischen Störungen haben kann. **Aus diesem Grunde soll die Zufriedenheit der Mutter mit den an der Geburt beteiligten Hebammen, Ärzten und der Begleitperson untersucht werden (Hypothese 2.5).**

Ferner geht aus der Literatur [Czarnocka und Slade, 2000; Dorn, 2003; Pantlen und Rohde, 2001; Söderquist et al., 2002; Wijma et al., 1997] hervor, dass auch die individuelle psychische **Vorgeschichte** und die Familienanamnese in der Entwicklung von posttraumatischen Symptomen von Bedeutung sind. Patienten mit einer psychischen Störung in der Anamnese, sei es mit einer durchlebten depressiven Episode, einer Angststörung oder einer Persönlichkeitsstörung, weisen eine erhöhte

Vulnerabilität für die Entwicklung anderer psychischer Störungen, z. B. eben einer PTBS, auf. Darüber hinaus scheint auch die alleinige Konfrontation mit einer traumatischen Begebenheit in der Vorgeschichte die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, eine gleichwertige oder auch eine völlig andere problematische Situation traumatisch zu erleben. In Bezug auf die aktuell untersuchte Entbindung wurde bei Wijma et al. [1997] ein prädisponierender Faktor in einer zuvor erlebten negativen Entbindung und bei Turton et al. [2001] in einer zuvor erlebten Totgeburt gesehen. **Sind derartige Erkenntnisse auch auf diese Stichprobe anzuwenden (Hypothesen 3.1 und 3.2)?**

2. Hypothesen

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, anhand der in Kapitel 3 beschriebenen Studie „Häufigkeit und Ausprägung gynäkopsychiatrischer und gynäkopsychosomatischer Krankheitsbilder im Anschluss an eine Schwangerschaft und Entbindung“ **Faktoren** zu ermitteln, die im Zusammenhang mit der Entbindung die Wahrscheinlichkeit für die Mutter erhöhen, posttraumatische Symptome oder gar eine Posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln.

2.1. Allgemeine Hypothese zum Einfluss von möglichen Risikofaktoren auf das subjektive Empfinden einer traumatischen Geburt

Hypothese 1.1 Potentielle Risikofaktoren wie niedrige Parität, höheres Alter, die Geburtsart, Komplikationen, die Zufriedenheit u. a. haben einen starken Einfluss auf das subjektive Erleben der Entbindung als Trauma. Dieser macht sich im direkten Vergleich zwischen den subjektiv traumatisierten und den nicht traumatisierten Frauen bemerkbar.

2.2. Hypothesen zu den Geburtsumständen

Hypothese 2.1 Frauen, die die drei Hauptkriterien der PTBS, Wiedererleben, Vermeidung und/oder Übererregung erfüllten, wurden häufiger operativ vaginal, durch einen sekundären oder durch einen eiligen bzw. Not-Kaiserschnitt entbunden als durch eine natürliche vaginale Entbindung oder einen geplanten (primären) Kaiserschnitt

- Hypothese 2.2 Frauen, deren Entbindungen subjektiv mit **Komplikationen** verbunden waren, zeigen häufiger und in höherer Anzahl posttraumatische Symptome als Frauen, die eine komplikationslose Geburt erlebten.
- Hypothese 2.3 Die **Länge der Entbindung**, gemessen an der Wehendauer, hat einen positiven Einfluss auf die Entwicklung von posttraumatischen Symptomen. Wenn sich diese Hypothese bestätigen lässt, weisen diejenigen Frauen häufiger posttraumatische Symptome auf, deren Entbindung überdurchschnittlich lang dauerte, als Frauen, deren Entbindung durchschnittlich oder unterdurchschnittlich lang verlief.
- Hypothese 2.4 Starke **Schmerzen** unter der Geburt erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass die Gebärende posttraumatische Symptome entwickelt.
Somit wird postuliert, dass Frauen häufiger und in höherer Anzahl Symptome aufweisen, wenn sie sehr starke Schmerzen empfunden haben, als wenn sie einen niedrigen maximalen Schmerzwert angaben.
- Hypothese 2.5 Der Grad der Zufriedenheit mit dem **sozialen Umfeld** (Partner, Geburtshelfer) nimmt einen Einfluss auf die Entwicklung von posttraumatischen Symptomen.
Die Patientinnen weisen somit häufiger posttraumatische Symptome auf, wenn sie mit der sozialen Unterstützung unzufrieden sind, als wenn sie mit ihrem sozialen Umfeld zufrieden wären.

2.3. Hypothesen zu personenbezogenen Risikofaktoren

- Hypothese 3.1 Frauen, bei denen posttraumatische Symptome diagnostiziert wurden, weisen häufiger eine psychische Störung (Depressive Episoden, PTBS, Angststörungen u. a.) in der Vergangenheit auf, als Frauen ohne posttraumatische Symptome.
- Hypothese 3.2 Frauen, bei denen posttraumatische Symptome diagnostiziert wurden, weisen häufiger eine Vortraumatisierung (akute Belastungsreaktion, PTBS, Anpassungsstörungen, sonstige Reaktionen auf schwere Belastungen und „nicht näher bezeichnete Reaktion auf schwere Belastung“) in der Vergangenheit auf, als Frauen ohne posttraumatische Symptome.

3. Methoden und Untersuchungsinstrumente

3.1. Beschreibung des Studienablaufs

Die vorliegende Untersuchung stützt sich auf Daten, die über einen Zeitraum von dreizehn Monaten (Anfang Dezember 2000 bis Ende Dezember 2001) in einer Studie des Zentrums für Geburtshilfe und Frauenheilkunde, Funktionsbereich Gynäkologische Psychosomatik, der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn erhoben wurden.

In der Studie wurden die Häufigkeit und die Ausprägung gynäkopsychiatrischer und gynäkopsychosomatischer Krankheitsbilder im Anschluss an eine Schwangerschaft und Entbindung erforscht. Neben der für diese Arbeit bedeutenden Diagnostik von Posttraumatischen Belastungsstörungen, wurde das Auftreten von weiteren psychiatrischen Erkrankungen, wie Depressionen, Angst- oder Zwangsstörungen nach einer Entbindung untersucht.

Die Studie gliederte sich in drei Phasen. In jeder Phase wurden die Patientinnen einerseits mündlich oder fernmündlich mittels eines halbstrukturierten Interviews befragt und andererseits anhand von Fragebögen zu ihrem aktuellen Befinden und ihrer Persönlichkeit im Allgemeinen interviewt.

Die erste Befragung erfolgte noch während des Klinikaufenthalts der Patientinnen in der Zeit vom zweiten bis fünften Tag p. p. in einem mündlichen Gespräch. Das zweite Interview wurde sechs bis acht Wochen und das dritte etwa sechs Monate nach der Entbindung telefonisch durchgeführt. Im Anschluss an jede Befragung wurden von den Teilnehmerinnen Fragebögen ausgefüllt. Alle Daten wurden mittels elektronischer Datenbank (SPSS für Windows, Version 10.0 bis 12.0) erfasst und ausgewertet.

Rekrutierung der Studienteilnehmerinnen: Im Zeitraum vom 5. Dezember 2000 bis zum 7. Mai 2001 wurden 414 (n = 414) Frauen zur Entbindung in die Klinik aufgenommen. Dieser Zeitraum von sechs Monaten ergab sich insofern, als dass es Ziel der Studie war, mindestens 200 Wöchnerinnen (n = 200), die ihre Bereitschaft zur Teilnahme

bekundeten, fortlaufend zu erfassen. Auf diese Weise sollte eine unbeabsichtigte Selektion vermieden werden. Frauen, die ein sehr krankes, behindertes Kind oder eine Todgeburt zur Welt gebracht hatten oder selber schwer erkrankt waren, wurden auf Anraten des behandelnden Arztes oder der betreuenden Krankenschwester nicht kontaktiert. Sie wurden in der zweiten Spalte der Tabelle 3 berücksichtigt.

Unter den 414 Wöchnerinnen waren insgesamt 179 Frauen, die aus unterschiedlichen Gründen nicht an der Studie teilnehmen konnten. Die nachfolgende Tabelle veranschaulicht ihre Beweggründe.

Tabelle 3: Gründe gegen eine Teilnahme an der Studie (n = 179)

Gründe gegen eine Teilnahme	Anzahl der Frauen (n=179)
keine ausreichenden Deutschkenntnisse, Analphabetin, Minderjährigkeit	33
Mutter krank oder überfordert, Kind krank oder gestorben	30
ambulant entbunden/frühzeitig entlassen/nicht erreichbar	62
keine Angabe von Gründen	54
Gesamtzahl	179

Von den 414 (n = 414) registrierten Frauen nahmen daher nur 235 (56,8 %) im Alter zwischen 18 und 46 Jahren an der ersten Phase der Studie teil. 87,2 % (n = 205) gaben ihre ausgefüllten Fragebögen zurück und standen somit für die zweite Phase zur Verfügung; denn ein vollständiger Datensatz zum ersten Messzeitpunkt (Interview und ausgefüllte Fragebögen) wurde als Voraussetzung für die weitere Teilnahme an der Studie festgesetzt.

Von dieser verbleibenden Stichprobe (n = 205) konnten 192 Frauen (n = 192) nach sechs bis acht Wochen telefonisch interviewt werden.

Die Gründe derer, die nach der Teilnahme am ersten Interview eine Studienfortsetzung ablehnten, indem sie die Fragebögen der ersten Phase nicht bearbeiteten (n = 30) oder zu Beginn der zweiten Phase bei telefonischer Anfrage ein Zweitinterview ablehnten (n = 13), stellten sich wie folgt dar (Tab. 4):

Tabelle 4: Gründe gegen eine Fortsetzung der Studienteilnahme nach dem ersten Interview (n = 43)

Gründe gegen eine Fortsetzung der Studienteilnahme	Anzahl der Frauen (n=43)
Überforderung, Zeitmangel, Krankheit	5
ungenügende Deutschkenntnisse für ein telefonisches Interview	5
Zweifel an Zusammenhang zw. Befragung und Studienziel	2
keine Kontaktaufnahme nach dem 1. Interview mehr möglich	2
keine Angabe von Gründen	29
Gesamtzahl	43

Die Fragebögen der zweiten Phase wiederum wurden von 84,4 % (n = 162) der 192 Befragten zurückgesandt. Zum dritten Messzeitpunkt standen noch 173 (n = 173) Mütter zur Verfügung.

19 Frauen konnten aus folgenden Gründen nicht mehr an dem letzten Studienabschnitt mitwirken (Tab. 5):

Tabelle 5: Gründe gegen eine Fortsetzung der Studienteilnahme nach dem zweiten Interview (n = 19)

Gründe gegen eine Fortsetzung der Studienteilnahme	Anzahl der Frauen (n=19)
keine Kontaktaufnahme möglich wegen Adressenänderung	5
Ablehnung bereits nach dem 2. Interview	8
Ablehnung bei Telefonkontakt (Mutter krank, Kind gestorben, Zeitmangel)	6
Gesamtzahl	19

Während des Interviews wurden die Studienteilnehmerinnen gefragt, ob sie weitere Fragebögen ausfüllen und zurücksenden würden. 166 Frauen erklärten dazu ihre Bereitschaft. Der Rücklauf betrug 82,5 % (137 Frauen).

Abschließend sei noch einmal darauf hingewiesen, dass nur die Werte derjenigen Studienteilnehmerinnen in die Ergebnisanalyse mit eingingen, von denen **vollständige Daten zum ersten Messzeitpunkt** vorlagen (Interview und ausgefüllte Fragebögen, n = 205), unabhängig davon, ob sie zu einem späteren Messzeitpunkt die Studie frühzeitig verlassen oder die Fragebögen nicht vollständig ausgefüllt zurückgegeben haben.

Zusammenfassend stellt Tabelle 6 die Entwicklung der Teilnehmerzahlen erneut dar:

Tabelle 6: Gründe gegen eine Fortsetzung der Studienteilnahme nach dem zweiten Interview (n = 19)

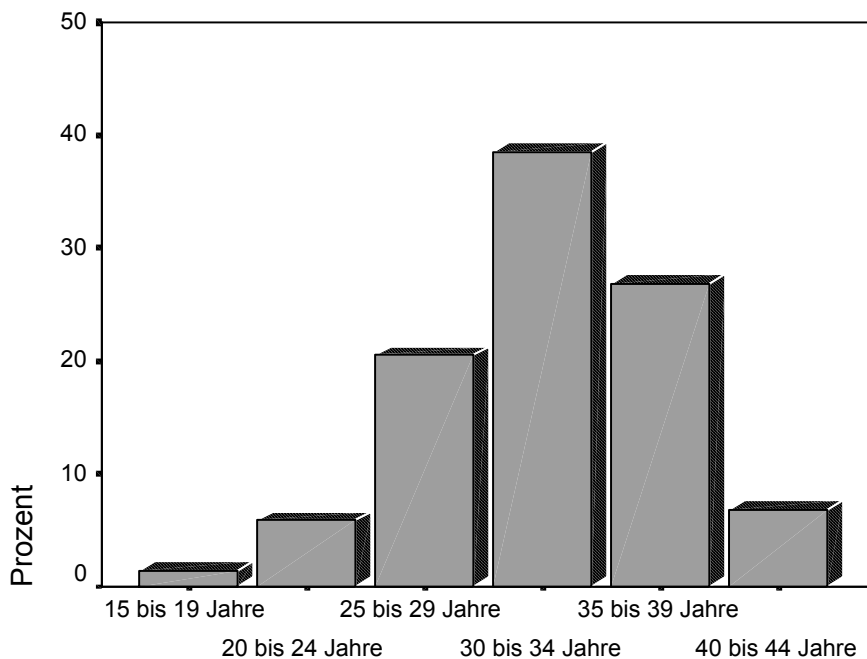
Registrierte Frauen	414
Abgelehnte Teilnahme	179
Teilnahme an der ersten Phase (1. Woche p. p.)	235
Bereitschaft und Qualifikation (Interview und ausgefüllte Fragebögen der ersten Phase) für die zweite Phase (6 – 8 Wochen p. p.)	205
Tatsächliche Teilnahme an der zweiten Phase	192
Ausgefüllte Fragebögen der zweiten Phase	162
Teilnahme an der dritten Phase	173
Ausgefüllte Fragebögen der dritten Phase	137

3.2. Beschreibung der Stichprobe

3.2.1. Alter

In der folgenden Abbildung 1 ist die in sieben Kategorien unterteilte Altersverteilung der Patientinnen dargestellt. Das Durchschnittsalter liegt bei 32 Jahren. Die jüngsten Mütter sind 18 Jahre alt, während die älteste 43 Jahre alt ist. Die Standardabweichung beträgt 4,96. Den weitaus größten Anteil stellen die Frauen im Alter von 30 bis 34 Jahren mit 38,5 %. Der zweitgrößte Anteil liegt bei den 35- bis 39-Jährigen (26,8 %).

Abbildung 1: Alter der Patientinnen (n = 205)



Alter der Patientinnen, 7 Kategorien

In Tabelle 7 wird die Altersverteilung der Stichprobe derjenigen der in 1999 entbundenen Frauen der Bundesrepublik Deutschland gegenübergestellt. Der Vergleich der prozentualen Altersverteilungen beider Stichproben zeigt, dass die Patientinnen der Universität Bonn insgesamt älter waren als im gesamtdeutschen Vergleich. Die 4. Altersgruppe (30 bis 34 Jahre) stellt bei beiden Populationen den jeweils größten Anteil

und ist mit 3,5 Prozenten Unterschied annähernd gleich groß. Die Gruppe der jüngsten Mütter (15 bis 19 Jahre) zeigt ebenso verhältnismäßig ähnliche Werte in beiden Stichproben. Der Anteil der 25- bis 29-Jährigen ist im Vergleich mit Gesamtdeutschland um 9,5 % geringer; der Anteil der 35- bis 39-Jährigen liegt in dieser Stichprobe 11,8 % höher.

Tabelle 7: Alter der Patientinnen im gesamtdeutschen Vergleich (n = 205 bzw. n = 770.636)

Alterskategorie	Stichprobe (n = 205) in Prozent	Gesamtgeburten 1999, BRD (n = 770.636) in Prozent
15 bis 19 Jahre	1,5	3,0
20 bis 24 Jahre	5,9	15,0
25 bis 29 Jahre	20,5	30,0
30 bis 34 Jahre	38,5	35,0
35 bis 39 Jahre	26,8	15,0
40 bis 44 Jahre	6,8	2,0
45 bis 49 Jahre	0,0	0,1
Gesamt	100,0	100,0

3.2.2. Familienstand

Die folgende Tabelle 8 stellt den Familienstand der Wöchnerinnen dar. Nahezu alle Frauen (98,0 %) wohnen mit einem Partner zusammen (84,7 % verheiratet; 13,3 % unverheiratet). Lediglich vier Frauen (1,7 %) führen ein Single-Leben und sind folglich alleinerziehend. Zwei Frauen haben keine Angabe zu dieser Frage gemacht.

Tabelle 8: Familienstand (n = 205)

Familienstand	Häufigkeit	Prozent
verheiratet	172	83,90
in Partnerschaft lebend	27	13,17
allein lebend	4	1,95
keine Angabe	2	0,98
Gesamt	205	100,0

3.2.3. Nationalität

Wie Tabelle 9 zu entnehmen ist, kommen 91,2 % der Entbundenen aus Deutschland. Knapp 9 % haben eine ausländische Staatsbürgerschaft, davon 3,9 % eine europäische. 4,9 % der Frauen sind außerhalb der Europäischen Union geboren.

Tabelle 9: Nationalität der Patientinnen (n = 205)

Nationalität der Patientinnen	Häufigkeit	Prozent
deutsch	187	91,2
innerhalb der EU geboren	8	3,9
außerhalb der EU geboren	10	4,9
Gesamt	205	100,0

3.2.4. Ausbildung

Die Tabellen 10 und 11 veranschaulichen das Ausbildungsniveau der Probandinnen. Mehr als 60 % der Frauen hatten einen hohen Schulabschluss (Abitur, Fachabitur). 38,1 % der Patientinnen beendeten ihre Schullaufbahn mit dem Realschulabschluss oder einem Hauptschulabschluss. Eine Teilnehmerin hatte die Hauptschule ohne Abschluss verlassen.

Der berufliche Ausbildungsstand stellt sich wie folgt dar: Knapp die Hälfte der Frauen (48,0 %) absolvierte eine Lehre bzw. eine Fachschule. Den zweithöchsten Anteil hatten die Hochschulabsolventinnen mit 41,7 % inne. 1,5 % befanden sich zum Zeitpunkt des ersten Interviews noch in der Ausbildung. 3,4 % fielen auf die Patientinnen mit einer anderen Ausbildung und 5,4 % auf die ohne Ausbildung.

Tabelle 10: Schulabschluss (n = 205)

Schulabschluss	Häufigkeit (n=205)	Prozent
niedrig	1	0,5
mittel	77	38,1
hoch	124	61,4
keine Angabe	3	
Gesamt	205	100,0

Tabelle 11: Berufsausbildung (n = 205)

Berufsausbildung	Häufigkeit (n=205)	Prozent
Lehre/Fachschule	98	48,0
Hochschule	85	41,7
andere Ausbildung	7	3,4
keine Ausbildung	11	5,4
in Ausbildung	3	1,5
keine Angabe	1	
Gesamt	205	100,0

3.2.5. Planung der Schwangerschaft

Tabelle 12 veranschaulicht, dass nicht jede Schwangerschaft von den Eltern geplant und damit zwangsläufig erwünscht war. Zwar haben über 70 % der Paare ein Wunschkind zur Welt gebracht, jedoch war das Neugeborene von 27,8 % der Eltern nicht geplant. Für drei Frauen (1,5 %) war es sogar „nicht willkommen“.

Tabelle 12: Planung der Schwangerschaft (n = 205)

Planung der Schwangerschaft	Häufigkeit	Prozent
Wunschkind	145	70,7
nicht geplant, willkommen	57	27,8
nicht geplant, unwillkommen	3	1,5
Gesamt	205	100,0

3.3. Beschreibung der Untersuchungsinstrumente

Zur Erfassung von psychiatrischen oder psychosomatischen Krankheitsbildern im Wochenbett wurden unter der Leitung von Frau Prof. Dr. med. A. Rohde im Funktionsbereich Gynäkologische Psychosomatik drei Interviews in halbstrukturierter Form entwickelt, mit z. T. vorformulierten (geschlossenen) Fragen und Antwortmöglichkeiten und einer teilweise offenen Interviewtechnik mit freiem Antworttext. Auf diese Weise konnte auf die jeweilige psychische Verfassung der Befragten eingegangen und eine vertrauensvolle Atmosphäre geschaffen werden.

Im Folgenden soll kurz auf die Inhalte und Ziele der drei Interviews eingegangen werden.

3.3.1. Interview zum ersten Messzeitpunkt

Das erste Interview wurde zwischen dem zweiten und fünften Tag p. p. geführt. Es diente auf der einen Seite der Erhebung soziodemographischer Daten (z. B. Alter, Familienstand, Beruf), auf der anderen Seite sollte es das aktuelle Geburtserleben gegebenenfalls im Vergleich zu zuvor erlebten Entbindungen erfassen und Auskunft über die Stimmung der Wöchnerin (Baby Blues?) und ihre Zufriedenheit mit dem Geburtsablauf und den an der Geburt beteiligten Personen (Ärzten, Hebammen, Begleitperson) geben.

3.3.2. Interview zum zweiten Messzeitpunkt

Im zweiten Interview, sechs bis acht Wochen nach der Entbindung, wurden die Teilnehmerinnen angehalten, ihr Befinden seit der Geburt wieder zu geben. Der Schwerpunkt lag auf der Erfassung aktueller psychischer Störungen (depressive Episoden, Suizidalität, manische Episoden, Panikstörungen, Phobien, generalisierte Angst, Zwangsstörung und posttraumatische Belastungsstörung). Darüber hinaus

wurden Störungen in der Vorgeschichte (während und/oder vor der Schwangerschaft) ermittelt.

Die (geschlossenen) Fragen zu den jeweiligen Störungen wurden in enger Beziehung zu den diagnostischen Kriterien der ICD-10-Klassifikation [WHO, 1994] und des DSM-IV [APA, 1994] formuliert. Dementsprechend konnten die von den Frauen angegebenen Symptome nach Rücksprache mit Frau Prof. Dr. med. A. Rohde, Psychiaterin, und Frau Dr. phil. A. Dorn, Psychologin, den ICD-10-Diagnosen zugeordnet werden.

Für Störungen, die in der Zeit vor der Schwangerschaft aufgetreten waren, wurden lediglich Verdachtsdiagnosen gestellt, da nicht auszuschließen ist, dass Einzelheiten der ggf. lange zurückliegenden Erkrankungen den Patientinnen nicht exakt rememberlich sind.

Im Folgenden soll die Fragestellung für die in dieser Arbeit thematisierte Posttraumatische Belastungsstörung näher erörtert werden. Eine Screeningfrage (s. u.) filterte zunächst all die heraus, die ihre Geburt subjektiv als traumatisch einstufen (Subgruppe). Im Anschluss daran wurden besagter Subgruppe 17 weiterführende Fragen (s. u.) zur Diagnostik einer PTBS gestellt. Diese hielten sich eng an die Formulierungen der ICD-10 und des DSM-IV und wurden für das Ereignis „Geburt“ geringfügig umformuliert. Nachfolgend findet sich der oben beschriebene Ausschnitt aus dem ersten bzw. zweiten Interview:

War die Geburt übermäßig schmerzvoll, qualvoll und traumatisch für Sie?

- Nein
- Ja. *Welche der folgenden Aussagen treffen auf Sie zu?*

Sie wiedererleben die Geburt in Form von:

- (1) wiederkehrenden und eindringlichen Erinnerungen
- (2) wiederkehrenden Träumen
- (3) plötzlichem Handeln oder Fühlen, als ob die Geburt wiedergekehrt sei
- (4) psychischer Belastung bei Ereignissen, die die Geburt symbolisieren bzw. ihr ähnlich sind
- (5) körperlicher Erregung bei Erinnerung an die Geburt

Bezüglich des Geburtserlebnisses zeigen Sie:

- (6) bewusstes Vermeiden von Gedanken oder Gefühlen, die mit der Geburt verbunden sind
- (7) bewusstes Vermeiden von Aktivitäten oder Situationen, die Erinnerungen an die Geburt bewirken
- (8) die Unfähigkeit, Einzelheiten der Geburt zu erinnern
- (9) ein deutlich verringertes Interesse an wichtigen Aktivitäten
- (10) ein Gefühl der Losgelöstheit oder Fremdheit von anderen
- (11) eine eingeschränkte Gefühlswelt, z. B. unfähig zu Liebesgefühlen
- (12) Zukunftspessimismus

Eine anhaltende Übererregung äußert sich in Form von

- (13) Einschlaf- oder Durchschlafschwierigkeiten
- (14) Reizbarkeit
- (15) Konzentrationsschwierigkeiten
- (16) übermäßiger Wachsamkeit
- (17) übermäßige Schreckhaftigkeit

Ferner enthält das zweite Interview Fragen zur Alltagsbewältigung der Mütter (Stillprobleme, Unterstützung durch andere Personen, Partnerschaft, Erziehungsurlaub, medikamentöse Beeinflussung der Stimmung) und zu (organisch) gesundheitlichen Problemen nach der Geburt. Darüber hinaus wurden subjektive Veränderungen ihrer Person (Charakter, Interesse, Energie) und ihre derzeitige Sichtweise des Entbindungsablaufs festgehalten. Letztere Thematik wird im Übrigen in allen drei Interviews abgehandelt. Auf diese Weise kann eine mögliche Veränderung der Einstellung zu der letzten Entbindung deutlich werden.

3.3.3. Interview zum dritten Messzeitpunkt

Das dritte Interview fand etwa sechs Monate nach der Geburt statt und enthielt im Wesentlichen Wiederholungsfragen aus dem vorherigen Interview. Dabei handelte es

sich um die Fragen nach der Alltagsbewältigung, nach subjektiven Veränderungen der eigenen Person und nach der derzeitigen Sichtweise des Entbindungsablaufs. Des Weiteren wurde in dieser Befragung auf das sexuelle Leben in der Partnerschaft eingegangen.

Der dritte Messzeitpunkt diente jedoch schwerpunktmäßig dazu fest zu stellen, ob sich die Symptomatik nach zuvor gestellter „aktueller Diagnose“ (Erkrankungen nach der Entbindung) seit dem letzten Interview geändert hatte. Aus diesem Grund wurden „Cut-Off-Fragen“ in das Interview eingebaut: Für den Fall, dass sich beim zweiten Interview psychopathologische Auffälligkeiten gezeigt hatten, wurden die für das Krankheitsbild relevanten Fragen aus dem zweiten Interview im dritten Interview wiederholt. Gab die Studienteilnehmerin bis zum Zeitpunkt des zweiten Interviews jedoch keine Beschwerden an und hatte sich auf Nachfrage an diesem Befinden seitdem nichts geändert, wurde auf die Fragen zu psychologischen Störungen verzichtet.

3.3.4. Fragebögen zu den drei Messzeitpunkten

Im Verlauf der Studie kamen sieben verschiedene Fragebögen zur Anwendung. Nach Abschluss des ersten Interviews wurden den Probandinnen folgende Fragebögen ausgehändigt: Das **Beck Depressions-Inventar** (BDI), ein Instrument zur Erfassung der Schwere depressiver Störungen bei Patienten durch Selbstbeurteilung [Beck et al., 1961], die **Edinburgh Postnatal Depression Scale** (EPDS), ein von Cox et al. [1987] speziell für Wöchnerinnen entwickeltes Screening-Instrument für postpartale Depressionen, der **Berner Fragebogen zum Wohlbefinden** (BWF), eine von der Universität Bern entwickelte Skala für Erwachsene mit 39 Fragen zum aktuellen Befinden und das **NEO-Fünf-Faktoren-Inventar** (NEO-FFI), ein faktorenanalytisch konstruierter Fragebogen zur Erfassung der allgemeinen Persönlichkeitsstruktur von Personen.

Im Anschluss an das zweite, telefonische Interview wurden den Frauen erneut das BDI, die EPDS, der BWF, das NEO-FFI sowie zusätzlich die Self Rating Scale for PTSD

(SRS-PTSD) zugesandt, ein von Carlier et al. [1998] verfasster Selbsteinschätzungsbogen zur Erfassung posttraumatischer Symptome.

Zum dritten Messzeitpunkt wurden die Teilnehmerinnen gebeten, die Symptom-Checkliste (SCL-90), ein Selbstbeurteilungsinventar in Skalenkonstruktion, welches in seiner heute gültigen Form 1977 von Derogatis und seinen Mitarbeitern (1994 überarbeitet für den deutsch-sprachigen Raum von Franke et al.) an einer Stichprobe von 1022 ambulanten Psychiatriepatienten entwickelt wurde sowie die Bonner Skala zur postpartalen Sexualität (BSPS), auszufüllen. Die BSPS stellt eine von Frau Prof. Dr. med. A. Rohde konzipierte Selbstbewertungsskala zur subjektiven Veränderung des Sexualitätserlebens nach der Geburt dar. Sie wurde bis zum heutigen Zeitpunkt nicht veröffentlicht.

4. Ergebnisse

Die folgenden Ergebnisse wurden mit Hilfe von SPSS für Windows (Version 10.0 bis 12.0) statistisch ausgewertet.

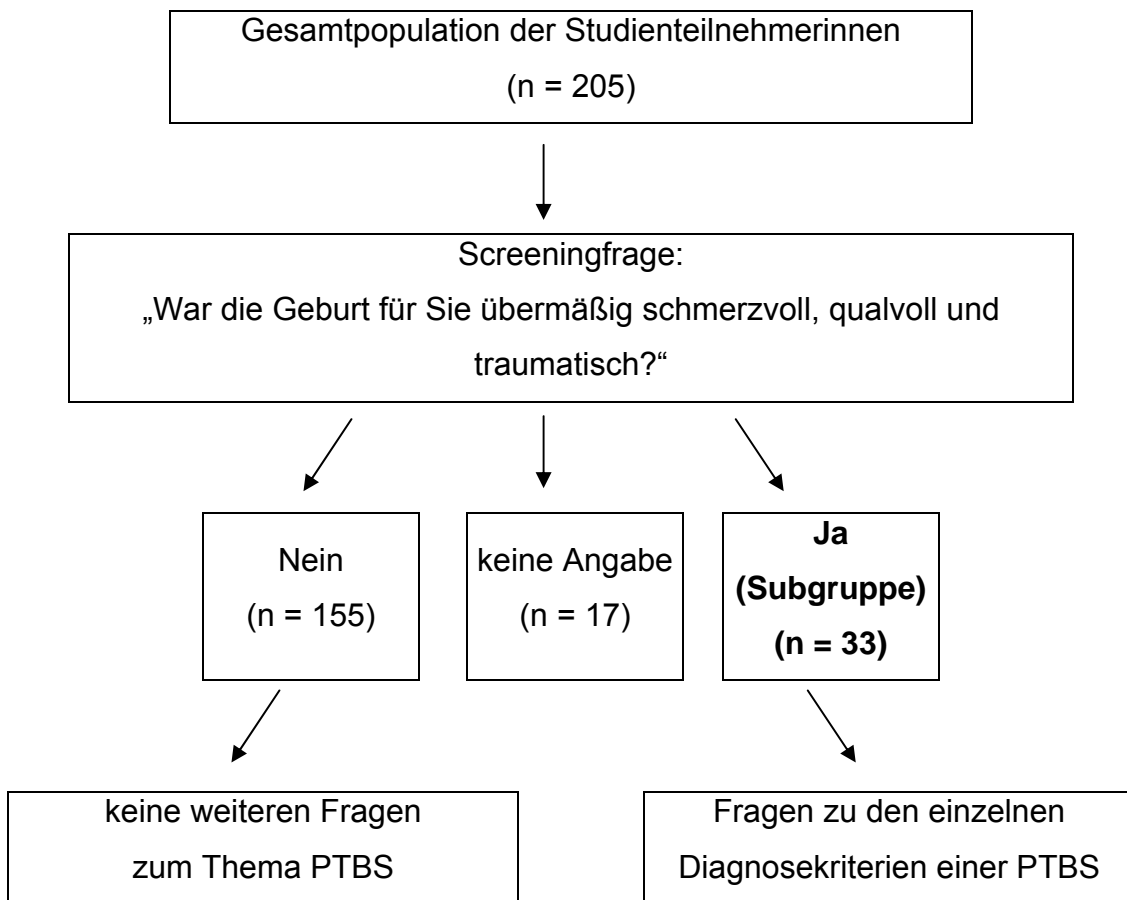
4.1. PTBS - Posttraumatische Belastungsstörung

In Kapitel 4.1.1 wird zunächst das praktische Vorgehen zur Erfassung derjenigen Frauen dargestellt, die unter der Stichprobe ein erhöhtes Risiko für eine PTBS inne hatten (Ermittlung einer Subgruppe). Kapitel 4.1.2 stellt die beiden Populationen „Mütter ohne traumatische Erfahrungen bei der Geburt“ (n = 155) und „Mütter mit subjektivem Trauma durch die Geburt“ (n = 33) einander gegenüber. Betrachtet werden eine Reihe von in den Interviews abgehandelten und in der Literatur beschriebenen möglichen Risikofaktoren. Nachfolgend (Kap. 4.1.3) wird innerhalb der Subgruppe die Verteilung der einzelnen PTBS-Symptome untersucht. Kap. 4.1.4 stellt die Fälle manifester PTBS vor. Schließlich wird unter 4.1.5 die subsyndromale Form der PTBS behandelt.

4.1.1. Erfassung der Subgruppe „Frauen mit traumatisch erlebter Entbindung“

Im Rahmen des zweiten, diagnostischen Interviews sechs bis acht Wochen nach der Entbindung wurden die Studienteilnehmerinnen gefragt, ob sie ihre Geburt als „übermäßig schmerzvoll, qualvoll und traumatisch“ erlebt hätten. Diese Frage diente gleichsam als **Screeningfrage für eine mögliche PTBS-Symptomatik** und wurde von 188 Probandinnen beantwortet (n = 188, vgl. Abb. 2). Bei einer positiven Antwort wurden die Patientinnen nach den möglichen Symptomen gefragt, die bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung (nach ICD-10 bzw. DSM-IV) auftreten können (vgl. Tab. 14). Bei Erfüllung der Kriterien wurde dann ggf. eine Diagnose gestellt. Verneinten die Mütter diese Frage, wurde davon ausgegangen, dass sie keine sie belastenden posttraumatischen Symptome entwickelt hatten und man verzichtete darauf, diese im Einzelnen abzufragen. Abbildung 2 stellt diesen Zusammenhang schematisch dar.

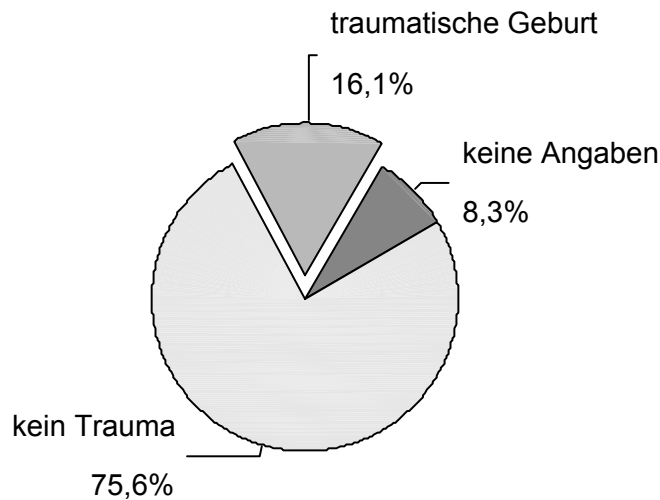
Abbildung 2: Praktisches Vorgehen zur Erfassung der Subgruppe



Mit Hilfe der Screeningfrage wurde also eine Subgruppe heraus gefiltert, anhand derer eine objektivierbare posttraumatische Symptomatik (Kriterien B, C und D nach ICD-10) in Abhängigkeit von möglichen Risikofaktoren untersucht werden sollte.

Abbildung 3 zeigt das Verteilungsmuster der Antworten auf die Screeningfrage. 16,1 % (33 Probandinnen) gaben an, ihre Entbindung als „übermäßig schmerzvoll, qualvoll und traumatisch“ erlebt zu haben. Dem gegenüber empfand eine Mehrheit von 75,6 % die Geburt als nicht traumatisch. Von 8,3 % der Interviewten liegen keine Angaben zu dieser Frage vor, weil die betreffenden Personen die Teilnahme am zweiten Interview ablehnten, bzw. in einem Fall die Fragen nur unvollständig beantworteten.

Abbildung 3: Antwortverteilung auf die Frage nach einer traumatisch erlebten Geburt
(n = 205)



4.1.2. Risikofaktoren der Subgruppe und Abgrenzung zur Restpopulation

Tabelle 13 stellt die beiden Populationen „Mütter ohne traumatische Erfahrungen bei der Geburt“ (n = 155) und „Mütter mit subjektivem Trauma durch die Geburt“ (n = 33) einander gegenüber. Anhand der Kreuztabelle werden Unterschiede beider Gruppen bezüglich möglicher Risikofaktoren aufgezeigt. Zu den Ergebnissen der Tabelle lässt sich folgendes festhalten:

Durchschnittsalter:

Das mittlere Alter lag bei den Müttern mit traumatisch erlebter Geburt bei 33 Jahren, bei den Nicht-Traumatisierten bei 32 Jahren (jeweils gerundete Werte).

Familienstand:

In der Hauptgruppe wie in der Subgruppe sind nahezu 100 % der Teilnehmerinnen verheiratet oder leben in einer Partnerschaft. Unter den nicht traumatisierten Frauen findet sich allerdings eine geringe Anzahl (1,3 %) Alleinlebender.

Berufsausbildung:

Die Frauen mit traumatisch erlebter Geburt sind im Vergleich zur Restpopulation bei den Hochschulabsolventinnen unterrepräsentiert (Differenz: 15,8 %). Hingegen haben fast 17 % mehr eine Lehre abgeschlossen. Mehr als doppelt so viele Frauen der Subgruppe haben mit Blick auf die Vergleichsgruppe keine abgeschlossene Ausbildung. Eine statistische Signifikanz war nicht fest zu stellen.

Parität:

Die Subgruppe der traumatisierten Frauen ist bei den Mehrgebärenden leicht überrepräsentiert (Differenz: 6 %).

Planung der Schwangerschaft:

Frauen mit subjektivem Trauma haben in 7,8 % mehr Wunsch Kinder und in 6,5 % weniger ungeplante, aber willkommene Kinder zur Welt gebracht als in der Hauptgruppe. Im Vergleich zur Restpopulation (1,3 %) gab es keine ungeplante und nicht willkommene Schwangerschaft bzw. Geburt.

Subjektive Komplikationen:

Bei einer Signifikanz von $p < 0.001$ berichteten fast doppelt so viele Frauen mit traumatisch erlebter Entbindung von subjektiven Komplikationen bei der Geburt, was auf einen Zusammenhang zwischen beiden Faktoren hinweist.

Entbindungsart:

Hinsichtlich der Entbindungsart treten zwei Unterschiede in den Gruppen hervor: Zum einen sind die traumatisierten Frauen bei den primären Sectiones unterrepräsentiert (Differenz: 18,2 %); zum anderen sind sie bei den operativ vaginalen Geburten stark überrepräsentiert (Differenz: 21 %). Frauen mit sekundärer Sectio sind in beiden Gruppen nahezu gleich häufig vertreten. Etwa doppelt so viele Traumatisierte wie nicht traumatisierte Frauen wurden durch eine eilige bzw. Not-Sectio entbunden. Es lässt sich ein signifikanter Zusammenhang von $p < 0.001$ zwischen dem Faktor Geburtsart und der subjektiv empfundenen Traumatisierung durch die Entbindung feststellen.

Dauer der Geburt:

Die Verteilung der Frauen mit traumatischer Geburt über die drei angegebenen Zeiträume entspricht in etwa derjenigen der Hauptgruppe.

Schmerzstärke:

Hier unterscheiden sich die Angaben der beiden Gruppen deutlich in allen drei Kategorien: Bei den Frauen mit traumatisch erlebter Geburt sind diejenigen mit unter- bzw. durchschnittlicher Schmerzstärke stark unterrepräsentiert. Hingegen litten 42,5 % mehr als bei den Nicht-Traumatisierten unter überdurchschnittlich starken Schmerzen. Zwischen der Schmerzstärke und der Frage nach einer traumatisch erlebten Geburt besteht ein signifikanter Zusammenhang ($p < 0.001$).

Zufriedenheit mit den Personen, die an der Geburt beteiligt waren:

Bezüglich der Zufriedenheit mit den Hebammen stimmten die Zahlen in der Kategorie „zufrieden“ in etwa überein. Bei den Nicht-Traumatisierten fanden sich gut 6 %, die nur teilweise zufrieden waren; bei den Frauen mit traumatisch erlebter Geburt gab es nahezu 10 %, die sogar unzufrieden waren. Hier findet sich ein signifikanter Zusammenhang ($p < 0.001$). Unter den Traumatisierten äußerten mehr als 10 % mehr als unter den Nicht-Traumatisierten ihre Unzufriedenheit bzw. ihre teilweise Zufriedenheit mit den Ärzten. Daher besteht ein signifikantes Verhältnis zwischen der Traumatisierung durch die Geburt und die Zufriedenheit mit der Ärzteschaft bei der Geburt ($p < 0.05$). Die Zufriedenheit mit der Begleitperson stellte sich in beiden Gruppen annähernd gleich dar.

Psychische Anamnese:

In beiden Gruppen hatte jeweils eine Mehrheit von über 72 % (72,7 % bis 89 %) bisher keine psychische Vorerkrankung oder Vortraumatisierung im Speziellen auf zu weisen. Dennoch bestand unter den Müttern mit traumatisch erlebter Geburt bei 10,5 % mehr als bei den Nicht-Traumatisierten eine psychische Erkrankung in der Anamnese. Bezüglich der Vortraumatisierung waren die traumatisierten Frauen mit einem Plus von 7,2 % leicht überrepräsentiert.

Tabelle 13: Gegenüberstellung aller Frauen mit traumatisch erlebter Geburt (n = 33) mit den nicht traumatisierten Müttern (n = 155) in Abhängigkeit von möglichen Risikofaktoren für posttraumatische Symptome

Mögliche Risikofaktoren		kein subjektives Trauma (n = 155)	traumatisch erlebte Geburt (n = 33)	p
Durchschnittsalter	Mittelwert (gerundet)	32	33	
Familienstand		(n = 153)	(n = 33)	
	verheiratet	83,7	93,9	
	Partnerschaft	15,0	6,1	
	alleinlebend	1,3	-	
Berufsausbildung		(n = 154)	(n = 33)	
	Lehre	37,7	54,5	
	Fachschule	10,3	6,1	
	Hochschule	46,1	30,3	
	andere	3,2	3,0	
	keine	2,6	6,1	
Parität		(n = 155)	(n = 33)	
	Erstgebärende	48,4	42,4	
	Mehrgebärende	51,6	57,6	
Planung der Schwangerschaft		(n = 155)	(n = 33)	
	Wunschkind	71,0	78,8	
	nicht geplant, aber willkommen	27,7	21,2	
	nicht geplant, nicht willkommen	1,3	-	
Dauer der Entbindung		(n = 105)	(n = 27)	
	bis 10 Stunden	64,8	70,4	
	11 bis 20 Stunden	23,8	18,5	
	über 21 Stunden	11,4	11,1	

Entbindungsart	(n = 155)	(n = 33)	
primäre Sectio	30,3	12,1	<0.001
sekundäre Sectio	16,8	15,2	
eilige/Not-Sectio	4,5	9,1	
operativ vaginal	3,2	24,2	
spontan vaginal	45,2	39,4	
Komplikationen bei der Entbindung	(n = 155)	(n = 33)	p
nein	69,0	39,4	<0.001
ja	31,0	60,6	
Schmerzstärke bei der Entbindung	(n = 151)	(n = 33)	p
unterdurchschnittlich	28,5%	9,1%	<0.001
durchschnittlich	37,7%	15,2%	
überdurchschnittlich	33,3%	75,8%	
Zufriedenheit mit den Hebammen	(n = 146)	(n = 31)	p
zufrieden	93,8	90,3	<0.001
teilweise zufrieden	6,2	-	
unzufrieden	-	9,7	
Zufriedenheit mit den Ärzten	(n = 154)	(n = 33)	p
zufrieden	95,5	84,8	<0.05
teilweise zufrieden	1,3	9,1	
unzufrieden	3,2	6,1	
Zufriedenheit mit der Begleitperson	(n = 146)	(n = 30)	
zufrieden	95,9	96,7	
teilweise zufrieden	2,1	3,3	
unzufrieden	2,1	-	

Psychische Störungen in der Vorgeschichte	(n = 155)	(n = 33)
nein	83,2%	72,7 %
ja	16,8 %	27,3 %
Vortraumatisierung	(n = 155)	(n = 33)
nein	89,0 %	81,8 %
ja	11,0 %	18,2 %

Zusammenfassung: Es fanden sich signifikante Unterschiede zwischen dem Erleben der Entbindung als Trauma und den Faktoren „subjektive Komplikationen bei der Geburt“, „Entbindungsart“, „Schmerzstärke“, „Zufriedenheit mit Hebammen und Ärzten“ sowie „psychische Störungen in der Vorgeschichte“.

4.1.3. PTBS-Symptome in der Subgruppe

Die nachfolgende Tabelle (Tab. 14) bezieht sich auf die Subgruppe „Frauen mit traumatisch erlebter Geburt“. Betrachtet wird das Auftreten der einzelnen PTBS-Symptome, die in die Diagnosestellung nach ICD-10 bzw. DSM-IV einbezogen werden. Zwei der Symptome (18, 19) wurden von jeweils einer Probandin nicht bearbeitet (fehlende Angabe). Die Gründe dafür sind nicht sicher bekannt; möglicherweise wurden die Fragen seitens des Interviewers übersehen. Symptom 19 steht in Abhängigkeit von Symptom 18: Wurde das Symptom 18 („Gefühl, jemand ist für die Symptome verantwortlich“) von der Probandin bestätigt, wurde sie folglich auch gefragt, ob sie den „Wunsch nach Wiedergutmachung/Vergeltung“ (Symptom 19) verspürt habe. Hieraus lässt sich der relativ hohe Anteil an „nicht zutreffenden“ Antworten (18,2 %) erklären.

Am weitaus häufigsten wurden mit 30,3 % bzw. 27,3 % die Symptome „wiederkehrende Erinnerungen“ (Nr. 1) und „Reizbarkeit“ (Nr. 14) genannt. Das Phänomen der „Unfähigkeit, Einzelheiten der Geburt erinnern zu können“ (Nr. 8) wurde in 21,2 % der Fälle bestätigt. Von „körperlicher Erregung bei Erinnerung an die Geburt“ (Nr. 5), „Zukunftspessimismus“ (Nr. 12) und „übermäßiger Wachsamkeit“ (Nr. 16) berichteten

jeweils 15,2 % der Frauen. Einige der Symptome („Belastung bei Ereignissen, die die Geburt symbolisieren“, „ein Gefühl der Losgelöstheit bzw. Fremdheit“, „eine eingeschränkte Gefühlswelt“, der „Wunsch nach Wiedergutmachung bzw. Vergeltung“ bei dem Gefühl der Fremdverantwortlichkeit) wurden in keinem der Fälle registriert.

Tabelle 14: Häufigkeitsverteilung der einzelnen PTBS-Symptome unter den Frauen mit traumatisch erlebter Geburt (n = 33)

Symptom-Nr.	Frauen mit traumatisch erlebter Geburt (n = 33)	nein [%]	ja [%]
1	wiederkehrende Erinnerungen	69,7	30,3
2	wiederkehrende Träume	87,9	12,1
3	Gefühl, die Geburt sei wiedergekehrt	93,9	6,1
4	Belastung bei Ereignissen, die die Geburt symbolisieren	100,0	0,0
5	körperliche Erregung bei Erinnerung an die Geburt	84,8	15,2
6	Vermeidung von Gedanken an die Geburt	87,9	12,1
7	Vermeidung von Aktivitäten/Situationen, die an die Geburt erinnern	97,0	3,0
8	Unfähigkeit, Einzelheiten der Geburt zu erinnern	78,8	21,2
9	verringertes Interesse an wichtigen Aktivitäten	97,0	3,0
10	Gefühl der Losgelöstheit/Fremdheit	100,0	0,0
11	eingeschränkte Gefühlswelt	100,0	0,0
12	Zukunftspessimismus	84,8	15,2
13	Einschlaf-/Durchschlafschwierigkeiten	90,9	9,1
14	Reizbarkeit	72,7	27,3
15	Konzentrationsschwierigkeiten	87,9	12,1
16	übermäßige Wachsamkeit	84,8	15,2
17	übermäßige Schreckhaftigkeit	90,9	9,1
18	Gefühl, jemand ist für die Symptome verantwortlich *	84,8	9,1
19	Wunsch nach Wiedergutmachung/Vergeltung **	78,8	0,0

* 3 % keine Angaben; 3 % nicht zutreffende Frage

** 3 % keine Angaben; 18,2 % nicht zutreffende Frage

Die folgende tabellarische Darstellung (Tab. 15) zeigt die Zuordnung der einzelnen PTBS-Symptome zu den drei Diagnosekriterien Wiedererleben, Vermeidung und Übererregung. Da in der Abteilung für Gynäkologische Psychosomatik der Universitätsklinik Bonn im Wesentlichen das ICD-10-Klassifikationssystem verwandt wird, erfolgt auch hier die Anwendung von Symptomen und deren Zuordnung zu den Diagnosekriterien nach ICD-10.

Tabelle 15: Definition der Diagnosekriterien A bis E nach ICD-10

Diagnosekriterium nach ICD-10	Definition
Kriterium A	„(...) Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß (...)“ [WHO, 1994]; die Entbindung per se
Kriterium B (Wiedererleben)	- wiederkehrende Erinnerungen - wiederkehrende Träume - Gefühl, die Geburt sei wiedergekehrt - Belastung bei Ereignissen, die die Geburt symbolisieren
Kriterium C (Vermeidung)	- Vermeidung von Gedanken an die Geburt - Vermeidung von Aktivitäten/Situationen, die an die Geburt erinnern
Kriterium D (Übererregung)	entweder 1.: Unfähigkeit, Einzelheiten der Geburt zu erinnern oder 2. (zwei Merkmale): - Einschlaf-/Durchschlafschwierigkeiten - Reizbarkeit - Konzentrationsschwierigkeiten - übermäßige Wachsamkeit - übermäßige Schreckhaftigkeit
Kriterium E	„Die Kriterien B, C und D treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis (...) auf.“ [WHO, 1994]

Die Häufigkeitsverteilung der erfüllten Diagnosekriterien B, C und D unter den Frauen mit traumatisch erlebter Entbindung veranschaulicht Tabelle 16. Hier wird darüber hinaus zwischen den beiden Diagnosezeitpunkten sechs bis acht Wochen p. p. (2. MZP, n = 33) und sechs Monate p. p. (3. MZP, n = 20) unterschieden. Während des vier- bis fünf-monatigen Zeitraums zwischen den beiden Interviews hat sich das Antwortverhalten der Probandinnen auf die Screeningfrage geändert. Während zum ersten

Interviewzeitpunkt 33 Frauen die Frage nach einer traumatisch erlebten Geburt bejahten, waren es später nur noch 20. Von den 33 Frauen mit subjektiv traumatisch erlebter Entbindung zum 2. MZP gaben zum 3. MZP 14 Frauen eine identische Antwort, 6 Frauen verneinten von da an ihre traumatische Erfahrung, während 6 weitere Teilnehmerinnen zum 3. MZP ihre Geburt als traumatisch bewerteten. Bei 13 Frauen wurde keine Antwort vermerkt, entweder, weil das 2. Interview nicht stattgefunden hatte oder weil in der ersten Befragung keine PTBS-Symptome erkannt wurden, obgleich von einem subjektiv erlebten Trauma die Rede war.

Zu beiden Messzeitpunkten wurden die **Kriterien B und D jeweils am häufigsten** erfüllt, jedoch zum 3. MZP um jeweils ca. 10 % weniger als zum 2. MZP: Ein „Wiedererleben“ wurde zum 2. MZP von nahezu der Hälfte (45,5 %) aller Frauen mit traumatisch erlebter Geburt beschrieben; zum 3. MZP waren es nur noch etwa ein Drittel (35 %) der Befragten. Kriterium D wurde von knapp 40 % der Subgruppe zum 2. MZP erfüllt; zum 3. MZP jedoch nur noch von 30 %. Ein Vermeidungsverhalten zeigten 12,1 % (2. MZP) bzw. 10 % (3. MZP).

Tabelle 16: Erfüllung der Diagnosekriterien B, C und D unter den Frauen mit traumatisch erlebter Geburt zu den beiden Messzeitpunkten 6-8 Wochen p. p. (n = 33) bzw. 6 Monate p. p. (n = 20)

	Erfüllte Kriterien 6 – 8 Wochen p. p. (2. MZP; n = 33)		Erfüllte Kriterien 6 Monate p. p. (3. MZP; n = 20)	
	nein	ja	nein	ja
Kriterium B (Wiedererleben)	18 (54,5 %)	15 (45,5 %)	13 (65 %)	7 (35 %)
Kriterium C (Vermeidung)	29 (87,9 %)	4 (12,1 %)	18 (90 %)	2 (10 %)
Kriterium D (Übererregung)	20 (60,6 %)	13 (39,4 %)	14 (70 %)	6 (30 %)

4.1.4. PTBS-Fälle in der Stichprobe

Tabelle 17 verdeutlicht, dass sich unter den 33 Frauen, die ihre Geburt als traumatisch erlebt hatten, zwei Frauen (Patientinnen II und III) befanden, die im Zeitraum des zweiten Interviews (sechs bis acht Wochen p. p.) das **Vollbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10** aufwiesen. Zum Zeitpunkt des dritten Interviews (sechs Monate p. p.) wurde bei einer dritten Patientin (Patientin I) die Diagnose einer PTBS gestellt. Sie erfüllte die Kriterien B (wiederkehrende Erinnerungen) und D (Übererregung) und zeigte erst später ein Vermeidungsverhalten (Kriterium C). Zum Zeitpunkt des ersten Interviews litt sie unter einer akuten Belastungsstörung mit dem Verdacht auf eine subsyndromale PTBS. Der Kontakt zu Patientin II konnte nach sechs Monaten nicht mehr hergestellt werden. Patientin III litt zu diesem Zeitpunkt nur noch an Konzentrationsschwäche und dem Gefühl, jemand, *namentlich* die für sie zuständige Hebamme, sei für die Symptome verantwortlich.

Tabelle 17: PTBS-Diagnose nach ICD-10 zum Zeitpunkt des zweiten bzw. des dritten Interviews (6-8 Wochen p.p bzw. 6 Monate p. p.)

Zeitpunkt p. p.	PTBS (ICD-10)	
	Nein	Ja
6 bis 8 Wochen p. p. (n = 33)	31	2
ca. 6 Monate p. p. (n = 20)	19	1

Tabelle 18 zeigt eine Auflistung der einzelnen PTBS-Symptome (unabhängig vom Messzeitpunkt) bei den drei Frauen mit der ICD-10-Diagnose einer PTBS. Neben den für die Diagnose nach ICD-10 notwendigen Symptomen finden sich weitere Merkmale, die im DSM-IV aufgeführt sind und in den Interviews abgehandelt wurden. Auf diese Weise ist ein direkter Vergleich zwischen der ICD-10- und DSM-IV-Diagnose an zu stellen.

Die Tabelle verdeutlicht, dass **Patientin I** nach DSM-IV-Kriterien nur Kriterium D (Übererregung) erfüllt und jeweils nur ein Symptom der Kriterien B und C bietet. **Patientin III** hingegen erfüllt die Kriterien B und D, während sie im Bereich des Vermeidungsverhaltens ein Symptom zu wenig für eine DSM-IV-Diagnose zeigt. Nach DSM-IV fände sich in dieser Stichprobe (n = 188) demnach nur eine **Patientin (II)** mit dem Vollbild einer PTBS (0,5 %).

Tabelle 18: Symptomenverteilung bei den drei Frauen mit PTBS nach ICD-10 (n = 3)

Kriterien	Patientinnen mit Posttraumatischer Belastungsstörung (n = 3)	I	II	III
	wiederkehrende Erinnerungen	-	+	+
	wiederkehrende Träume	-	+	-
Wiedererleben (B)	Gefühl, die Geburt sei wiedergekehrt	-	-	-
	Belastung bei Ereignissen, die die Geburt symbolisieren	-	-	-
	körperliche Erregung bei Erinnerung an die Geburt	+	-	+
Symptomenanzahl (mindest. 1 Symptom nach DSM-IV erforderlich)		1	2	2
	Vermeidung von Gedanken an die Geburt	-	+	+
	Vermeidung von Aktivitäten/Situationen, die an die Geburt erinnern	-	+	-
	Unfähigkeit, Einzelheiten der Geburt zu erinnern	+	+	-
Vermeidung (C)	verringertes Interesse an wichtigen Aktivitäten	-	+	-
	Gefühl der Losgelöstheit/Fremdheit	-	-	-
	eingeschränkte Gefühlswelt	-	-	-
	Zukunftspessimismus	-	+	+
Symptomenanzahl (mindest. 3 Symptome nach DSM-IV erforderlich)		1	5	2

	Einschlaf-/Durchschlafschwierigkeiten	-	-	-
	Reizbarkeit	+	+	+
Übererregung (D)	Konzentrationsschwierigkeiten	-	-	-
	übermäßige Wachsamkeit	+	-	-
	übermäßige Schreckhaftigkeit	+	+	+
Symptomenanzahl (mindest. 2 Symptome nach DSM-IV erforderlich)		3	2	2
	Gefühl, jemand ist für die Symptome verantwortlich	-	-	+
	Wunsch nach Wiedergutmachung/Vergeltung	*	*	-
- Symptom nicht vorhanden		+ Symptom vorhanden		* nicht zutreffende Frage

Die folgende Tabelle (Tab. 19) beschäftigt sich ein weiteres Mal mit den drei PTBS-Patientinnen und demonstriert die jeweiligen von ihnen erfüllten Kriterien B, C und/oder D nach ICD-10 zu den beiden unterschiedlichen Messzeitpunkten.

Tabelle 19: Erfüllte Kriterien der drei Patientinnen mit PTBS-Diagnose nach ICD-10 zu beiden Messzeitpunkten, 6-8 Wochen bzw. 6 Monate p. p. (n = 3)

	Erfüllte Kriterien 6 – 8 Wochen p. p. (2. MZP)	Erfüllte Kriterien 6 Monate p. p. (3. MZP)
Patientin I	B, D	B, C, D
Patientin II	B, C, D	*
Patientin III	B, C, D	-

* Kontakt konnte nicht aufrecht erhalten werden

4.1.5. PTBS-Subsyndrom

Viele Patientinnen, die nachweislich an den Folgen des erlebten Traumas „Geburt“ leiden, weisen dennoch nicht alle drei wichtigen Diagnosekriterien für eine PTBS nach ICD-10, Wiedererleben des Traumas (B), Vermeidungsverhalten (C), Übererregung (D) auf [z. B. Schützwohl und Maercker, 1999; Stein et al., 1997], sondern lediglich das Haupt-Kriterium „Wiedererleben“ sowie eines der beiden anderen relevanten Diagnosekriterien C oder D. Daher scheint es sinnvoll, auch die Symptomatik der übrigen 30 Frauen mit einer „traumatisch erlebten Entbindung“, jedoch ohne PTBS zu betrachten, um **subsyndromale Formen** zu erfassen.

In Anlehnung an die Definition einer partiellen bzw. subsyndromalen PTBS (vgl. Kap. 1.3.1) von Blanchard et al. [1994] und Schützwohl und Maercker [1999], stellen die folgenden beiden Tabellen (Tab. 20 und 21) die Häufigkeiten der drei möglichen **Zweierkombinationen** der Diagnosekriterien B (Wiedererleben), C (Vermeidungsverhalten) und D (Übererregung) bei den Frauen mit traumatisch erlebter Entbindung zum 2. (6-8 Wochen p. p.) und 3. MZP (6 Monate p. p.) dar. In der letzten Tabellenzeile findet sich die Häufigkeit der Dreierkombination B, C und D, welche der Diagnose einer PTBS entspricht.

Tabelle 20 verdeutlicht, dass zum zweiten MZP zehn (n = 10) der 33 Frauen mit traumatisch erlebter Entbindung mindestens zwei Kriterien erfüllten. Von den zehn wiesen zwei zusätzlich das dritte Kriterium auf, so dass bei ihnen das Vollbild einer PTBS vorliegt. **Acht Frauen** (4,3 %; Bezugspopulation: 188 Frauen) litten demnach unter einer **subsyndromalen Form** entsprechend der Definition von Blanchard et al. [1994] oder Schützwohl und Maercker [1999].

Analog zu den Literaturergebnissen [Kilpatrick und Resnick, 1993; Maes et al., 1998; Ryding et al., 1997; Schützwohl und Maercker, 1999; Zlotnick et al., 2002] fand sich zum 2. MZP am häufigsten die Konstellation der Kriterien B (Wiedererleben) und D (Übererregung), gefolgt von der Kombination B (Wiedererleben) und C (Vermeidungsverhalten). Die isolierte Kombination aus Kriterium C

(Vermeidungsverhalten) und D (Übererregung bzw. Erinnerungsverlust) wurde in der aktuellen Studie in keinem Fall gefunden.

Tabelle 20: Häufigkeitsverteilung der Kombinationsvarianten von PTBS-Kriterien in der Subgruppe der Frauen mit traumatisch erlebter Entbindung (n = 31 bzw. 33) zum 2. MZP

Kombinationsmöglichkeiten	Kriterienkombination	
	nicht erfüllt	erfüllt
Wiedererleben und Vermeidung (Krit. B+C), n = 31	29	2
Wiedererleben und Übererregung (Krit. B+D), n = 31	25	6
Vermeidung und Übererregung (Krit. C+D), n = 31	31	0
Wiedererleben und Vermeidung und Übererregung (Krit. B+C+D), n = 33	31	2

} 8

Der Tabelle 21 ist zu entnehmen, dass **zum 3. MZP** sechs der 20 Frauen mit traumatisch erlebter Entbindung mindestens zwei Kriterien erfüllten. Dies entspricht 2,7 % der Ausgangspopulation von 185 Frauen. Von den sechs Frauen wies eine zusätzlich das dritte Kriterium auf und zeigte die volle Symptomatik einer PTBS. **Fünf** Frauen litten demnach auch noch 6 Monate nach der Geburt unter einer subsyndromalen Form entsprechend der Definition von Blanchard et al. [1994].

Die häufigste Konstellation war auch zum 3. Messzeitpunkt mit den Kriterien B (Wiedererleben) und D (Übererregung) (n = 4) zu beobachten, gefolgt von der einmaligen Kombination von B (Wiedererleben) und C (Vermeidungsverhalten). Die isolierte Kombination aus Kriterium C (Vermeidungsverhalten) und D (Übererregung bzw. Erinnerungsverlust) wurde auch hier in keinem der Fälle gefunden.

Tabelle 21: Häufigkeitsverteilung der Kombinationsvarianten von PTBS-Kriterien in der Subgruppe der Frauen mit traumatisch erlebter Entbindung (n = 19 bzw. 20) zum 3. MZP

Kombinationsmöglichkeiten	Kriterienkombination		
	nicht erfüllt	erfüllt	
Wiedererleben und Vermeidung (Krit. B+C), n = 19	18	1	} 5
Wiedererleben und Übererregung (Krit. B+D), n = 19	15	4	
Vermeidung und Übererregung (Krit. C+D), n = 19	19	0	
Wiedererleben und Vermeidung und Übererregung (Krit. B+C+D), n = 20	19	1	

Zusammenfassung: Unter den Frauen, die von einer „übermäßig schmerzvollen, qualvollen und traumatischen“ Entbindung zum 2. MZP berichtet hatten, wiesen sechs die Kriterienkombination „Wiedererleben“ und „Übererregung“ auf und zwei die Kombination „Wiedererleben“ und „Vermeidung“. Damit konnte neben den zwei Frauen mit dem Vollbild einer PTBS bei **acht** weiteren Frauen (4,3 %) eine **partielle PTBS** beobachtet werden. Vier bis fünf Monate später (3. MZP; 6. Monat p. p.) wurde neben der dritten PTBS-Patientin bei **fünf** Frauen (2,7 %) eine **partielle PTBS** nach den Kriterien von Blanchard et al. [1994] diagnostiziert.

4.2. Ergebnisse zu den Geburtsumständen

4.2.1. Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Geburtsart und posttraumatischen Symptomen

Kapitelübersicht: Die folgenden Kapitel 4.2.1.1 und 4.2.1.2 untersuchen den Zusammenhang zwischen dem Faktor „Geburtsart“ und der Screeningfrage (traumatisch bzw. nicht traumatisch erlebte Entbindung). Kapitel 4.2.1.1 beleuchtet das Verhältnis von Seiten der Geburtsarten. Die Fragestellung lautet: Wie viele Frauen berichteten bei den jeweiligen Geburtsarten von einer traumatisch erlebten Geburt?

In Kapitel 4.2.1.2 hingegen werden die fünf Geburtsarten aus dem Blickwinkel der Subgruppe (traumatisch erlebte Entbindung) bzw. der Restpopulation (nicht traumatisch erlebte Entbindung) betrachtet. Hier wird die Frage gestellt, ob es zwischen beiden Gruppen einen Unterschied in der Häufigkeitsverteilung auf die Geburtsarten gibt.

Kapitel 4.2.1.3 behandelt die Erfüllung der einzelnen PTBS-Diagnosekriterien bei den jeweiligen Entbindungsarten innerhalb der Subgruppe (Frauen mit traumatisch erlebter Entbindung).

4.2.1.1. Auswirkung der Geburtsarten auf die Frage nach einer traumatisch erlebten Entbindung

Die folgenden Tabellen 22-24 zeigen die Häufigkeitsverteilungen auf die unterschiedlichen Geburtsarten mit der jeweiligen korrespondierenden Antwort auf die Frage nach einer traumatisch erlebten Geburt. Die Subgruppe (Frauen mit traumatisch erlebter Geburt, n = 33) wurde, wie in Kapitel 4.1.1 erläutert, anhand der Screeningfrage ermittelt.

Tabelle 22 vergleicht zunächst die spontan vaginal Entbundenen mit der Gruppe der operativ Entbundenen (primäre, sekundäre, eilige bzw. Not-Sectio, operativ vaginale Geburt) und ihre jeweiligen Antworten auf die Frage nach einer traumatisch erlebten Geburt. Es wird deutlich, dass die Verteilung auf die beiden Antwortmöglichkeiten

sowohl bei den operativen einerseits als auch den spontan entbundenen Müttern andererseits vergleichbar groß ist (Differenz: 3,3 Prozent) und damit in etwa dem Antwortverhalten der Gesamtpopulation (n = 188) entspricht. **Neunzehn Prozent aller operativ entbundenen** Frauen sprachen retrospektiv bezüglich der Entbindung von einer **traumatischen Erfahrung**. Unter den **spontan vaginal** Entbundenen hatten **knapp 16 %** ein solches Empfinden.

Tabelle 22: Operative Entbindung (primäre, sekundäre, eilige/Not-Sectio, operativ vaginale Geburt) im Vergleich zur spontan vaginalen Geburt in Abhängigkeit von der Frage nach einer traumatisch erlebten Geburt (n = 188)

Entbindungsart	traumatisch erlebte Geburt	
	Nein (n = 155)	Ja (Subgruppe, n = 33)
operativ (n = 105)	81,0%	19,0%
spontan vaginal (n = 83)	84,3%	15,7%
Gesamtpopulation (n = 188)	82,4%	17,6%

Werden die operativ vaginalen Entbindungen aus der Gruppe der „operativen Geburten“ herausgenommen und isoliert betrachtet (Tab. 23), zeigt sich folgendes Bild: Die Antwortverteilung der Frauen mit Sectio weicht geringfügig von derjenigen der spontan vaginal Entbundenen ab. Es zeigt sich jedoch, dass unter den **operativ vaginal Entbundenen** eine Mehrheit von **61,5 %** und damit überdurchschnittlich viele Frauen von einer traumatisch erlebten Geburt berichtete. Es besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang ($p < 0.001$) zwischen dem traumatischen Erleben der Geburt und den Entbindungsarten Sectiones, operativ vaginale und spontan vaginale Entbindung.

Tabelle 23: Sectiones, operativ vaginale und spontan vaginale Entbindungen in Abhängigkeit von einer traumatisch erlebten Geburt (n = 188)

Entbindungsart (n = 188)	traumatisch erlebte Geburt		p
	Nein (n = 155)	Ja (Subgruppe, n = 33)	
sectiones (n = 92)	87,0%	13,0%	< 0.001
operativ vaginal (n = 13)	38,5 %	61,5 %	
spontan vaginal (n = 83)	84,3%	15,7%	

Anhand einer weiteren Aufschlüsselung der operativen Entbindungsverfahren in Tabelle 24 ist erkennbar, dass der größte Anteil der traumatisierten operativ Entbundenen auf die **operativ vaginal Entbundenen (61,5 %)** und auf die Frauen **mit eiligem bzw. Notkaiserschnitt (30,0 %)** entfällt, wobei bei den Letztgenannten eine Mehrheit von 70 % keine traumatische Geburt erlebt hatte. Unter den Probandinnen mit geplanter Sectio gaben nur knapp 8 % an, die Geburt sei traumatisch verlaufen. Die Empfindungen der Mütter mit sekundärer Sectio entsprechen ebenso wie die der Mütter mit spontan vaginaler Geburt annähernd dem Antwortverhalten der Gesamtpopulation (n = 188, vgl. Tab. 22). Ferner ist festzuhalten, dass ein statistisch signifikanter Zusammenhang ($p < 0.001$) zwischen den fünf Entbindungsarten und der traumatisch erlebten Geburt besteht.

Tabelle 24: Entbindungserleben als Trauma in Abhängigkeit von den operativen Entbindungsarten (n = 188)

Entbindungsart (n = 188)	traumatisch erlebte Geburt		p
	Nein (n = 155)	Ja (Subgruppe, n = 33)	
primäre Sectio (n = 51)	92,2%	7,8%	< 0.001
sekundäre Sectio (n = 31)	83,9%	16,1%	
eilige/Not-Sectio (n = 10)	70,0%	30,0%	
operativ vaginal (n = 13)	38,5%	61,5%	
spontan vaginal (n = 83)	84,3%	15,7%	

Zusammenfassung: Unter den operativ vaginal entbundenen Frauen haben mehr als 60 % die Entbindung als subjektiv traumatisch erlebt. Dieses Ergebnis steht in einem signifikanten Verhältnis ($p < 0.001$) zu den übrigen Entbindungsarten. Ferner kann bei den Frauen mit eiligem oder Not-Kaiserschnitt ein relativ hoher Anteil von 30 % an subjektiv traumatisierten Müttern verzeichnet werden.

4.2.1.2. Verteilung der Geburtsarten bei Müttern mit und ohne traumatisch erlebte Entbindung

Die folgende Tabelle 25 wird einerseits aus Sicht der Subgruppe „Mütter mit traumatisch erlebter Geburt“ ($n = 33$) und andererseits aus Sicht der Restpopulation ($n = 155$), deren Geburt nicht traumatisch erlebt wurde, betrachtet und verdeutlicht die jeweilige Verteilung auf die Entbindungsarten.

Beim Vergleich der beiden Gruppen stellt sich heraus, dass Frauen **mit primärer Sectio** in der Subgruppe **stark unterrepräsentiert** (Differenz: 18,2 %) sind, während hier die Frauen **mit operativ vaginaler Geburt** im Vergleich zur Restpopulation **stark überrepräsentiert** sind (Differenz: 21 %). Bei der sekundären Sectio, der eiligen/Not-Sectio und der spontan vaginalen Geburtsart weichen die Zahlen beider Gruppen nur geringfügig voneinander ab (Differenzen: 1,6 %, 4,6 % bzw. 5,8 %). Der Anteil der **spontan vaginal** Entbundenen in der Gruppe der Traumatisierten ist mit knapp 40 % **am höchsten**, jedoch liegt er in der Gruppe der nicht durch die Geburt Traumatisierten mit gut 45 % noch darüber. Auf den signifikanten Zusammenhang beider Faktoren wurde bereits oben hingewiesen.

Tabelle 25: Traumatisch erlebte Geburt in Zusammenhang mit der Entbindungsart (n = 188)

Entbindungsart	traumatisch erlebte Geburt		p
	nein (n = 155)	ja (Subgruppe) (n = 33)	
primäre Sectio	30,3 %	12,1 %	< 0.001
sekundäre Sectio	16,8 %	15,2 %	
eilige/Not-Sectio	4,5 %	9,1 %	
operativ vaginal	3,2 %	24,2 %	
spontan vaginal	45,2 %	39,4 %	
Gesamt	100 %	100 %	

Zusammenfassung: Obwohl nur 15,7 % aller vaginal entbundenen Mütter die Geburt als traumatisch bezeichneten (Tab. 24), wird in Tabelle 25 deutlich, dass der Anteil der spontan vaginal Entbunden unter den Frauen mit traumatisch erlebter Geburt bei fast 40 % liegt. Bei den eiligen bzw. Not-Sectiones verhält es sich umgekehrt: Zwar wurden hierbei nur 9,1 % der subjektiv traumatisierten Frauen durch einen eiligen oder Notkaiserschnitt entbunden (Tab. 25); dennoch haben in unserer Stichprobe 30 % bei dieser Entbindungsart die Geburt als Trauma erlebt (Tab. 24). Die operativ vaginale Geburt weist somit aus beiden Perspektiven deutlich höhere Anteile in der Subgruppe als in der Restpopulation (n = 155) auf.

4.2.1.3. Verteilung der Geburtsarten bei den jeweiligen Diagnosekriterien

Um zum einen die Aussagen der Studienteilnehmerinnen hinsichtlich ihrer „Traumatisierung“ **objektivieren** zu können und zum anderen die Anzahl der Frauen mit subsyndromalen Formen der PTBS und deren jeweilige Entbindungsarten erfassen zu können, werden in den Tabellen 26 bis 28 die Diagnosekriterien B (Wiedererleben), C

(Vermeidungsverhalten) und D (Übererregung bzw. Erinnerungsverlust) den Entbindungsarten gegenüber gestellt. Es wird die Stichprobe derjenigen Frauen zu Grunde gelegt, die angaben, die Geburt als traumatisch erlebt zu haben (Subgruppe, n = 33). Im Anschluss daran werden die Entbindungsformen der subsyndromalen PTBS-Fälle untersucht.

Tabelle 26 verdeutlicht, dass unter den 33 Frauen mit traumatisch erlebter Entbindung 15 das Kriterium „Wiedererleben“ erfüllten. In Bezug auf die Entbindungsart liegt der **höchste Anteil** mit je 26,7 % bei den **spontan vaginal** und den mit **sekundärer Sectio** Entbundenen. Im Vergleich zu den Frauen ohne ein Wiedererleben der Geburt (n = 18) sind die Frauen mit diesem Kriterium und **sekundärer Sectio stark überrepräsentiert**, während die 26,7 % bei den **spontan vaginal Entbundenen im Vergleich stark unterrepräsentiert** sind. Unter den Frauen mit Kriterium B sind diejenigen mit operativ vaginaler Geburt leicht unterrepräsentiert. Dagegen fällt auf, dass die Mütter mit **eiliger bzw. Not-Sectio leicht überrepräsentiert** sind. Bei den Frauen mit primärer Sectio ist der Anteil beider Gruppen vergleichbar hoch.

Tabelle 26: PTBS-Kriterium B (Wiedererleben) nach ICD-10 im Zusammenhang mit der Entbindungsart (n = 33)

Entbindungsart (n = 33)	Wiedererleben (Kriterium B)		p
	nicht erfüllt (n = 18)	erfüllt (n = 15)	
primäre Sectio (n = 4)	11,1 (2)	13,3 (2)	0.365
sekundäre Sectio (n = 5)	5,6 (1)	26,7 (4)	
eilige/Not-Sectio (n = 3)	5,6 (1)	13,3 (2)	
operativ vaginal (n = 8)	27,7 (5)	20,0 (3)	
spontan vaginal (n = 13)	50,0 (9)	26,7 (4)	
Gesamt	100,0	100,0	

Zu Tabelle 27: Unter den vier Frauen, die ein Vermeidungsverhalten zeigten, wurde jeweils eine mit sekundärer und eine mit eiliger bzw. Not-Section entbunden. Die Neugeborenen der beiden anderen Frauen kamen „operativ vaginal“ auf die Welt. Im prozentualen Vergleich zu den Frauen ohne Vermeidungsverhalten liegt der Anteil an operativ vaginal Entbundenen leicht höher, der Anteil an **sekundären Sectiones beinahe doppelt so hoch** und derjenige an Frauen mit **eiliger bzw. Not-Section** mit einer Differenz von 18,1 % wesentlich höher.

Tabelle 27: PTBS-Kriterium C (Vermeidungsverhalten) nach ICD-10 im Zusammenhang mit der Entbindungsart (n = 33)

Entbindungsart (n = 33)	Vermeidungsverhalten (Kriterium C)		p
	nicht erfüllt (n = 29)	erfüllt (n = 4)	
primäre Sectio (n = 4)	13,8 % (4)	-	0.272
sekundäre Sectio (n = 5)	13,8 % (4)	25,0 % (1)	
eilige/Not-Sectio (n = 3)	6,9 % (2)	25,0 % (1)	
operativ vaginal (n = 8)	44,8 % (6)	50,0 % (2)	
spontan vaginal (n = 13)	20,7 % (13)	-	
Gesamt	100,0 % (29)	100,0 % (4)	

Das Kriterium „Übererregung“ (D) wird, wie der Tabelle 28 zu entnehmen, von 13 der 33 Mütter mit traumatisch erlebter Geburt erfüllt. In dieser Gruppe fand sich mit 38,5 % am häufigsten die spontan vaginale Geburtsart, vergleichbar mit 40 % bei den Frauen ohne Kriterium D. Die zweithäufigste Art bei den Müttern mit Übererregung ist die **operativ vaginale Entbindung**. In dieser Gruppe kommt sie um 10 % häufiger vor als bei den Frauen ohne Kriterium D. Auffällig ist die Verteilung bei den **eiligen bzw. Not-Sectiones**: Während drei der Frauen ohne Übererregung (15%) auf diese Weise entbunden wurden, findet sich **keine** bei den Frauen mit Kriterium D.

Tabelle 28: PTBS-Kriterium D (Übererregung) nach ICD-10 im Zusammenhang mit der Entbindungsart (n = 33)

Entbindungsart (n = 33)	Übererregung (Kriterium D)		p
	nicht erfüllt (n = 20)	erfüllt (n = 13)	
primäre Sectio (n = 4)	10,0 % (2)	15,4 % (2)	0.641
sekundäre Sectio (n = 5)	15,0 % (3)	15,4 % (2)	
eilige/Not-Sectio (n = 3)	15,0 % (3)	-	
operativ vaginal (n = 8)	20,0 % (4)	30,8 % (4)	
spontan vaginal (n = 13)	40,0 % (8)	38,4 % (5)	
Gesamt	100,0 % (20)	100,0 % (13)	

Zusammenfassend lassen sich folgende Aussagen treffen:

1. Unter den Frauen mit erfülltem **Kriterium B** (n = 15) waren die **sekundäre Sectio** und die **spontan vaginale** Geburt am häufigsten festzustellen.
2. Bei den Müttern mit erfülltem **Kriterium C** (n = 4) fand sich am häufigsten die **operativ vaginale** Geburtsform, gefolgt von der **sekundären Sectio** und der **eiligen/Not-Sectio**.
3. Unter den Frauen mit **Kriterium D** (n = 13) wurde am häufigsten **spontan vaginal** entbunden. Eine Person weniger wurde bei den **operativ vaginal** Entbundenen festgestellt.
4. Einzig die **operativ vaginale** Entbindungsform liegt durchgängig bei allen drei Kriterien unter den drei am häufigsten vertretenen.
5. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Entbindungsart und den jeweiligen Diagnosekriterien liegt nicht vor.

Zur Veranschaulichung aller Geburtsmodi der 33 Frauen mit positiver Screeningfrage, wurden die drei voll ausgeprägten PTBS-Fälle in obigen Tabellen 26 bis 28 ebenfalls berücksichtigt. Tabelle 29 zeigt ihre Geburtsarten im Einzelnen auf.

Tabelle 29: PTBS-Patientinnen nach ICD-10 (n = 3) und ihre Entbindungsarten

Patientinnen mit Posttraumatischer Belastungsstörung	Geburtsart
Patientin I	spontan vaginal
Patientin II	sekundäre Sectio
Patientin III	operativ vaginal

Zur Erfassung der Entbindungsformen der **subsyndromalen Fälle** (Kriterien B und C bzw. B und D) findet sich in Tabelle 30 eine Gegenüberstellung zum 2. MZP (6-8 Wochen p. p.).

Die Werte veranschaulichen, dass **acht der 31 Frauen** mit traumatisch erlebter Entbindung (ausgenommen der beiden PTBS-Fälle zum 2. MZP) **ein PTBS-Subsyndrom** aufweisen. Mit drei Frauen (37,5 %) hat die Mehrheit der Gruppe **spontan vaginal** entbunden und liegt damit prozentual knapp unter dem Anteil der spontan entbundenen Frauen **ohne** Subsyndrom (43,6 %). Eine operativ vaginale Entbindung wurde bei zwei (25 %) der acht Frauen mit PTBS-Subsyndrom vorgenommen. Ein statistischer Zusammenhang konnte nicht festgestellt werden.

Tabelle 30: Erfüllung einer PTBS-Subsyndrom-Symptomatik (Kriterien B und D oder B und C) bei Frauen mit subjektiv erlebtem Trauma (ohne PTBS-Fälle, n = 31) in Abhängigkeit von den Geburtsarten zum 2. MZP

Entbindungsart (n = 31)	PTBS-Subsyndrom	
	nicht erfüllt (n = 23)	erfüllt (n = 8)
primäre Sectio (n = 4)	13,0 % (3)	12,5 % (1)
sekundäre Sectio (n = 5)	13,0 % (3)	12,5 % (1)
eilige/Not-Sectio (n = 3)	8,7 % (2)	12,5 % (1)
operativ vaginal (n = 8)	21,7 % (5)	25,0 % (2)
spontan vaginal (n = 13)	43,6 % (10)	37,5 % (3)

4.2.2. Untersuchung des Zusammenhangs zwischen subjektiv erlebten Komplikationen und posttraumatischen Symptomen

Die folgenden tabellarischen Darstellungen stellen das Geburtserleben als Trauma dem subjektiven Empfinden von Komplikationen während der Geburt gegenüber.

Tabelle 31 nimmt Bezug auf die Gesamtpopulation (n = 188). Es wird deutlich, dass **60,6 %** der 33 Frauen, die angaben, ihre Geburt als traumatisch erlebt zu haben, in diesem Zusammenhang auch von **subjektiv erlebten Komplikationen** sprachen. Frauen ohne traumatisch erlebte Entbindung haben prozentual nur halb so oft (31 %) Komplikationen bei der Geburt erlebt.

Statistisch gesehen liegt hier ein signifikantes Verhältnis in dem Sinne vor, dass unter den Frauen mit traumatischem Erlebnis (n = 33) ein größerer Anteil von Komplikationen berichtete (60,6 %) als unter den Frauen ohne traumatische Geburt (31 %, n = 155).

Tabelle 31: Das Erleben der Geburt als Trauma in Abhängigkeit von dem subjektiven Empfinden von Komplikationen während der Entbindung (n = 188)

subjektive Komplikationen während der Entbindung (n = 188)	traumatisch erlebte Geburt		p
	Nein (n = 155)	Ja (n = 33)	
nein (n = 120)	69 % (107)	39,4 % (13)	<0.001
ja (n = 68)	31 % (48)	60,6 % (20)	
Gesamt	100,0 %	100,0 %	

Zur Analyse der **Symptomenverteilung bei allen durch die Geburt traumatisierten Frauen mit subjektiven Komplikationen** (n = 20) können die Abbildungen 4 bis 6 herangezogen werden. Es wird deutlich, dass von den 20 Frauen acht (40 %) Kriterium B und sieben Kriterium D (35 %) erfüllten. Nur drei Frauen (15 %) zeigten ein Vermeidungsverhalten (Kriterium C).

Abbildungen 4-6: Häufigkeitsverteilungen der PTBS-Diagnosekriterien B (Abb. 4), C (Abb. 5) und D (Abb. 6) bei den traumatisierten Frauen, die subjektiv Komplikationen erlebt haben (n = 20)

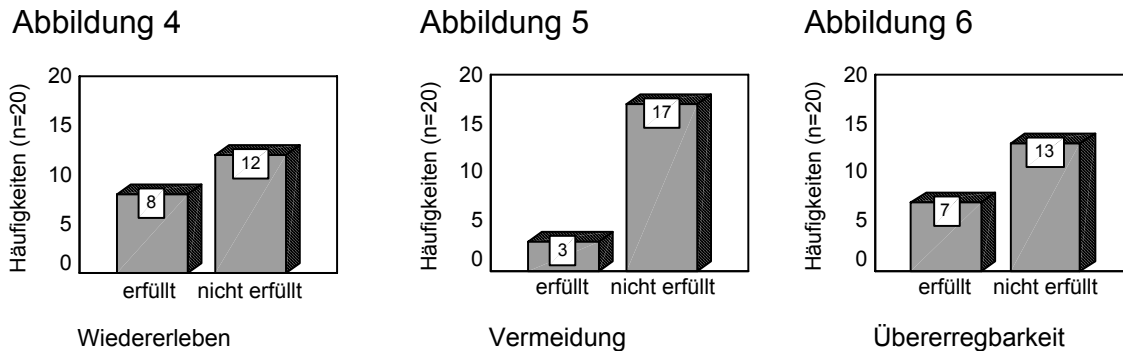


Tabelle 32 bezieht sich erneut auf die Subgruppe „Frauen mit traumatisch erlebter Entbindung“, jedoch unter Ausschluss der PTBS-Fälle (n=31). Sie veranschaulicht einerseits, dass unter den acht Frauen **mit PTBS-Subsyndrom** genau **50 % Komplikationen bei der Geburt** hatten. Dieser Wert liegt noch unter demjenigen, der Frauen ohne Subsyndrom aber mit Komplikationen (60,9 %) hat. Es besteht kein statistisch signifikanter Zusammenhang.

Tabelle 32: PTBS-Subsyndrom in Abhängigkeit von subjektiv empfundenen Komplikation bei der Geburt, bezogen auf die Subgruppe (ohne PTBS-Fälle; n = 31)

Subgruppe „Frauen mit traumatisch erlebter Entbindung“ (n = 31)		PTBS-Subsyndrom		p
		nicht erfüllt (n = 23)	erfüllt (n = 8)	
subjektive Komplikationen während der Entbindung	nein (n = 13)	39,1 % (9)	50,0 % (4)	0.592
	ja (n = 18)	60,9 % (14)	50,0 % (4)	
Gesamt		100,0 %	100,0 %	

Zusammenfassung: Aus diesen Ergebnissen kann abgeleitet werden, dass das Empfinden, eine mit Komplikationen behaftete Entbindung erlebt zu haben, zwar einen Einfluss auf die Bewertung „traumatisch erlebte Entbindung“ hatte (Signifikant; vgl. Tab. 31). Dennoch manifestiert sich dies nicht in der Erfüllung der einzelnen PTBS-Kriterien bzw. eines Subsyndroms.

4.2.3. Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Länge der Geburt und der Entwicklung von posttraumatischen Symptomen

Tabelle 33 zeigt den Zusammenhang zwischen der in drei Kategorien unterteilten Dauer der Entbindung und dem Erleben der Geburt als Trauma. Betrachtet werden hier die vaginalen Geburten sowie die im Verlauf der Entbindung beschlossenen Kaiserschnitte (eilige/Not-, sekundäre Sectiones) (n = 132).

Die Mehrheit der Frauen mit subjektivem Trauma wurde innerhalb der ersten 10 Stunden nach Geburtsbeginn entbunden (70,5 %). Mit zunehmender Geburtslänge sinkt der prozentuale Anteil der traumatisierten Mütter. Die **gleiche Tendenz** zeigen die Frauen, die angaben, kein Trauma erlebt zu haben. Die prozentualen Werte differieren um maximal 5,6 Prozent. Es zeigt sich kein Zusammenhang zwischen den beiden Faktoren „traumatisch erlebte Geburt“ und der Dauer der Entbindung.

Tabelle 33: Das Erleben der Geburt als Trauma in Abhängigkeit von der Entbindungsdauer (n = 132)

Dauer der Entbindung (n = 132)	traumatisch erlebte Geburt		p
	Nein (n = 105)	Ja (n = 27)	
bis 10 Stunden (n = 87)	64,8% (68)	70,4% (19)	0.832
11 bis 20 Stunden (n = 30)	23,8% (25)	18,5% (5)	
21 Stunden oder länger (n = 15)	11,4% (12)	11,1% (3)	

In Tabelle 33 wurde festgestellt, dass sich die Werte der Subgruppe mit traumatisch erlebter Geburt im Wesentlichen mit denen der restlichen Stichprobe vergleichen lassen. Aus Tabelle 34 kann entnommen werden, dass innerhalb der Subgruppe (ohne PTBS-Fälle; n = 25) sowohl bei den Frauen ohne als auch bei denjenigen mit Subsyndrom eine Abnahme der prozentualen Anteile mit zunehmender Geburtsdauer zu beobachten ist. Bei den Frauen mit Subsyndrom erfolgt die Abnahme zwar diskreter, dennoch liegt kein Zusammenhang zwischen den Kriterien für ein Subsyndrom und der Geburtsdauer vor.

Tabelle 34: PTBS-Subsyndrom in Abhängigkeit von der Dauer der Entbindung, bezogen auf die Subgruppe (ohne PTBS-Fälle; n = 25)

Dauer der Entbindung (n = 25)	PTBS-Subsyndrom		p
	nicht erfüllt (n = 19)	erfüllt (n = 6)	
bis 10 Stunden (n = 18)	78,9% (15)	50,0% (3)	0.340
11 bis 20 Stunden (n = 4)	10,5% (2)	33,3% (2)	
21 Stunden oder länger (n = 3)	10,5% (2)	16,7% (1)	

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass weder ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Geburtsdauer und dem Erleben der Geburt als Trauma, noch ein Zusammenhang zwischen der Geburtsdauer und dem Auftreten eines PTBS-Subsyndroms festgestellt werden konnte.

4.2.4. Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Schmerzstärke unter der Geburt und der Entwicklung von posttraumatischen Symptomen

Die nachfolgende Tabelle (Tab. 35) stellt den Zusammenhang zwischen der in drei Kategorien unterteilten Schmerzstärke und dem Geburtserleben als Trauma dar. Es handelt sich bei der Schmerzstärke um den Maximalschmerz, der während des Geburtsvorganges erfahren wurde. Die drei angegebenen Kategorien orientieren sich an der durchschnittlichen Maximalschmerzstärke dieser Stichprobe, die bei 7,6 auf einer Skala von 10 lag (+/- 1,15). Die Stichprobe besteht in diesem Fall aus 184 Frauen. Vier Frauen machten keine Angaben zu der empfundenen Schmerzstärke.

Die Probandinnen mit traumatisch erlebter Geburt zeigen in ihrem Verteilungsmuster auf die drei Schmerzkategorien eine eindeutige Tendenz: Der prozentuale Anteil wächst mit der Stärke der Schmerzen. **75,8 %** aller Betroffenen haben **überdurchschnittlich starke** Schmerzen erlitten, während es in dieser Kategorie bei den Frauen ohne traumatische Erfahrung nur 33,8 % waren. Innerhalb der Gruppe der Frauen ohne traumatische Erfahrung liegen insgesamt nur geringe Schwankungen in den prozentualen Anteilen der drei verschiedenen Schmerzstärken vor. Somit liegt eine Verteilung von je etwa einem Drittel pro Schmerzkategorie vor. Diese Ergebnisse führen zu einem statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen einer traumatisch erlebten Geburt und der Schmerzstärke mit einem p-Wert von < 0.001 .

Tabelle 35: Das Erleben der Geburt als Trauma in Abhängigkeit von der Schmerzstärke während der Entbindung (n = 184)

Schmerzstärke bei der Entbindung (n = 184)	traumatisch erlebte Geburt		p
	Nein (n = 151)	Ja (n = 33)	
unterdurchschnittlich (bis 6,5)	28,5%	9,1%	< 0.001
durchschnittlich (zw. 6,5 u. 8,7)	37,7%	15,2%	
überdurchschnittlich (zw. 8,8 u. 10)	33,8%	75,8%	

Die folgenden Abbildungen 7 bis 9 zeigen die Frauen, die unter denen mit traumatisch erlebter Entbindung (n = 33) die Kriterien B, C und D (Wiedererleben, Vermeidung und Übererregung) unter Berücksichtigung der erlittenen Schmerzstärke erfüllen (n = 4 bis n = 15).

Die Abbildungen veranschaulichen, dass von den 33 Frauen mit traumatisch erlebter Geburt 15 das Kriterium B erfüllten, nur vier ein Vermeidungsverhalten zeigten und 13 an Übererregung litten. Bei Betrachtung der absoluten Zahlen fällt auf, dass die jeweiligen **Mehrheiten von den Müttern mit überdurchschnittlich starken Schmerzen** gebildet werden. Insbesondere bei den Kriterien „Wiedererleben“ und „Übererregung“ bestehen große Kalibersprünge zwischen der betreffenden Anzahl der Frauen mit durchschnittlichen und derer mit überdurchschnittlich starken Schmerzen. Bei der Untersuchung der statistischen Verhältnisse boten sich jedoch **keine Zusammenhänge zwischen den beiden Faktoren** ($p = 0.859$, $p = 0.376$, $p = 0.590$). Auch die übrigen Frauen mit traumatisch erlebter Geburt, jedoch ohne erfüllte Kriterien, zeigten die selbe Tendenz in Bezug auf die Schmerzstärke.

Abbildungen 7 - 9: Häufigkeitsverteilungen der PTBS-Diagnosekriterien B (Wiedererleben), C (Vermeidung) und D (Übererregung) in Abhängigkeit von der maximal erlebten Schmerzstärke (< [kleiner als], = [gleich], > [größer als] Durchschnitt)

Abbildung 7

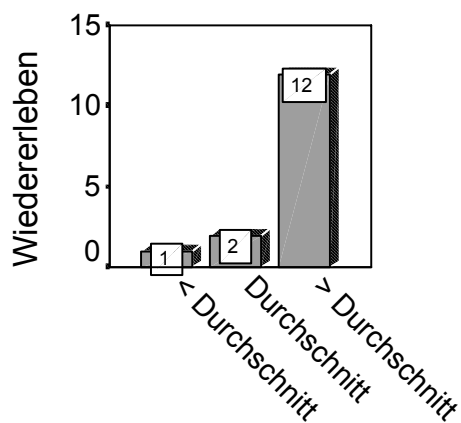


Abbildung 8

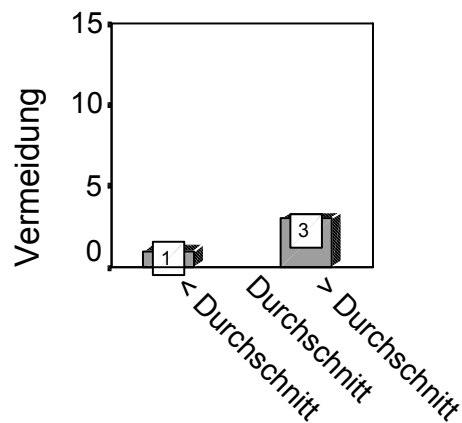


Abbildung 9

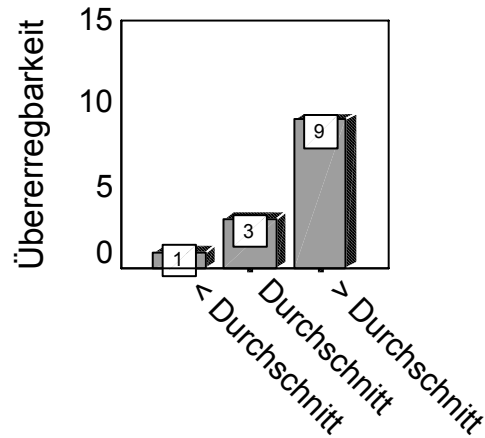


Tabelle 36 veranschaulicht den Zusammenhang zwischen der Schmerzstärke und dem Erfüllen des PTBS-Subsyndroms. Die überwiegende Mehrheit der Wöchnerinnen, sowohl **mit** als auch **ohne PTBS-Subsyndrom** hatte während der Entbindung **überdurchschnittlich starke Schmerzen** (73,9 % bzw. 75 %). Auch die übrigen Werte differieren in den beiden Gruppen nur geringfügig voneinander.

Tabelle 36: PTBS-Subsyndrom in Abhängigkeit von der Schmerzstärke, bezogen auf die Subgruppe (n = 31)

Schmerzstärke bei der Entbindung (n = 31)	PTBS-Subsyndrom		p
	nicht erfüllt (n = 23)	erfüllt (n = 8)	
unterdurchschnittlich (0 bis 6,5)	8,7% (2)	12,5% (1)	0.915
durchschnittlich (zw. 6,5 u. 8,7)	17,4% (4)	12,5% (1)	
überdurchschnittlich (zw. 8,8 u. 10)	73,9% (17)	75,0% (6)	

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem traumatischen Entbindungserleben und der Schmerzstärke besteht: Der Anteil der Frauen mit traumatisch erlebter Entbindung steigt mit zunehmender Schmerzstärke. Nach Aufteilung dieser Gruppe in Frauen mit und Frauen ohne Subsyndrom setzt sich diese Tendenz in beiden Gruppen fort, in der Gruppe der Frauen mit Subsyndrom jedoch wesentlich deutlicher. Statistisch konnte kein Zusammenhang gefunden werden ($p = 0.915$).

4.2.5. Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Zufriedenheit der Mütter mit den an der Geburt beteiligten Personen und der Entwicklung von posttraumatischen Symptomen

Tabelle 37 zeigt die Zufriedenheit der Frauen (n = 177) mit den Hebammen, den Ärzten und der Begleitperson. Diese Angaben werden in einen Zusammenhang mit dem Erleben der Geburt als Trauma gebracht. Der Grad der Zufriedenheit wird in den Kategorien „zufrieden“, „teilweise zufrieden“ und „unzufrieden“ gemessen.

Die **Mehrheiten liegen bei beiden Gruppen** (Frauen mit [Subgruppe] und Frauen ohne subjektives Trauma) und in Bezug auf alle drei Personengruppen **bei den zufriedenen** Frauen (84,8 % bis 96,7 %). Gleichwohl gibt es unter den Frauen mit traumatischer Erfahrung **9,7 %**, die ihre **Unzufriedenheit gegenüber den Hebammen** äußerten, während dieser Fall in der Hauptgruppe nicht vorkommt. In der Subgruppe formulierten **9,1 %** der Frauen ihre „**Teilzufriedenheit**“ und **6,1 %** ihre **Unzufriedenheit mit der Ärzteschaft**. Damit waren 10,7 % mehr Frauen der Subgruppe nicht zufrieden mit den Ärzten. Auch hier lässt sich ein Zusammenhang der beiden Faktoren ausmachen ($p < 0.05$). Bezüglich der Zufriedenheit mit der **Begleitperson** zeigt sich ein nur geringfügiger Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Ein statistischer Zusammenhang besteht hier nicht ($p = 0.671$).

Tabelle 37: Zufriedenheit mit Hebammen, Ärzten und mit der Begleitperson in Abhängigkeit von dem Geburtserleben als Trauma

Zufriedenheit mit den Hebammen	traumatisch erlebte Geburt		p
	Nein (n = 146)	Ja (n = 31)	
zufrieden	93,8 (137)	90,3 (28)	< 0.001
teilweise zufrieden	6,2 (9)	-	
unzufrieden	-	9,7 (3)	

Zufriedenheit mit den Ärzten	(n = 154)	(n = 33)	p
zufrieden	95,5 (147)	84,8 (28)	<0.05
teilweise zufrieden	1,3 (2)	9,1 (3)	
unzufrieden	3,2 (5)	6,1 (2)	

Zufriedenheit mit der Begleitperson	(n = 146)	(n = 30)	p
zufrieden	95,9 (140)	96,7 (29)	0.671
teilweise zufrieden	2,1 (3)	3,3 (1)	
unzufrieden	2,1 (3)	-	

Die nachfolgende Darstellung (Tab. 38) berücksichtigt alle Frauen mit traumatisch erlebter Entbindung (n = 30 bis n = 33), die mindestens eines der PTBS-Kriterien B, C und D (Wiedererleben, Vermeidung oder Übererregung) erfüllten und sich zu ihrer Zufriedenheit mit den an der Geburt beteiligten Personen äußerten.

Das Antwortverhalten der Mütter zu der Frage nach der **Zufriedenheit mit den Hebammen** ist bei allen drei Kriterien in jeweils beiden Gruppen (erfülltes bzw. nicht erfülltes Kriterium) ähnlich. Lediglich der Anteil der Frauen mit Vermeidungsverhalten und einer Unzufriedenheit liegt mit 25 % höher als in den anderen Gruppen. Ein Zusammenhang innerhalb der drei Gegenüberstellungen liegt nicht vor (p = 0.267 bis 0.751).

Bezüglich der **Zufriedenheit mit den Ärzten** stellte sich ein relativ hoher Prozentsatz von 13,3 % der Frauen mit Kriterium B als unzufrieden heraus. Dem gegenüber gab es keine Unzufriedenheit in der Vergleichsgruppe. Unter den Frauen mit Vermeidungsverhalten fanden sich 25 %, und damit 18,1 % mehr als in der Gruppe ohne Kriterium C, mit einer nur teilweisen Zufriedenheit. Dahingegen waren 6,9 % der Frauen ohne Kriterium C sogar unzufrieden mit ihren Ärzten. Die Werte in den Gruppen

mit und ohne Übererregung gleichen sich stark. In allen drei Untersuchungen besteht kein statistischer Zusammenhang.

In der Gegenüberstellung zwischen der **Zufriedenheit mit der Begleitperson** und den jeweiligen PTBS-Kriterien findet sich in allen sechs Gruppen ein vergleichbares Antwortverhalten: In allen Gruppen findet sich sowohl bei den Frauen mit als auch ohne das jeweilige Kriterium eine zufriedene Mehrheit von 93,8 % bis 100 %. Lediglich eine geringe Anzahl von Müttern in allen drei Gruppen ohne das jeweilige Kriterium berichtete von einer nur teilweisen Zufriedenheit mit der Begleitperson. Die Frauen, die die Kriterien erfüllten, waren zu 100 % zufrieden. Auch in diesen Kategorien findet sich kein Zusammenhang zwischen den Faktoren.

Tabelle 38: PTBS-Kriterien Wiedererleben, Vermeidung und Übererregung (B, C und D) in Abhängigkeit von der Zufriedenheit der Frauen mit den Hebammen, Ärzten und der Begleitpersonen unter der Geburt (n = 30 bis n = 33)

Zufriedenheit mit den Hebammen	Wiedererleben (n = 31)		Vermeidung (n = 31)		Übererregung (n = 31)	
	nicht erfüllt	erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt
zufrieden	82,2 %	92,9 %	92,6 %	75 %	88,9 %	92,3 %
teilweise zufrieden	-	-	-	-	-	-
unzufrieden	11,8 %	7,1 %	7,4 %	25 %	11,1 %	7,7 %
	p = 0.665		p = 0.267		p = 0.751	
Zufriedenheit mit den Ärzten	Wiedererleben (n = 33)		Vermeidung (n = 33)		Übererregung (n = 33)	
	nicht erfüllt	erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt
zufrieden	88,9 %	80,0 %	86,2 %	75 %	85,0 %	84,6 %
teilweise zufrieden	11,1 %	6,7 %	6,9 %	25 %	10,0 %	7,7 %
unzufrieden	-	13,3 %	6,9 %	-	5,0 %	7,7 %
	p = 0.265		p = 0.450		p = 0.932	

Zufriedenheit mit der Begleitperson	Wiedererleben (n = 30)		Vermeidung (n = 30)		Übererregung (n = 30)	
	nicht erfüllt	erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt	nicht erfüllt	erfüllt
zufrieden	93,8 %	100 %	96,2 %	100 %	94,1 %	100 %
teilweise zufrieden	6,3 %	-	3,8 %	-	5,9 %	-
unzufrieden	-	-	-	-	-	-
	p = 0.341		p = 0.690		p = 0.374	

Zusammenfassung: Es wurde ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem „Traumaerleben“ und der Zufriedenheit mit den Hebammen bzw. der Zufriedenheit mit den Ärzten festgestellt. Dieser Zusammenhang bestand jedoch nicht bei der Erfüllung der Diagnosekriterien (B, C oder D) und der Zufriedenheit mit der jeweiligen Personengruppe.

4.3. Ergebnisse zu personenbezogenen Risikofaktoren

4.3.1. Untersuchung des Zusammenhangs zwischen posttraumatischen Symptomen und einer aus der Anamnese bekannten psychischen Erkrankung oder Vortraumatisierung nach ICD-10

Nachfolgend soll die in der Literatur beschriebene erhöhte Vulnerabilität bei Patientinnen mit einer psychischen Vorgeschichte im Allgemeinen untersucht werden. Dem Erleben der Geburt als Trauma wird in Tabelle 39 das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer psychischen Störung in der Vorgeschichte gegenübergestellt.

Es wird deutlich, dass von den Studienteilnehmerinnen, die ihre Entbindung als eine „äußerst schmerzvolle, qualvolle und traumatische Erfahrung“ beschrieben haben, 27,3 % (n = 9) eine psychopathologische Diagnose in der Anamnese aufwiesen. Dieser Wert ist um mehr als 10 % höher als derjenige der Frauen ohne traumatisch erlebte Geburt, jedoch mit psychischer Störung in der Vorgeschichte. Ein Zusammenhang zwischen beiden Faktoren besteht jedoch nicht ($p = 0.159$).

Tabelle 39: Das Erleben der Geburt als Trauma in Abhängigkeit von psychischen Störungen nach ICD-10 in der Vorgeschichte (n = 188)

Psychische Störungen in der Vorgeschichte* (n = 188)	traumatisch erlebte Geburt		p
	nein (n = 155)	ja (n = 33)	
nein (n = 153)	83,2 %	72,7%	0.159
ja (n = 35)	16,8 %	27,3%	

*unter Ausschluss von Diagnosen in der Schwangerschaft

Tabelle 40 gibt das Verhältnis zwischen dem Risikofaktor „psychische Störung in der Anamnese“ und den PTBS-Kriterien Wiedererleben, Vermeidung und Übererregung wieder.

Die Werte veranschaulichen, dass die jeweiligen PTBS-Kriterien von einem sehr viel größeren prozentualen Anteil an Frauen mit psychopathologischer Vorgeschichte erfüllt werden als von den Frauen ohne psychische Anamnese. In diesem Sinne ergibt sich auch für alle drei Kriterien ein signifikanter Zusammenhang von $p < 0.05$ (Kriterium B und C) und $p < 0.01$ (Kriterium D).

Tabelle 40: Psychische Störung in der Vorgeschichte in Abhängigkeit von den PTBS-Kriterien Wiedererleben, Vermeidung und Übererregung (n = 33)

Psychische Störung in der Vorgeschichte* (n = 33)	Wiedererleben (Kriterium B)		p
	nicht erfüllt (n = 18)	erfüllt (n = 15)	
nein	88,9 %	53,3 %	< 0.05
ja	11,1 %	46,7 %	

Psychische Störung in der Vorgeschichte* (n = 33)	Vermeidung (Kriterium C)		p
	nicht erfüllt (n = 29)	erfüllt (n = 4)	
nein	79,3 %	25,0 %	< 0.05
ja	20,7 %	75,0 %	

Psychische Störung in der Vorgeschichte* (n = 33)	Übererregung (Kriterium D)		p
	nicht erfüllt (n = 20)	erfüllt (n = 13)	
nein	90,0 %	46,2 %	< 0.01
ja	10,0 %	53,8 %	

*unter Ausschluss von Diagnosen in der Schwangerschaft

Nachfolgend (Tabelle 41) wird der Risikofaktor „Psychische Störung in der Vorgeschichte“ dem **PTBS-Subsyndrom** gegenübergestellt.

Es stellt sich heraus, dass **die Hälfte aller Frauen mit PTBS-Subsyndrom anamnestisch eine psychische Störung** aufwiesen. Dieser Wert liegt um 30,6 % höher als derjenige der Vergleichsgruppe (Frauen ohne Subsyndrom). Diese Beziehung ist jedoch nicht statistisch signifikant.

Tabelle 41: Psychische Störung in der Vorgeschichte in Abhängigkeit von der Entwicklung eines PTBS-Subsyndroms (ohne PTBS-Fälle; n = 31)

Psychische Störung in der Vorgeschichte (n = 31)	PTBS-Subsyndrom		p
	nicht erfüllt (n = 23)	erfüllt (n = 8)	
nein (n = 23)	82,6 % (19)	50,0 % (4)	0.089
ja (n = 8)	17,4 % (4)	50,0 % (4)	

Zusammenfassung: Bei mehr als einem Viertel aller Frauen mit traumatisch erlebter Entbindung und damit bei 10,5 % mehr als in der Vergleichsgruppe wurde die Verdachtsdiagnose einer psychischen Störung in der Vorgeschichte gestellt. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen beiden Faktoren besteht jedoch nicht. Bei Betrachtung aller Studienteilnehmerinnen mit traumatisch erlebter Geburt (n = 33) wird deutlich, dass alle Frauen, die die PTBS-Kriterien B, C und/oder D erfüllten, zu einem hohen Prozentsatz (46,7 % bis 75 %) eine psychische Störung nach ICD-10 in der Anamnese aufwiesen. Dies manifestiert sich in einem **signifikanten Zusammenhang zwischen den jeweiligen PTBS-Kriterien B, C und D und der psychopathologischen Anamnese**. Von den acht Frauen mit einem Subsyndrom konnte bei 50 % eine vorangegangene psychische Störung festgestellt werden. Der p-Wert beträgt hier 0.089.

Nachdem der Einfluss des Risikofaktors „psychische Störung in der Vorgeschichte“ untersucht wurde, soll nun festgestellt werden, ob eine **zuvor durchlebte traumatische Störung**, welche unter 4.3.1 ebenfalls in den Faktor „psychischen Störungen der Vorgeschichte“ eingeflossen ist, in einem Zusammenhang mit den einzelnen PTBS-

Kriterien steht. In der folgenden Darstellung (Tabelle 42) findet sich zunächst eine Gegenüberstellung von Müttern mit und ohne traumatischem Geburtserleben und einer in der Vorgeschichte stattgefundenen **PTBS, Anpassungsstörung** oder **sonstigen Reaktion auf schwere Belastung nach ICD-10**.

Die Tendenz beider Gruppen stellt sich ähnlich dar: 18,2 % aller Frauen mit traumatisch erlebter Geburt (n = 33) berichteten von einem zuvor erlebten Trauma nach ICD-10. Dieser Wert liegt nur um 7,2 % höher als derjenige der Vergleichsgruppe (n = 155). Ein Zusammenhang ließ sich nicht nachweisen (p = 0.251).

Tabelle 42: Das Erleben der Geburt als Trauma in Abhängigkeit von einer Vortraumatisierung in der Anamnese (n = 188)

Vortraumatisierung in der Anamnese (n = 188)	traumatisch erlebte Geburt		p
	nein (n = 155)	ja (n = 33)	
nein (n = 165)	89,0 %	81,8%	0.251
ja (n = 23)	11,0 %	18,2%	

Tabelle 43 gibt das Verhältnis zwischen dem Risikofaktor Vortraumatisierung und den PTBS-Kriterien Wiedererleben, Vermeidung und Übererregung wieder. Es wird deutlich, dass ein Drittel der Frauen, die das Kriterium **Wiedererleben** erfüllten, von einer Vortraumatisierung berichteten. Im Vergleich zu den Müttern ohne PTBS-Symptom B sind das demnach 27,7 % mehr. Es besteht ein signifikanter Zusammenhang mit einem p-Wert von < 0.05.

Bezüglich des **Vermeidungsverhaltens** (Kriterium C) zeigten zwei von vier Frauen (50 %) neben dem PTBS-Symptom auch eine Vortraumatisierung in der Vergangenheit. In der Vergleichsgruppe ohne Kriterium C hingegen fanden sich nur 13,8 % (4) mit einer traumatischen Erfahrung nach ICD-10 in der Anamnese. Bei einem p-Wert von 0.078 zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen beiden Faktoren.

Eine Vortraumatisierung fand sich anteilig bei mehr als dreimal so vielen Frauen mit erfülltem Kriterium D (30,8 %) als ohne **Übererregung** (10 %). Ein Zusammenhang konnte nicht festgestellt werden ($p = 0.131$).

Tabelle 43: Vortraumatisierung in Abhängigkeit von der Entwicklung der PTBS-Kriterien Wiedererleben, Vermeidung und Übererregung (n = 33)

Vortraumatisierung (n = 33)	Wiedererleben (Kriterium B)		p
	nicht erfüllt (n = 18)	erfüllt (n = 15)	
nein (n = 27)	94,4 %	66,7 %	<0,05
ja (n = 6)	5,6 %	33,3 %	

Vortraumatisierung (n = 33)	Vermeidung (Kriterium C)		p
	nicht erfüllt (n = 29)	erfüllt (n = 4)	
nein (n = 27)	86,2 %	50,0 %	0.078
ja (n = 6)	13,8 %	50,0 %	

Vortraumatisierung (n = 33)	Übererregung (Kriterium D)		p
	nicht erfüllt (n = 20)	erfüllt (n = 13)	
nein (n = 27)	90,0 %	69,2%	0.131
ja (n = 6)	10,0 %	30,8 %	

Die folgende Tabelle 44 untersucht den Zusammenhang zwischen einer traumatischen Erfahrung in der Vorgeschichte und der Entwicklung eines **PTBS-Subsyndroms**. Die zugrunde liegende Population besteht aus Frauen mit traumatisch erlebter Entbindung unter Ausschluss der PTBS-Fälle (n = 31).

Von den acht Müttern mit einem PTBS-Subsyndrom berichteten 37,5 % von einem stattgefundenen Trauma mit einer ICD-10-Diagnose in der Vergangenheit. Diese Kombination kommt im Verhältnis mehr als dreimal häufiger als in der Vergleichsgruppe vor (12 %). Dennoch liegt der p-Wert bei 0.56.

Tabelle 44: Vortraumatisierung in Abhängigkeit von der Entwicklung eines PTBS-Subsyndroms (ohne PTBS-Fälle; n = 31)

Vortraumatisierung (n = 31)	PTBS-Subsyndrom		p
	nicht erfüllt (n = 23)	erfüllt (n = 8)	
nein (n = 26)	88,0 % (21)	62,5 % (5)	0.560
ja (n = 5)	12,0 % (2)	37,5 % (3)	

Zusammenfassung: Im Vergleich zur großen Gruppe der Frauen ohne traumatisch erlebter Geburt (n = 155) zeigten unter denjenigen mit traumatischer Geburt nur 7,2 % mehr eine Traumatisierung vor der Entbindung. In dieser Subgruppe (n = 33) wurde bei denjenigen Müttern, die die jeweiligen PTBS-Kriterien erfüllten, prozentual sehr viel häufiger eine Verdachtsdiagnose aufgrund eines zurückliegenden Traumas gestellt als bei der Vergleichsgruppe. Zwischen dem Kriterium „Wiedererleben“ und einer Vortraumatisierung ist ein statistisch signifikanter Zusammenhang festzustellen. Unter den Frauen, die ein Subsyndrom aufwiesen (n = 8), fanden sich anteilig dreimal mehr Mütter mit einer Vortraumatisierung als in der Gruppe ohne Subsyndrom (n = 23).

5. Diskussion

5.1. Soziodemographische Daten/Methodik

Das **Durchschnittsalter** der teilgenommenen Mütter lag bei 32 Jahren. Im Vergleich mit der gesamtdeutschen Altersverteilung im Jahre 1999 wird deutlich, dass das Alter der Patientinnen der Universitätsfrauenklinik Bonn insgesamt höher war. Insbesondere der Anteil der 35- bis 39-Jährigen liegt hier um nahezu 12 % höher. Dahingegen war die Kategorie der 25- bis 29-Jährigen mit knapp 10 % weniger vertreten.

Diese Tatsache liegt möglicherweise darin begründet, dass 9,8 % der Teilnehmerinnen aufgrund einer Kinderwunschbehandlung die Klinik aufgesucht haben. Diese Frauen haben im Allgemeinen ein erhöhtes Durchschnittsalter, da bei ihnen über einen Zeitraum von mehreren Jahren der Versuch einer natürlichen Empfängnis voraus geht.

Des Weiteren werden in der Universitätsklinik aufgrund der möglichen Maximalversorgung für die Mutter und einer angrenzenden Neonatologie vermehrt Frauen mit Risikoschwangerschaften entbunden. Häufig handelt es sich bei ihnen um Mütter jenseits des Durchschnittsalters, denn ein erhöhtes Entbindungsalter stellt einen von mehreren Faktoren für eine Risikoschwangerschaft dar.

Im Vergleich mit dem Durchschnittsalter der Teilnehmerinnen anderer empirischer Studien von 29 Jahren [Czarnocka und Slade, 2000; Soet et al., 2003; Wijma et al., 1997;] bzw. 30 Jahren [Menage, 1993] sind die Frauen der vorliegenden Studie im Durchschnitt tatsächlich zwei bis drei Jahre älter.

Bei Betrachtung der Angaben zum **Familienstand** wird deutlich, dass nahezu alle Mütter in einer Ehe oder Partnerschaft leben. Die Probandinnen, bei denen der leibliche Vater des Neugeborenen keine aktive Rolle im alltäglichen Familienleben zu spielen scheint, mussten auf die Unterstützung des Vaters verzichten. Damit entfiel neben einer tatkräftigen Unterstützung (im Haushalt oder bei der Betreuung älterer Geschwister)

insbesondere auch der seelische Beistand während einer ungewohnten und ggf. schwierigen Phase.

In der Literatur spielt der Faktor Familienstand eine untergeordnete Rolle. Lediglich Skari et al. [2002] stellten in ihrer Studie das „Single-Leben“ als Faktor für eine akute Belastung heraus.

Der Anteil der Teilnehmerinnen mit ausländischer Staatsbürgerschaft ist in der zugrunde liegenden Studie relativ niedrig, da nur die Frauen aufgenommen werden konnten, die der deutschen Sprache in Wort und Schrift mächtig waren. Die Daten sind daher nicht repräsentativ für die Universitätsfrauenklinik Bonn. Die **Nationalität** könnte jedoch insofern eine Rolle in der Thematik spielen, als andere Kulturen Einfluss auf verschiedene Risikofaktoren nehmen können, z. B. auf die Schmerzstärke, die Geburtsart oder die Zufriedenheit mit den an der Geburt beteiligten Personen. Dies war jedoch nicht Gegenstand dieser Studie. Von Interesse wäre jedoch die Erhebung einer internationalen Vergleichsstudie zu diesem Thema.

Der Anteil der Teilnehmerinnen mit hohem **Schulabschluss** (Abitur) lag in dieser Studie vergleichsweise hoch. Grund hierfür mag der insgesamt relativ hohe Bildungsstand der Bürger von Bonn, Universitäts- und ehemalige Bundeshauptstadt, sein.

In einigen veröffentlichten Studien wird der Faktor Bildung in einem Zusammenhang mit posttraumatischen Symptomen gesehen. So stellten beispielsweise Soet et al. [2003] einen positiven Zusammenhang zwischen der Entwicklung von posttraumatischen Symptomen und einem hohen Bildungsniveau fest. Diese Untersuchungen waren jedoch nicht Thema der vorliegenden Studie.

Die Antworten auf die Frage nach der **Planung der Schwangerschaft** und dem Zusatz, ob das nicht-geplante Kind dennoch willkommen geheißen wurde, können Hinweise geben, in wie weit bereits zu Beginn der Schwangerschaft schlechte Voraussetzungen für eine positive Bewertung der Geburt bestanden.

So können Frauen, deren Neugeborenes willkommen ist und die mit großer Freude und Stolz der Zeit nach der Geburt entgegen sehen, die Entbindung mit Hilfe einer großen Motivation bewältigen. Die Hoffnung auf ein glückliches Zusammensein mit dem neuen Familienmitglied gibt ihnen die Kraft, auch stärkste Schmerzen zu ertragen. Dieser Antrieb fehlt jedoch den Frauen, die aus unterschiedlichen Gründen ihr Kind „nicht willkommen heißen“. Sie sehen die Zukunft möglicherweise pessimistisch und können den Strapazen der Entbindung keinen positiven Aspekt abgewinnen. Die Verzweiflung über ihren Zustand wird in den Momenten massivster Schmerzen und Anstrengungen noch verstärkt. Die Ursachen hierfür reichen von der Niedergeschlagenheit über eine nicht intakte Familie bis hin zur finanziellen Not. Diese, von der eigentlichen Geburt eher unabhängigen, persönlichen Umstände führen dazu, dass die Geburt an sich von der Mutter als primär negatives Geschehen bewertet wird und folglich die Entwicklung von posttraumatischen Symptomen fördern kann. In der Literatur fand sich diesbezüglich keine vergleichbare Fragestellung.

Methodik

Die Interviews der Phase zwei (6-8 Wochen p. p.) und drei (6 Monate p. p.) erreichten jeweils Längen von bis zu 90 Minuten. Sie wurden telefonisch und möglichst nach Terminabsprache mit den Müttern geführt. Dennoch kann unterstellt werden, dass sich die Teilnehmerinnen nicht immer über den gesamten Zeitraum uneingeschränkt konzentrieren konnten, sei es, weil sie gedanklich mit anderen Themen beschäftigt oder durch ihr Neugeborenes bzw. andere Kinder abgelenkt waren. Die bis zu 60 Fragen der Interviews bestanden überwiegend aus geschlossenen Fragen mit Antwortauswahlmöglichkeiten, aber auch aus einigen offenen Fragen. Die für diese Arbeit bedeutsame „Screeningfrage“ wurde gegen Ende des Interviews gestellt (Frage 46). Aufgrund des Umfangs der Interviews ist es denkbar, dass zu diesem Zeitpunkt Konzentration und Geduld der Befragten bereits nachgelassen hatten. Für weitergehende Studien wären daher kürzere und auf einen Schwerpunkt beschränkte Interviews günstiger.

5.2. Auswertung der Untersuchungsergebnisse

5.2.1. Zu 4.1.1.: Erfassung der Subgruppe „Frauen mit traumatisch erlebter Entbindung“

Nachfolgend sollen die mit der „Screeningfrage“ verfolgten Ziele und die sich ggf. ergebenden Grenzen ihrer Aussagekraft diskutiert werden.

Die Frage „War die Geburt für Sie übermäßig schmerzvoll, qualvoll und traumatisch?“ diente in der Studie zunächst als Screeningfrage, um alle Frauen heraus zu filtern, die ein erhöhtes Risiko aufwiesen, posttraumatische Symptome zu entwickeln. Diese Verfahrensweise muss allerdings kritisch betrachtet werden, denn an dieser Stelle wurde postuliert, dass eine Frau, die jetzt oder später posttraumatische Symptome entwickelt, die Screeningfrage in jedem Fall bejahen würde. Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass diese Frage fälschlicherweise verneint wurde. Hierin fände sich eine Übereinstimmung mit den von Soet et al. erlangten Erkenntnissen aus ihrer prospektiven Studie [2003]: Bei 19 von insgesamt 103 Frauen fanden sich ein oder mehrere posttraumatische Symptome, ohne dass die Geburt zuvor anamnestisch als ein traumatisches Ereignis eingestuft wurde. Eine mögliche Erklärung sei die Tatsache, dass die Mütter vier Wochen p. p. sich und der Umwelt ein negatives Geburtsergebnis nicht eingestehen wollten. Es bestehe auch ein starker sozialer Druck auf die Mütter, sich über die Geburt und ein gesundes Neugeborenes zu freuen.

Des Weiteren sollte mit Hilfe der Screeningfrage die erste Voraussetzung für eine posttraumatische Symptomatik nach ICD-10 bzw. DSM-IV, also die Erfüllung von Kriterium A, überprüft werden. Die **ICD-10** bezeichnet in ihrem **diagnostischen Kriterium A** Erfahrungen, die zu einer PTBS führen können, als *„Ereignisse oder Situationen außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmaßes, die bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde“* [WHO; 1994]. Im Vergleich dazu werden im **DSM-IV** [APA, 1994] **zwei** Kriterien gefordert, die das Diagnosekriterium A definieren: Die traumatischen Ereignisse sollen einerseits den *„tatsächlichen oder drohenden Tod oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person*

oder anderer Personen beinhalten“, **und** die betroffene Person muss „*intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen*“ empfinden.

Obwohl die Entbindung eines Kindes, insbesondere wenn es auf natürlichem Weg (spontan vaginal) zur Welt kommt, in der Regel weder ein Ereignis im Sinne der ICD-10 noch des DSM-IV darstellt, wurde empirisch nachgewiesen [Ayers und Pickering, 2001; Czarnocka und Slade, 2000; Soet et al., 2003; Wijma et al., 1997], dass es auch nach einer traumatisch erlebten Entbindung zu posttraumatischen Symptomen bis hin zum Vollbild einer PTBS kommen kann. Es kann also zu „Situationen außergewöhnlicher Bedrohung“ (ICD-10) oder zu „einer Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen“ – in diesem Fall des eigenen Kindes beispielsweise – kommen. Ferner muss die Gefühlswelt der Betroffenen im Rahmen einer Entbindung berücksichtigt werden. Entscheidend für die Ausprägung von posttraumatischen Symptomen ist der Moment, in dem die Betroffene das (subjektive) Gefühl hat, sich in einer aussichtslosen Situation zu befinden, auch wenn diese, als traumatisch empfundene Situation keine objektive medizinische Rechtfertigung hat.

In der Literatur finden sich verschiedene Vorgehensweisen zur Identifizierung von Symptomen, die auf eine traumatisch erlebte Geburt im Sinne des Diagnosekriteriums A hinweisen: Alien [1998] fragte im Zuge ihrer Teilnehmerrekrutierung beispielsweise, ob die Geburt „extremly distressing“ gewesen sei; Ryding, Wijma und Wijma ermittelten in ihrer Studie aus dem Jahr 1998, ob die Frauen während der Geburt entweder „Angst hatten zu sterben oder verletzt zu werden“, ob sie „Angst hatten, ihr Kind zu verlieren oder ein schwerbehindertes Kind auf die Welt zu bringen“ oder ob sie den „Kontakt zur Realität in einer extrem beängstigenden Art und Weise verloren hatten“. In einer weiteren Studie wurden die Teilnehmerinnen als „traumatisiert“ und damit potentiell empfänglich für eine PTBS eingestuft, wenn sie ihre gynäkologische bzw. geburtshilfliche Erfahrung als „very distressing“ oder „terrifying“, „out of the ordinary“, „still affecting them now“ und „occurring more than 1 month previously“ einstufen.

Aufgrund der o. g. Gründe und vor dem Hintergrund, dass in der Literatur keine Studien beschrieben wurden, in denen eine vergleichbare Screeningfrage gestellt wurde, stellen

sich eine objektive Bewertung der Ergebnisse bzw. ein Literaturvergleich als problematisch dar.

Dessen ungeachtet ist auffällig, dass die Studien, in denen eine Aussage über ihre „Trauma-Fälle“ getroffen wurden, etwa doppelt so viele Betroffene registrierten wie in der vorliegenden Studie: 33% bei Creedy et al. [2000], 37 % bei Skari et al. [2002] und 34 % bei Soet et al. [2003]. Insofern wird die oben aufgeworfene These unterstützt, dass im Zuge des hier angewendeten Screening-Verfahrens ggf. nicht alle Frauen erfasst wurden, die Symptome aufgrund der erlebten Geburt aufgewiesen haben.

5.2.2. Zu 4.1.2.: Risikofaktoren der Subgruppe und Abgrenzung zur Restpopulation

Hypothese 1.1 **Potentielle Risikofaktoren wie niedrige Parität, höheres Alter, die Geburtsart, Komplikationen, die Zufriedenheit u. a. haben einen starken Einfluss auf das subjektive Erleben der Entbindung als Trauma. Dieser macht sich im direkten Vergleich zwischen den subjektiv traumatisierten und den nicht traumatisierten Frauen bemerkbar.**

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der beiden Gruppen „Frauen mit und Frauen ohne subjektiv traumatisch erlebte Entbindung“ hinsichtlich möglicher Risikofaktoren für die Entwicklung posttraumatischer Symptome diskutiert werden.

In der Gegenüberstellung der beiden o. g. Gruppen konnten bezüglich der Faktoren **Alter, Familienstand, Parität, Dauer der Geburt und Zufriedenheit mit der Begleitperson** keine bedeutenden Unterschiede festgestellt werden. Dennoch scheinen die genannten Faktoren in Bezug auf diese Stichprobe keinen Einfluss auf die Frage nach einer „übermäßig schmerzvollen, qualvollen und traumatischen“ Entbindung ausgeübt zu haben. Nachfolgend werden die o. g. Faktoren separat diskutiert:

Das durchschnittliche **Alter** der Patientinnen liegt zwar bei denen mit traumatisch erlebter Geburt um ein Jahr höher. Die Differenz ist jedoch nicht groß genug, um einen signifikanten Zusammenhang zu bewirken. Entsprechend fanden sich auch in der Literatur keine Hinweise auf das Alter als Vulnerabilitätsfaktor.

Ebenso scheint der Faktor **Parität** keinen Einfluss auf eine „traumatische Geburt“ auszuüben. Die Anzahl von Erst- oder Mehrgebärenden differiert in beiden Gruppen nur geringfügig und nicht signifikant. Die Erkenntnisse aus dieser Studie entsprechen nur teilweise den Ergebnissen aus anderen Untersuchungen: Während Skari et al. [2002] feststellten, dass signifikant mehr Mehrgebärende ihre Entbindung als traumatisch erlebten, lag bei Alien [1998], Ayers und Pickering [2001], Dorn [2003] bzw. bei Pantlen und Rohde [2001] der Anteil der Erstgebärenden unter den „traumatisierten“ Frauen bzw. den Frauen mit posttraumatischen Symptomen mit 45 %, 53 % bzw. 50 % relativ hoch.

Vergleichbar ist die Verteilung beider Gruppen auf die drei Kategorien der **Geburtsdauer**. Insbesondere der Anteil der Frauen mit sehr langer Geburt ist in beiden Gruppen nahezu identisch und stellt offensichtlich keinen Faktor bei der Bewertung einer traumatischen Geburt dar.

Zur **Zufriedenheit mit ihren jeweiligen Begleitpersonen** wurden in beiden Gruppen ähnliche Aussagen getroffen, so dass das Verhalten der Begleitperson offensichtlich wenig Einfluss auf die Bewertung der Geburt (seitens der Entbindenden) als „traumatisch“ hatte. Demgegenüber wurde bei Soet et al. [2003] ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Erleben der Geburt als Trauma und dem „social support“ festgestellt, welcher mittels Medical Outcomes Study Social Support Survery (MOS) erhoben wurde. Über den Einfluss der Begleitperson im Speziellen werden in der Literatur keine Angaben gemacht.

Hinsichtlich der Faktoren subjektive **Komplikationen** während der Geburt, **Geburtsart**, **Zufriedenheit mit den Hebammen und den Ärzten**, **Schmerzen** und **psychische**

Störungen in der Anamnese bestehen **signifikante** Zusammenhänge (<0.001 bzw. <0.05 [Zufriedenheit mit den Ärzten]) zwischen beiden Gruppen.

Zu den **subjektiven Komplikationen** zählten in der aktuellen Studie u. a. eine falsche Kindslage bzw. ein „Steckenbleiben des Kindes“, pathologische CTG-Werte, Kürettagen, Dammrisse, ein hoher Blutverlust, aber auch Dammschnitte, eine zu schnelle Geburt oder die Sprengung der Fruchtblase. Den wenigen Beispielen ist zu entnehmen, dass es sich hier nicht nur um objektive und damit allgemein leicht nachzuvollziehende Faktoren (wie beispielsweise solche, die eine Gefahr für Mutter oder Kind darstellen) handelte, sondern auch um Ereignisse, die aus Sicht des medizinischen Personals als „normal“ eingestuft werden und objektiv gesehen nicht zu den möglichen Komplikationen zählen. Dennoch muss die (subjektive) Einschätzung der Betroffenen – vor dem Hintergrund ihrer persönlichen Lebenserfahrungen – als ernst zu nehmender Faktor berücksichtigt werden [vgl. Beech und Robinson, 1985].

Die Ergebnisse hinsichtlich der **Entbindungsart** werden weiter unten in Kapitel 4.2.6.1. abgehandelt.

Nach statistischer Berechnung mittels des Chi-Quadrattestes besteht ein Zusammenhang zwischen der **Zufriedenheit mit den Hebammen** und der Beurteilung der Geburt als „schmerzvoll, qualvoll und traumatisch“. Die Hebamme stellt neben der Begleitperson die wichtigste Bezugsperson für die Gebärende während des Geburtsvorganges dar. Ihre fachliche Kompetenz und ihr Einfühlungsvermögen spielen eine wichtige Rolle. Eine Hebamme verbringt die längste Zeit der Entbindung mit der Gebärenden und es entsteht im optimalen Fall ein Vertrauensverhältnis. Da die Hebamme eine derart entscheidende Bedeutung für die Entbindung hat, insbesondere für den seelischen Zustand der Mutter, stellt eine negative Erfahrung (Unzufriedenheit) für die werdende Mutter einen entscheidenden Faktor für die Entstehung eines subjektiv traumatischen Ereignisses „Geburt“ dar. Auch an dieser Stelle kann erneut die Studie von Soet, Brack und Dilorio [2003] zitiert werden, bei der mittels MOS (s. o.) ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Erleben der Geburt als Trauma und dem „social support“ festgestellt wurde.

Daneben stellt auch die **Zufriedenheit mit dem ärztlichen Geburtshelfer** und Gynäkologen einen wichtigen Gesichtspunkt für eine atraumatische Entbindung dar: Während die Hebamme die Gebärende in der Vorbereitungszeit auf die Geburt ständig begleitet, hält sich der Arzt mehr im Hintergrund und wird nur bei speziellen Fragen und Problemen bzw. im Moment der Geburt (Eröffnungsperiode) hinzugerufen. Dennoch sollte auch zwischen ihm und der werdenden Mutter ein Vertrauensverhältnis entstehen. Gelingt dies nicht oder wird die Gebärende von dem Verhalten des Arztes enttäuscht, kann dies einen Faktor darstellen, der zu einem „traumatischen Entbindungserleben“ führt.

Der Faktor **Schmerz** spielt bei der Beantwortung der Screeningfrage eine eindeutige und entscheidende Rolle: In der Gruppe der bejahenden Frauen findet sich ein prozentualer Anstieg parallel zum stärker werdenden Schmerz. Diese Progression ist in der Vergleichsgruppe nicht fest zu stellen. Hier verteilen sich die Bewertungen nahezu gleichmäßig auf alle drei Schmerzkategorien. Der Schmerz scheint in der Restgruppe keinerlei Einfluss auf die Beantwortung der Screeningfrage zu haben. Starke Schmerzen müssen in unserer heutigen Gesellschaft nur noch selten über einen längeren Zeitraum ertragen werden; eine gute und im Regelfall gesicherte medizinische Versorgung bewahrt uns davor. Es kann also davon ausgegangen werden, dass eine Vielzahl der betroffenen Frauen, insbesondere der Primiparae, erstmalig derart starke Schmerzen haben über sich ergehen lassen müssen. Die hier gesehene Ergebnisse stimmen mit der Literatur überein: In mehreren empirischen Studien [z. B. Ayers und Pickering, 2001; Soet et al. 2003] wurde der Schmerz als signifikantes Merkmal für ein „Traumaerleben“ herausgestellt.

Unter den Frauen, die ihre Entbindung „traumatisch“ erfahren haben, wurde bei gut 10 % mehr als in der Vergleichsgruppe eine **psychische Störung in der Vorgeschichte** festgestellt. Ein statistischer Zusammenhang zwischen diesem Faktor und der Screeningfrage konnte zwar nicht festgestellt werden ($p = 0.159$). Dennoch ist die o. g. prozentuale Differenz nicht zu vernachlässigen. Als „psychische Störungen in der Vorgeschichte“ werden alle Erkrankungen verstanden, die aufgrund berichteter

Ereignisse und Symptomatiken aus der Zeit vor der Entbindung von unserem Ärzte- und Psychologenteam als Verdachtsdiagnosen ermittelt wurden. Wie bei allen anderen Diagnosen in dieser Arbeit wurde auch hier die ICD-10 zugrunde gelegt. Diese Vorgehensweise muss bei der Bewertung einer psychiatrischen Anamnese bedacht werden. Aufgrund der Tatsache, dass die Diagnosen auf den Erinnerungen der Patientinnen basieren, wäre denkbar, dass wichtige Symptome im Laufe der Zeit vergessen oder verdrängt wurden, oder aber zum Gegenteil geführt haben, nämlich einer unbewussten Aggravation der Symptome oder einem Hinzudichten von Erscheinungen. Beide auf dem gewählten Verfahren beruhende „Fehler“ wären also vorstellbar, wobei davon ausgegangen werden muss, dass Symptome mit der Zeit eher an Stärke verlieren als gewinnen. Demnach kann angenommen werden, dass bei ereignisnaher Konsultation häufiger eine psychiatrische Diagnose gestellt worden wäre.

Zusammenfassung: Im Falle der o. g. möglichen Einflussfaktoren auf das Erleben der Entbindung als Trauma kann festgehalten werden, dass Hypothese 1.1 in Bezug auf die Faktoren Geburtsart, Schmerzstärke, Zufriedenheit mit Hebammen und ärztlichen Geburtshelfern sowie Komplikationen bestätigt werden konnte.

5.2.3. Zu 4.1.3.: PTBS-Symptome in der Subgruppe

Das Kapitel erörtert die einzelnen Symptome der drei Diagnosekriterien „Wiedererleben“, „Vermeidung“ und „Übererregbarkeit“ und deren Häufigkeit innerhalb der Subgruppe.

Am häufigsten fanden sich die beiden Symptome „**wiederkehrende Erinnerungen**“ und „**Reizbarkeit**“, gefolgt von dem Phänomen der „**Unfähigkeit, Einzelheiten der Geburt erinnern zu können**“. Daneben waren auch relativ häufig die Symptome „**körperliche Erregung bei Erinnerung an die Geburt**“, „**Zukunftspessimismus**“ und „**übermäßige Wachsamkeit**“ fest zu stellen.

Diese Erscheinungen sind, jeweils allein genommen, keine außergewöhnlichen oder pathognomonischen Merkmale. Im Gegenteil, im Anschluss an eine Entbindung gelten manche sogar als „normal“. Im Folgenden werden einige der Symptome diskutiert:

Das Phänomen der „**Reizbarkeit**“ beispielsweise wurde im Rahmen dieser Studie auch in anderem Zusammenhang erfragt und bezog sich in diesem Fall auf alle teilnehmenden Mütter. Es stellte sich heraus, dass sechs bis acht Monate p. p. nahezu die Hälfte (48,9 %) aller Studienteilnehmerinnen in den sieben Tagen vor der Befragung ein- oder mehrmals unter Gereiztheit gelitten hatten.

In einer posttraumatischen Phase kommt es gelegentlich vor, dass der Körper des Betroffenen weiterhin in Alarmbereitschaft bleibt, obwohl die „Gefahr“ bereits gebannt ist. Dieses Phänomen äußert sich in Reizbarkeit, Nervosität oder in **erhöhter Wachsamkeit** [Ehlers, 1999]. Demgegenüber kann in Bezug auf die postpartale Phase argumentiert werden, dass sich jede Mutter eines Säuglings bewusst in erhöhter Alarmbereitschaft befindet, da sie zum einen die noch unbekanntes Eigenschaften und Verhaltensmuster des Kindes kennen lernen muss und zum anderen jederzeit reagieren möchte, sobald es auf sich aufmerksam macht.

Die Phänomene „**wiederkehrende Erinnerungen**“ und auch „**Unfähigkeit, Einzelheiten der Geburt erinnern zu können**“ waren in der Subgruppe jeweils einzeln oder auch gemeinsam fest zu stellen. Beide Symptome schließen einander nicht aus. Aufgrund der enormen Stresssituation (Schmerzen, Angst, Ungeduld, Unerfahrenheit u. a.) oder aufgrund gegebenenfalls verabreichter Medikamente (z. B. Narkosemittel, Beruhigungsmittel, Schmerzmittel) mag es einerseits dazu kommen, dass die Erfahrungen der Geburt derart außergewöhnlich, neu und bewegend waren, dass sie noch Wochen bis Monate nach dem Ereignis zu wiederkehrenden Erinnerungen führten, oder dass andererseits bestimmte Einzelheiten der Geburt durch einen Verdrängungsmechanismus (bezogen auf negative Ereignisse) oder durch die erwähnten Medikamente in Vergessenheit geraten sind.

Symptome, die ein Vermeidungsverhalten beinhalten, insbesondere die „**Vermeidung von Aktivitäten oder Situationen, die an die Geburt erinnern**“, können in extremen Fällen dazu führen, dass Mütter in frühen postpartalen Phasen nicht in der Lage sind, für ihr Neugeborenes zu sorgen [Brockington, 1996]. Dieses Symptom spielte in der aktuellen Studie keine entscheidende Rolle.

In Verbindung mit nahezu unvermeidbaren, durch das Neugeborene verursachten **Schlafstörungen** erfahren diese Symptome zusätzliche Verstärkung.

Diese beispielhaft diskutierten sowie die weiteren, oben erwähnten, häufig vorkommenden Symptome sind durchaus vereinbar mit einer natürlichen und unproblematischen Reaktion auf eine Entbindung. Im Rahmen der PTBS sind sie jedoch Bestandteil eines ganzen Symptomenkomplexes und müssen entsprechend ernst genommen werden. Pathologisch werden sie, wenn sie in größerer Anzahl auftreten und mehrere PTBS-Diagnosekriterien gleichzeitig abdecken.

Zusammenfassung: Die am häufigsten im Rahmen der PTBS-Diagnostik festgestellten Einzelsymptome der drei Diagnosekriterien „Wiedererleben“, „Vermeidung“ und „Übererregbarkeit“ – z. B. „**wiederkehrende Erinnerungen**“ und „**Reizbarkeit**“ – stellen als jeweiliges Einzelsymptom kein krankhaftes Merkmal dar. Erst wenn sie in größerer Anzahl auftreten und mehrere PTBS-Diagnosekriterien gleichzeitig abdecken, müssen sie als pathologisch betrachtet werden.

5.2.4. Zu 4.1.4.: PTBS-Fälle in der Stichprobe

Insgesamt litten 1,6 % der Befragten unter einer posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 [WHO, 1994]. Zwar wurde in dieser Studie bewusst nach der ICD-10 verfahren, weil dieses das in der Klinik und in Deutschland gängigste Klassifikationssystem darstellt. Allerdings können der vorliegenden Arbeit auch die PTBS-Diagnosen nach DSM-IV [APA, 1994] entnommen werden. Demnach findet sich

in der Stichprobe eine Prävalenz von 0,5 % zum 2. MZP. In einem Fall besteht unter Zugrundelegung der DSM-IV-Kriterien lediglich eine „LAC-PTSD“ nach den Kriterien von Schützwohl und Maercker [1999] bzw. nach Stein et al. [1997], ein „partielles PTBS-Syndrom“ oder eine „probable PTSD“ nach Stukas et al. [1999]. Die Symptomatik in einem weiteren Fall ist im Sinne von Stein et al. [1997] und Schützwohl und Maercker [1999] als „partielle PTBS“ zu verstehen.

Peters, Slade und Andrews [1999] stellten in ihrer Studie zum Vergleich der beiden Klassifikationssysteme im Hinblick auf die Diagnosestellung einer PTBS heraus, dass die 12-Monats-PTBS-Prävalenz im untersuchten Zeitraum nach ICD-10 bei 7 %, während sie nach DSM-IV bei nur 3 % lag. Diese Differenz ließ sich insbesondere auf die Kriterien C und F zurückführen. Das nach DSM-IV erforderliche Kriterium F („das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen“) findet zwar im klinischen Alltag auch bei der Diagnosestellung nach ICD-10 Anwendung. Dennoch sinkt in der erwähnten Studie die 12-Monats-Prävalenz unter Zugrundelegung von ICD-10 und bei Beachtung des Kriteriums F von 7 % auf 4 %. Gemäß den Autoren hat Kriterium F vielmehr eine Bedeutung für die Wissenschaft als für die Klinik. In Bezug auf Kriterium C liegt der entscheidende Unterschied in den beim DSM-IV erforderlichen Merkmalen zum „numbing of responsiveness“ (dt. in etwa: Losgelöstheit, emotionale Taubheit, Entfremdung). Hier werden zusammen mit den Vermeidungsmerkmalen sieben Kriterien angeboten, von denen drei erfüllt sein müssen. In der ICD-10 hingegen wird die Erfüllung nur **eines** Vermeidungsmerkmals verlangt.

Diese Gegebenheiten werden in der Literatur kontrovers diskutiert. Einerseits wird die Bedeutung des Merkmals „numbing of responsiveness“ hervorgehoben [Foa et al., 1995], andererseits wird von einigen Autoren die Ansicht vertreten, dass das DSM-IV zu strenge Kriterien erhebt [z. B. Foa et al., 1995] – insbesondere auch in Bezug auf das Vermeidungsverhalten (Kriterium C) – und die wichtigsten Kriterien B, C und D schlecht aufeinander abgestimmt seien [Maes et al., 1998].

Der Umstand, dass sich der größte Teil der empirischen Literatur zu diesem Thema an den Diagnosekriterien des DSM orientiert (sei es in seiner überarbeiteten dritten oder in der vierten Version), bedingt für diese Arbeit eine Zugrundelegung der Prävalenzrate von 0,5 % (nach DSM-IV) zur Erstellung eines Literaturvergleichs.

Dorn [2003] bzw. Pantlen und Rohde [2001] erfassten in ihrer Studie eine PTBS-Prävalenz von **0,9 %** nach DSM-IV. Hierzu wurden 424 Frauen mittels Fragebogen retrospektiv zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett befragt. Im Anschluss fand ein ausführliches Interview unter Verwendung des Mini-Dips [1994] mit 46 psychisch auffälligen Patientinnen statt. Die Erhebung der Stichprobe fand, ebenso wie für die aktuelle Studie, durch sukzessive Befragung von Gebärenden der Universitätsfrauenklinik Bonn über einen bestimmten Zeitraum statt. Insofern ist nicht verwunderlich, dass die PTBS-Häufigkeiten beider Kollektive um nur 0,4 % differieren. Zu erwähnen ist jedoch der unterschiedliche Befragungszeitpunkt: In der vorliegenden Studie lag der Zeitpunkt, auf den sich die Prävalenz von 0,5 % bezieht, bei sechs bis acht Wochen p. p., während in der Studie von Dorn [2003] bzw. Pantlen und Rohde [2001] ein Zeitfenster von zwei bis 24 Monaten bestand.

Die derzeit aktuellste veröffentlichte Studie wurde in Kanada von Cohen et al. [2004] durchgeführt: 198 Frauen wurden dahingehend untersucht, ob mögliche posttraumatische Symptome allein auf eine schwierige Geburt zurück zu führen sind oder ob andere Faktoren eine bedeutende Rolle in der Entwicklung von posttraumatischen Symptomen spielen. Während eines telefonischen Interviews wurden Fragen gestellt zu postpartalen posttraumatischen Symptomen, zu Depressionen vor, während und nach der Schwangerschaft, zu Panikattacken während der Schwangerschaft, zu sexuellen, physischen oder emotionalen Misshandlungen, zu traumatischen „life events“ und zur Geburt. Unter allen Faktoren, die mit einer schwierigen Geburt assoziiert waren, konnte nur der Faktor „zwei oder mehr Geburtskomplikationen bei der Mutter“ als signifikant herausgestellt werden. Andere, geburtsunabhängige Faktoren für die Entwicklung posttraumatischer Symptome waren Depressionen während der Schwangerschaft, zwei oder mehr traumatische „life events“, eine kanadische Abstammung und ein höheres Haushaltseinkommen. Es stellte sich

heraus, dass drei Frauen (**1,5 %**) alle drei Diagnosekriterien (B, C und D) nach DSM-IV erfüllten. Die Autoren forderten jedoch zur „möglichen“ Diagnose einer PTBS eine mit den jeweiligen Symptomen einhergehende Beeinträchtigung der Probandinnen (erfüllt durch die Bekräftigung der Adjektive „distressing“ oder „very distressing“). Da dies in keinem Fall erfüllt war, lag nach ihrer Definition keine PTBS aufgrund der Schwangerschaft oder Entbindung vor. Vielmehr scheine ein Zusammenhang zu belastenden „life events“ oder zu Depressionen in der Schwangerschaft zu bestehen. Anders als ihre Vorauforen, die der Frage nachgingen, ob der gesamte Geburtsprozess für die Frauen eine Beeinträchtigung in wichtigen Alltagsgeschäften zur Folge hatte, forderten Cohen et al. [2004], dass eine Beeinträchtigung in jedem einzelnen Symptom zu finden sei. Diese Vorgehensweise sollte kritisch hinterfragt werden, da erst die Gesamtheit der Symptome zu einem Krankheitsbild führt.

In der von Creedy, Shochet und Horsfall im Jahr 2000 durchgeführten Studie zeigte sich **vier bis sechs Wochen p. p.** eine PTBS-Prävalenz von **5,6 %** nach dem DSM-IV. Unter den 499 befragten Frauen fanden sich darüber hinaus 164 (33 %), die eine „stressvolle“ Geburt erlebt hatten, verbunden mit extremen Schmerzen, Angst und einem Mangel an Fürsorge während der Geburt. Die Symptome wurden mit Hilfe des Posttraumatic Stress Symptoms Interview (PSS) ermittelt. Zwar wurde das Interview vor 1994 durchgeführt, die Autoren passten ihre Diagnostik jedoch der ein Jahr später erstellten neuen DSM-Version IV an.

Ferner untersuchten Ayers und Pickering [2001] im Rahmen einer empirischen Studie die Prävalenz von PTBS nach Entbindungen. Ihre Diagnosen richteten sich ebenfalls nach DSM-IV und ergaben eine PTBS-Häufigkeit von **6,9 % sechs Wochen p. p.** und **3,5 % sechs Monate p. p.** Sie verwendeten die an die DSM-IV Kriterien angelehnte Posttraumatic Stress Disorder Symptom Scale (**PSS**) bestehend aus 17 Punkten. Erstmals wurde von den Autoren die beobachtete PTBS-Häufigkeit um die Fälle bereinigt, bei denen bereits in der Schwangerschaft PTBS-Symptome oder auch eine Depression vorlagen. Folglich ergab sich eine PTBS-Prävalenz von nur 1,5 % sechs Monate p. p. Obwohl letztere Fallzahl eher den in anderen Studien aufgedeckten PTBS-

Fällen entspricht, müssen hier zur objektiven Vergleichbarkeit die PTBS-Häufigkeiten von 6,9 % sechs Wochen p. p. und 3,5 % sechs Monate p. p. herangezogen werden.

Im Jahre 2000 veröffentlichten Czarnocka und Slade ihre Studie, in der sie eine PTBS-Häufigkeit von **3 % sechs Wochen p. p.** aufzeigten. Sie verwendeten einen dem PTBS-Interview von Watson et al. nachempfundenen Fragebogen (**PTSD-Q**), basierend auf dem DSM-IV.

Im Vergleich dazu wurden auf der Basis des DSM-IV in einer Studie von K. Wijma, Söderquist und B. Wijma [1997] bei einer Teilnehmerzahl von 1640 in nur **1,7 %** der Fälle eine PTBS diagnostiziert. Die Symptome wurden anhand des von den Autoren erstellten Interviews **TES** erfragt. Dieses wurde angefertigt, um einerseits den Faktor des Trauma-Auslösers ein zu bringen, den Grad des Leidensdruckes fest zu halten und um die neuen Kriterien des DSM-IV anwenden zu können. Der Erhebungszeitpunkt nach der Geburt lag hier **zwischen einem und 13 Monaten**.

2002 wurden zwei empirische Studien veröffentlicht: Die Norweger Skari et al. untersuchten in einer prospektiven, longitudinalen Studie die elterlichen psychologischen Reaktionen auf die Geburt eines gesunden Kindes und ermittelten folgende, allgemeine (nicht speziell auf PTBS bezogene) Stress-Faktoren anhand des **GHQ-28**: Mütter ohne Partner, Mehrgebärende sowie eine vorangegangene traumatische Geburtserfahrung. Die Prävalenzrate der PTBS wurde nach sechs Monaten mit **0,8 %** angegeben und liegt damit, gemäß den Autoren, im Bereich der in der allgemeinen Bevölkerung zu findenden Symptomatik. Ein signifikanter Zusammenhang zeigte sich post partum jedoch in Bezug auf Kriterium B (Wiedererleben, 9 % der Mütter und 2 % der Väter).

Im gleichen Jahr wurde eine schwedische Studie von Söderquist et al. [2002] veröffentlicht. Bei der Befragung von 1550 Frauen stellte sich eine PTBS-Rate von **1,8 %** heraus. Risikofaktoren waren zum einen eine psychiatrische Vorgeschichte (unter den Frauen mit normaler Entbindung), zum anderen die Entbindungsverfahren Not-Section und operativ vaginale Entbindung.

In einer 1997 durchgeführten Untersuchung von Frauen mit Not-Sectiones [Ryding et al., 1997] fand sich erstaunlicherweise **kein Fall von PTBS**. Dennoch empfanden noch **ein bis zwei Monate p. p.** 76 % dieser Frauen ihre Entbindung als traumatisch (Kriterium A), ein Drittel erfüllte dabei Kriterium B (Wiedererleben) und **8 %** zeigten Symptome, die die drei Kriterien **A, B und D** erfüllten. Laut den Autoren bedurften sechs Frauen, von denen fünf die beiden Kriterien A und B erfüllten, professionelle Hilfestellung zusätzlich zur üblichen postpartalen Betreuung. Diese Studie wurde in Anlehnung an das DSM-III-R durchgeführt.

Die älteste empirische Studie in Bezug auf PTBS nach gynäkologischen Interventionen im weitesten Sinne ist die Anfang der 90er Jahre von Menage [1993] zum Thema PTBS bei gynäkologisch und geburtshilflich behandelten Frauen durchgeführte Untersuchung. Unter den 500 Teilnehmerinnen mit Erfahrungen im Bereich gynäkologischer Untersuchungen fanden sich 30 Patientinnen, die aufgrund einer durchgeführten ärztlichen Maßnahme eine PTBS nach DSM-III-R-Kriterien entwickelt hatten. Dies entsprach einem Anteil von **6 %**, der jedoch an dieser Stelle *nicht zum Vergleich herangezogen werden kann*, da es sich nicht ausschließlich um Traumatisierungen nach dem Geburtsvorgang handelt.

Zusammenfassung: Die in der aktuellen Studie erfasste PTBS-Häufigkeit von 0,5 % nach DSM-IV liegt im unteren Drittel der vergleichbaren, empirisch erhobenen PTBS-Fälle. Sie wird durch die Ergebnisse von Dorn [2003] bzw. Pantlen und Rohde [2001] mit 0,9 % bestätigt und erscheint repräsentativ für das Kollektiv der Entbindenden der Universitätsfrauenklinik Bonn. Unterstützung findet sich darüber hinaus in den Resultaten von 0,8 % bei Skari et al. [2002] und auch von Ryding et al. [1997], die im Rahmen ihrer Befragung von 25 Frauen mit Not-Sectiones keinen einzigen Fall von PTBS feststellen konnten.

In einem vergleichbaren Zeitrahmen von vier bis sechs Wochen p. p. konnten in drei weiteren empirischen Studien höhere Prävalenzraten (6,9 %; 5,6 %; 3 %) an PTBS [Ayers und Pickering, 2001; Creedy et al., 2000; Czarnocka und Slade, 2000] erhoben werden.

Im mittleren Drittel liegen dagegen die Resultate der Studien von K. Wijma et al. [1997] mit 1,7 %, Soet et al. [2003] mit 1,9 %, Söderquist et al. [2002] mit 1,8 % und Cohen et al. [2004] mit 1,5 %, wobei letzteres Resultat nach Definition der Autoren bei 0,0 % liegt. Die Ergebnisse von Wijma, Söderquist und Wijma [1997] können – ebenso wie die Studie von Dorn [2003] und Pantlen und Rohde [2001] – nur eingeschränkt zum Vergleich herangezogen werden, da sie aufgrund des Erhebungszeitraumes von ein bis 24 Monaten p. p. teilweise von der aktuellen Studie abweichen.

Unter der Voraussetzung eines zeitlichen Abstandes von vier bis sechs Wochen zum traumatischen Geschehen – analog zu der vorliegenden Studie – fanden sich demnach **PTBS-Prävalenzraten von 0,0 % bis 6,9 %**. Verschiedene Ursachen, wie unterschiedliche Messinstrumente, erheblich voneinander abweichende Fallzahlen u. a., mögen hierfür ursächlich sein.

5.2.5. Zu 4.1.5.: PTBS-Subsyndrom

Frauen, die die PTBS-Kriterien nach ICD-10 nicht erfüllen, ihre sechs bis acht Wochen zurück liegende Geburt aber mit den Worten „übermäßig schmerzvoll, qualvoll und traumatisch“ charakterisieren, befinden sich offenbar noch unter den Auswirkungen dieser Erfahrungen. Es stellt sich die Frage, inwiefern der Zustand dieser Frauen anhand der PTBS-Kriterien definiert werden kann und ob er tatsächlich zu einem erhöhten Leidensdruck führt, der ggf. mit Hilfe von Therapieverfahren genommen oder zumindest gemildert werden könnte.

Im Folgenden wird mit Hilfe der allgemeinen PTBS-Literatur zunächst die Bedeutsamkeit einer PTBS-Unterform – u. a. anhand des empfundenen Leidensdrucks – aufgezeigt. Anschließend wird die in der vorliegenden Studie verwendete Subsyndrom-Form erläutert und die erzielten Ergebnisse in Zusammenhang mit der themenspezifischen Literatur beleuchtet.

Zur Frage nach der **Höhe des Leidensdruckes** bei Traumatisierten mit partieller PTBS können die beiden folgenden Studien heran gezogen werden. Schützwohl und Maercker [1999] verglichen in ihrer Studie eine Gruppe ehemaliger politischer Gefangener der DDR mit einer nicht-traumatisierten Kontrollgruppe. Unter Anwendung des „Diagnostisches Interview bei Psychischen Symptomen“ (DIPS) [Margraf et al., 1991] wurden die Diagnosen „keine PTSD“, PTSD, LAC-PTSD (zwei statt drei Symptome des Kriterium C) und „partielle PTSD“ (Kriterium B und C oder D) vergeben. Anhand von IES-R, BDI, BAI und SCL-90-R stellte sich heraus, dass der subjektiv empfundene Leidensdruck bei den politisch Gefangenen ohne PTBS zwar geringer war als bei den PTBS-Patienten. Dennoch stellte er sich gegenüber der Kontrollgruppe ohne Trauma als höher dar. Auch unter Ausschluss aller PTSD- und LAC-PTSD-Patienten ergab sich noch ein signifikanter Unterschied in der subjektiven Beurteilung des Leidens, so dass die Autoren davon ausgingen, dass erst eine weitere Lockerung der Kriterien i. S. einer partiellen PTBS nach Blanchard et al. [1994] zu einer angemessenen Diagnosefindung führen könne.

Ähnliche Ergebnisse zeigte die zwei Jahre zuvor erschienene Studie von Stein et al. [1997] zur aktuellen Häufigkeit und Bedeutung von PTBS und partieller PTBS in einer Bevölkerungsumfrage. Unter „partiell“ wurde die Erfüllung von ein oder zwei Symptomen des Kriteriums C verstanden oder die Erfüllung von nur einem anstelle von zwei Symptomen in D. Es stellte sich heraus, dass Teilnehmer mit partieller PTBS im untersuchten Bereich „Arbeits- oder Ausbildungsstätte“ zwar geringere Beeinträchtigungen zeigten als diejenigen mit einem PTBS-Vollbild, sie jedoch wesentlich stärker beeinträchtigt waren als Probanden mit weniger Symptomen. Im Bereich „Familie und Sozialverhalten“ berichteten die Autoren über vergleichbar große Störungen bei den Teilnehmern mit PTBS und mit partieller PTBS.

Die Frage nach der Höhe des Leidensdruckes bei Patienten und Patientinnen mit partieller oder subsyndromaler PTBS wurde in beiden genannten Studien dahin gehend beantwortet, dass die Beeinträchtigung im Alltag zwar geringer war als bei Patientinnen, die das Vollbild einer PTBS bieteten, aber größer als bei den Nicht-Traumatisierten.

Nach Schützwohl und Maercker [1999] stellt genau diese Tatsache eine Rechtfertigung für die Überarbeitung der diagnostischen Grenzen dar.

Ein Vergleich hinsichtlich der diversen Definitionen von „**PTBS-Unterformen**“ lässt erkennen, dass insbesondere das Kriterium C Gegenstand von Modifikationen wurde (vgl. auch Kapitel 1.2.1). In mehreren Studien unterschiedlicher Institute wurde festgestellt, dass im Rahmen des DSM-IV die drei Hauptkriterien B, C und D nicht optimal aufeinander abgestimmt seien [Foa et al., 1995; Maercker und Schützwohl, 1998; Maes et al., 1998]. Grund für die Annahme ist einerseits das wesentlich häufigere Vorkommen der beiden Kriterien Wiedererleben (B) und Übererregung (D) im Vergleich zu Kriterium C (Vermeidung), was dazu führt, dass die Diagnose im Wesentlichen von Kriterium C abhängt und andererseits die Tatsache, dass bei vielen Probanden, bei denen keine PTBS-Diagnose gestellt werden konnte, dennoch ein hoher Leidensdruck zu beobachten war [Maes et al., 1998]. Wissenschaftler äußerten die These, dass das Vermeidungsverhalten erst in der Folge des „Wiedererlebens“ und der „Übererregung“ entstände und somit nicht zwangsläufig zur Diagnosestellung gehöre. Dem gegenüber besteht die Vermutung, dass bei chronisch-PTBS-Kranken Kriterium C am längsten andauert und somit zur Diagnosestabilität über längere Zeit führt.

In der vorliegenden Studie orientierte sich die Definition der PTBS-Unterform – auch vor dem Hintergrund der oben genannten Beeinträchtigungen im Alltag – an der von Blanchard et al. [1994] postulierten subsyndromalen Form (Kriterium B und C oder D) bzw. den oben genannten empirischen Untersuchungen, in denen eine obligate Erfüllung des Kriteriums C in Frage gestellt wird.

Die Studienergebnisse verdeutlichen, dass zum zweiten MZP bei **4,3 %** der Teilnehmerinnen ein PTBS-Subsyndrom vorlag. Zum dritten MZP konnten noch **2,7 %** der Frauen mit subsyndromaler PTBS eruiert werden, wobei diese Befragung nur noch an den Frauen durchgeführt wurde, die bereits zum zweiten MZP eine Symptomatik gezeigt hatten. Es stellt sich daher die Frage, ob ggf. weitere Frauen, die zum zweiten MZP keine Auffälligkeiten zeigten, im Verlauf posttraumatische Symptome entwickelt haben, die nicht von den Untersuchern registriert werden konnten.

Es finden sich derzeit nur wenige empirische Studien, die **im Rahmen einer postpartalen Beobachtung** die Prävalenz einer partiellen oder subsyndromalen PTBS festgehalten haben. Czarnocka und Slade [2000] verzeichneten für das Vorkommen der Kombinationskriterien Wiedererleben und Vermeidung eine Prävalenz von **1,9 %**, welche mit Hilfe des IES ermittelt wurde. Bei Ryding et al. [1997] wurde in **8,3 %** der Fälle (Frauen mit Not-Sectio) eine subsyndromale Form der PTBS mit den Kriterien A, B und D festgestellt. Hier handelte es sich jedoch um eine vergleichsweise geringe Fallzahl von zwei Patientinnen. **2,4 %** der Frauen bei Dorn [2003] bzw. Pantlen und Rohde [2001] erfüllten alle Kriterien nach der Definition von Stein et al. [1997].

Andere Autoren legten sich nicht auf eine spezielle Definition einer PTBS-Unterform fest: Bei Cohen et al. [2004] und bei Creedy et al. [2000] zeigten jeweils **33 %** drei oder mehr als drei Symptome. Bei **30,1 %** der Teilnehmerinnen von Soet et al. [2003] konnten „einige, aber nicht alle“ erforderlichen Symptome für eine PTBS nach DSM-IV verzeichnet werden.

Der in dieser Studie nachgewiesene Anteil von 4,3 % mit partieller PTBS liegt folglich im Mittel der beiden erstgenannten Studien [Czarnocka und Slade, 2000; Ryding et al., 1997], die hier zum Vergleich herangezogen werden können. Demnach konnte empirisch eine Prävalenz **von 1,9 % bis 8,3 %** partieller oder subsyndromaler PTBS nach Entbindung nachgewiesen werden.

5.2.6. Zu 4.2.: Ergebnisse zu den Geburtsumständen

5.2.6.1.: Zu 4.2.1.: Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Geburtsart und posttraumatischen Symptomen

Hypothese 2.1 Frauen, die die drei Hauptkriterien der PTBS, Wiedererleben, Vermeidung und Übererregung, erfüllten, wurden häufiger operativ vaginal und durch einen sekundären, eiligen oder Not-Kaiserschnitt entbunden als durch eine natürliche vaginale Entbindung oder einen geplanten Kaiserschnitt.

In diesem Kapitel wird das in der vorliegenden Studie ermittelte Verhältnis zwischen **Screeningfrage** und Geburtsmodus – ausgehend zunächst von den jeweiligen Geburtsarten, anschließend von den beiden Gruppen mit oder ohne traumatische Entbindung – diskutiert. Nachfolgend werden die Ergebnisse der Gegenüberstellung von Geburtsart und **PTBS-Kriterien** erörtert.

Statistisch zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang von $p < 0.001$ zwischen den verschiedenen Entbindungsformen und der **Frage nach einer traumatischen Erfahrung**. Den Ergebnissen ist zu entnehmen, dass eine **operativ vaginale** Entbindung mehrheitlich zu einer traumatisch erlebten Geburt führte. Diese Erkenntnis deckt sich mit der von Creedy et al. [2000]. Auch unter Berücksichtigung der relativ niedrigen Fallzahl ist der Anteil der traumatisch erlebten Entbindungen bei dieser Geburtsart auffallend hoch. Ein ebenfalls hoher Anteil zeigte sich unter den Frauen mit **eiliger bzw. Not-Sectio**. Demgegenüber muss berücksichtigt werden, dass die Mehrheit aller Frauen mit eiliger bzw. Not-Sectio die Geburt als nicht traumatisch bewerteten. Unter den drei verschiedenen Sectiones nahm der Anteil an traumatisierten Frauen mit der Dringlichkeit des Eingriffes (primäre < sekundäre < eilige bzw. Not-Sectio) zu. Der Faktor „**Dringlichkeit**“ trifft ebenfalls auf die operativ vaginale Entbindungsform zu und spielt in diesem Zusammenhang wahrscheinlich eine bedeutende Rolle (s. u.). An dieser Stelle wäre auch denkbar gewesen, dass Mütter mit **sekundärer Sectio** die Geburt häufiger traumatisch erlebten als die Vergleichsgruppe. So wurde von Dorn [2003] und

Pantlen und Rohde [2001] ein signifikanter Zusammenhang zwischen einer sekundären Sectio und der Entwicklung von posttraumatischen Symptomen (Untergruppe „PTBS“) festgestellt. Eine sekundäre Sectio stellt ebenso wie die operativ vaginale oder die eilige bzw. Not-Sectio eine ungeplante Geburtsart dar, die bei unvorhergesehenen Komplikationen kurz vor oder während einer (normal) vaginalen Entbindung Anwendung findet. Davon zu unterscheiden ist der **geplante (primäre) Kaiserschnitt**. Betroffene haben die Möglichkeit, sich innerlich auf die Operation einzustellen, sie haben Mitspracherecht bei der Narkoseform und evtl. sogar bei der Festlegung des Geburtstermins. In den meisten Fällen erfolgt die Operation schnell und stressfrei für alle Beteiligten (Mutter, Kind, Begleitperson, Personal). Nur selten kommt es zu Komplikationen. Dies sind möglicherweise die Gründe, warum bei der primären Kaiserschnittform – obwohl sie einen sehr invasiven Eingriff darstellt – nicht mehr traumatisierte als nicht-traumatisierte Frauen festgestellt werden konnten.

Eine Perspektivenänderung macht deutlich, dass innerhalb der Gruppe der Frauen mit traumatisch erlebter Geburt ein sehr hoher Prozentsatz **operativ vaginal** entbunden hat, der **höchste Anteil** jedoch von den **spontan vaginal** Entbundenen gebildet wurde. Demnach wurden nahezu **zwei Drittel aller Frauen mit traumatischer Geburtserfahrung vaginal bzw. operativ vaginal** entbunden.

Die beiden häufigsten Entbindungsformen, bei denen in der vorliegenden Studie die Geburt als traumatisch erlebt wurde, die operativ vaginale und die eilige bzw. Not-Sectio, besitzen als wichtigste gemeinsame Merkmale die **Dringlichkeit** des Eingriffes, basierend i. d. R. auf einer akuten Gefahr für Mutter und/oder Kind nach einem meist komplikationsreichen und/oder langwierigen Versuch einer Vaginalentbindung sowie der Verwendung eines operativen, „unnatürlichen“ Verfahrens. Die **Angst** um sich und das Kind in Kombination mit starken Schmerzen wird u. a. auch von Creedy et al. [2000] als sehr belastender Faktor verstanden. Daneben soll erwähnt werden, dass in unserem Kollektiv unter den Frauen mit operativ vaginaler Entbindung häufiger Gefühle von **Hilflosigkeit** und **Panik** während des Geburtsvorgangs festgestellt wurden als bei den anderen Geburtsarten.

Die Signifikanz des Zusammenhanges zwischen Geburtsart und dem Entbindungserleben als Trauma ist im Rahmen dieser Studie im Wesentlichen auf die operativ vaginale Entbindungsform zurück zu führen. Diese Erkenntnisse werden von der durch Ryding et al. [1998 a] durchgeführten Studie unterstützt. Hier zeigen im Vergleich zu einer Not-Sectio, einer spontan vaginalen Geburt und einer elektiven Sectio Frauen mit operativ vaginaler Entbindung am häufigsten posttraumatische Symptome. Weitere vergleichbare Studienergebnisse finden sich in der Literatur nur insofern, als dass in zwei Studien [Creedy et al., 2000; Söderquist et al., 2002] die operativ vaginale Entbindung („instrumental delivery“) als signifikanter **Faktor für die Entwicklung einer PTBS** ermittelt werden konnte. Hinsichtlich des Literaturvergleichs sei erneut darauf hingewiesen, dass dieser aufgrund unterschiedlicher Verfahren zur Feststellung der Frauen mit traumatisch erlebter Geburt nur eingeschränkt möglich ist.

Im Hinblick auf die **Erfüllung der einzelnen Diagnosekriterien** bei unterschiedlichen Entbindungsformen im Kollektiv aller Frauen mit positiver Screeningfrage muss **Hypothese 2.1 teilweise verworfen** werden.

Lediglich Kriterium C wurde am häufigsten von den Frauen mit operativ vaginaler, sekundärer oder eiliger/Not-Sectio erfüllt. Relativ häufig waren jedoch die spontan vaginal Entbundenen bei den Kriterien B und D vertreten. Einzig die operativ vaginale Entbindungsform liegt durchgängig bei allen drei Kriterien unter den drei am häufigsten vertretenen.

Bei Betrachtung der **Entbindungsarten der PTBS-Patientinnen** stellte sich heraus, dass bei allen drei Frauen eine unterschiedliche Entbindungsform durchgeführt wurde. Zumindest in zwei Fällen handelte es sich jedoch um in der Hypothese 2.1 als Risikofaktoren für die Entwicklung von PTBS-Symptomen formulierte Entbindungsarten (sekundäre Sectio, operativ vaginale Geburt). Ein signifikanter Zusammenhang ist hier jedoch ausgeschlossen.

Die Verteilung der Entbindungsarten bei den **subsyndromalen** PTBS-Fällen zeigt, dass mehr als ein Drittel der Frauen mit Subsyndrom **spontan vaginal** und ein Viertel **operativ vaginal** entbunden hat. Diese beiden Entbindungsformen sind ebenfalls bei den o. g. Frauen mit PTBS vertreten.

Kritisch muss jedoch angemerkt werden, dass bei den vorliegenden geringen Fallzahlen an Frauen mit PTBS bzw. PTBS-Subsyndrom eine statistische Analyse nur sehr eingeschränkt möglich ist.

Die Tatsache, dass die Entbindungsart nach obigen Erkenntnissen keinen signifikanten Risikofaktor für die Entwicklung von PTBS-Kriterien darstellt, deckt sich mit einigen empirischen Studien in der Literatur [z. B. Cohen et al., 2004; Czarnocka und Slade, 2000].

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass ein signifikanter Zusammenhang von **$p < 0.001$** zwischen den verschiedenen Entbindungsformen und der Frage nach einer traumatischen Erfahrung besteht. Die häufigsten Entbindungsformen unter den Frauen mit traumatischer Erfahrung stellen die operativ und die spontan vaginale Geburt dar sowie die eilige/Not-Sectio.

Hypothese 2.1 kann lediglich in Bezug auf Kriterium C bestätigt werden. Eine **Geburtsart, die eine signifikante Erfüllung aller drei Kriterien** zur Folge hatte, konnte nicht eruiert werden. Ebenso wenig fand sich unter den drei PTBS-Fällen dieser Studie eine Tendenz für eine bestimmte Geburtsart. Einzig die operativ vaginale Entbindungsform befindet sich bei allen drei Kriterien unter den am häufigsten vertretenen Formen.

5.2.6.2. Zu 4.2.2.: Untersuchung des Zusammenhangs zwischen subjektiv erlebten Komplikationen und posttraumatischen Symptomen

Hypothese 2.2 Frauen, deren Entbindungen subjektiv mit Komplikationen verbunden waren, zeigen häufiger und in höherer Anzahl posttraumatische Symptome als Frauen, die eine komplikationslose Geburt erlebten.

Wie bereits unter 5.2.2 (S. 104) erläutert, stellt das Auftreten von peripartalen Komplikationen – sei es objektiven oder subjektiven – aus Sicht der Mutter einen wichtigen Faktor für das Geburtserleben dar. In der vorliegenden Studie konnte ein **signifikanter Zusammenhang zwischen der traumatisch erfahrenen Geburt und Komplikationen unter der Geburt** objektiviert werden. Diese Erkenntnisse werden durch die Studie von Soet et al. [2003] unterstützt, welche mit Hilfe der „Medical Intervention Scale“ von Stone (unveröffentlicht) ermittelten, dass medizinische Interventionen (nicht näher erläutert) zu einem verstärkten Trauma-Erleben der Geburt führten.

Andere Autoren sahen einen positiven Zusammenhang zwischen der Erfüllung **posttraumatischer Symptome und Komplikationen** [Cohen et al., 2004; DeMier et al., 1996; Lyons, 1998], wie z. B. einem Dammschnitt [Czarnocka und Slade, 2000] oder die Angst um das eigene bzw. das Leben des Kindes [Alien, 1998; Creedy et al., 2000; Czarnocka und Slade, 2000]. Demgegenüber stehen die Erfahrungen aus dieser Studie, dass der Faktor **„Komplikationen während der Geburt“ in keinem signifikanten Zusammenhang zu der Erfüllung von PTBS-Kriterien** steht.

Offensichtlich stellen Komplikationen unter der Geburt eine erhebliche Belastung für die Mütter dar, die jedoch als isolierter Faktor nicht notwendigerweise zur Entwicklung von posttraumatischen Symptomen führen.

Zusammenfassung: In der aktuellen Studie konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Faktor „Komplikationen während der Geburt“ und dem „Erleben der Geburt als Trauma“ festgestellt werden. Ein signifikantes Verhältnis zu der Erfüllung von PTBS-Kriterien zeigte sich allerdings nicht, so dass Hypothese 2.2 verworfen werden muss.

5.2.6.3. Zu 4.2.3.: Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Länge der Geburt und der Entwicklung von posttraumatischen Symptomen

Hypothese 2.3 Die Länge der Entbindung, gemessen an der Wehendauer, hat einen positiven Einfluss auf die Entwicklung von posttraumatischen Symptomen.

Wenn sich diese Hypothese bestätigen lässt, weisen diejenigen Frauen häufiger posttraumatische Symptome auf, deren Entbindung überdurchschnittlich lang dauerte, als Frauen, deren Entbindung durchschnittlich oder unterdurchschnittlich lang verlief.

Bei den in dieser Studie durchgeführten Untersuchungen konnte **kein Zusammenhang** festgestellt werden **zwischen der Geburtsdauer** und einerseits dem **Geburtserleben als Trauma** oder andererseits der **Entwicklung von posttraumatischen Symptomen** bzw. von **Subsyndromen**. Diese Erkenntnisse werden teilweise von veröffentlichten Studien unterstützt [Söderquist et al., 2002]. Soet et al. [2003] hingegen sahen einen Zusammenhang zwischen der Wehenlänge und dem Entbindungserleben als Trauma.

Zusammenfassung: In der vorliegenden Studie ließ sich kein Zusammenhang zwischen der Länge einer Entbindung und der Entwicklung von posttraumatischen Symptomen nachweisen; Hypothese 2.3 muss somit verworfen werden.

5.2.6.4. Zu 4.2.4.: Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Schmerzstärke unter der Geburt und der Entwicklung von posttraumatischen Symptomen

Hypothese 2.4 Starke Schmerzen unter der Geburt erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass die Gebärende posttraumatische Symptome entwickelt. Somit wird postuliert, dass Frauen häufiger und in höherer Anzahl Symptome aufweisen, wenn sie sehr starke Schmerzen empfunden haben, als wenn sie einen niedrigen maximalen Schmerzwert angaben.

Im Zuge der durchgeführten Analysen zum Einfluss der größten perinatalen **Schmerzstärke wurde ein signifikanter Zusammenhang zum Erleben der Geburt als Trauma** festgestellt. Dieses Ergebnis wird durch die von Soet et al. [2003] durchgeführte Studie bekräftigt. Darüber hinaus sahen o. g. und zahlreiche andere Autoren ein statistisch signifikantes Verhältnis zwischen der Schmerzstärke und der Entwicklung von posttraumatischen Symptomen [Alien, 1998; Ballard et al., 1995; Cohen et al., 2004; Creedy et al., 2000; Menage, 1993]. Czarnocka und Slade [2000] wiesen darauf hin, dass zwar die Schmerzstärke in der Gruppe mit posttraumatischen Symptomen und in der Vergleichsgruppe gleich hoch gewesen sei, die Probandinnen *mit* posttraumatischen Symptomen jedoch stärker darunter gelitten hätten. Demgegenüber konnte in der vorliegenden Studie, analog zu den Ergebnissen von Lyons [1998], **kein signifikanter Zusammenhang zur Entwicklung von posttraumatischen Symptomen oder dem Subsyndrom** ermittelt werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen der größten perinatalen Schmerzstärke und dem Erleben der Geburt als Trauma bestand. Ein Zusammenhang ließ sich jedoch nicht in Bezug auf die Entwicklung von posttraumatischen Symptomen oder auf die Entwicklung eines PTBS-Subsyndroms nachweisen. Hypothese 2.4 wird damit verworfen.

5.2.6.5. Zu 4.2.5.: Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Zufriedenheit der Mütter mit den an der Geburt beteiligten Personen und der Entwicklung von posttraumatischen Symptomen

Hypothese 2.5 **Der Grad der Zufriedenheit mit dem sozialen Umfeld (Partner, Geburtshelfer) nimmt einen Einfluss auf die Entwicklung von posttraumatischen Symptomen.**

Die Patientinnen weisen somit häufiger posttraumatische Symptome auf, wenn sie mit der sozialen Unterstützung unzufrieden sind, als wenn sie mit ihrem sozialen Umfeld zufrieden wären.

Bei der vorliegenden Untersuchung zeigte sich ein signifikantes Verhältnis zwischen der Zufriedenheit der Mütter mit den am Geburtsvorgang beteiligten Ärzten und Hebammen und dem Entbindungserleben als Trauma.

Hinsichtlich der Erfüllung **einzelner Diagnosekriterien einer PTBS** fand sich demgegenüber **kein signifikanter Zusammenhang** zu der Zufriedenheit der Mütter mit Ärzten und Hebammen. Diese Ergebnisse wiederum widersprechen zahlreichen Erkenntnissen aus der Literatur [Alien, 1998; Creedy et al., 2000; Czarnocka und Slade, 2000; Green et al., 1990; Menage, 1992; Ryding et al., 1998 c; Soet et al., 2003; Turton et al., 2001; Wijma et al., 1997], die einen positiven Zusammenhang zwischen einer sozialen Unterstützung – insbesondere einer Unterstützung durch den beiwohnenden Partner – aber auch durch Hebammen bzw. Ärzte, und der **Entwicklung von posttraumatischen Symptomen** sahen.

Eine mögliche Erklärung für die Diskrepanzen in den Studienergebnissen kann eine (fälschlicherweise) seitens der Probandinnen angenommene mangelhafte Anonymität bei der Befragung dargestellt haben, vor dem Hintergrund, dass besagte Daten in direkten und fernmündlichen Interviews erhoben wurden.

Zusammenfassung: Es konnte ein signifikantes Verhältnis zwischen der Zufriedenheit der Mütter mit den am Geburtsvorgang beteiligten Ärzten und Hebammen und dem Entbindungserleben als Trauma festgestellt werden, nicht jedoch zwischen der Zufriedenheit der Mütter mit den an der Geburt beteiligten Personen und der Entwicklung von posttraumatischen Symptomen. Die in diesem Zusammenhang behandelte Hypothese 2.5 muss verworfen werden.

5.2.7. Zu 4.3.: Ergebnisse zu personenbezogenen Risikofaktoren

5.2.7.1. Zu 4.3.1.: Untersuchung des Zusammenhangs zwischen posttraumatischen Symptomen und einer aus der Anamnese bekannten psychischen Erkrankung oder Vortraumatisierung nach ICD-10

Hypothese 3.1. Frauen, bei denen posttraumatische Symptome diagnostiziert wurden, weisen häufiger eine psychische Störung (depressive Episoden, PTBS, Angststörungen u. a.) in der Vergangenheit auf, als Frauen ohne posttraumatische Symptome.

Im Zuge der Befragungen der entbundenen Frauen wurden Verdachtsdiagnosen (aufgrund der retrospektiven Ermittlung) nach ICD-10 [WHO, 1994] für mögliche psychische Störungen in der Vorgeschichte gestellt. Am häufigsten fanden sich Anpassungsstörungen oder Reaktionen auf ein Trauma sowie depressive Störungen, aber auch Panikstörungen, Phobien und, in einem Fall, eine Persönlichkeitsstörung.

In der vorliegenden Studie konnte zwar **kein positiver Zusammenhang zwischen einer psychischen Störung in der Vorgeschichte und dem Entbindungserleben als Trauma** festgestellt werden, wohl aber wurden **signifikante Ergebnisse bzgl. der jeweiligen einzelnen PTBS-Diagnosekriterien B, C und D** gesehen. In der Literatur finden sich zahlreiche Hinweise auf einen derartigen Zusammenhang [Czarnocka und Slade, 2000; Söderquist et al., 2002; Wijma et al., 1997]. Soet et al. [2003] konnten

einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen einem sexuellen Trauma in der Vorgeschichte und der Entwicklung von posttraumatischen Symptomen feststellen.

Trotz des oben erwähnten, **signifikanten Zusammenhanges** bestand dieser in der aktuellen Studie **nicht in Bezug auf** die Erfüllung mehrerer Diagnosekriterien gleichzeitig im Sinne eines **Subsyndroms oder gar einer PTBS** ($p = 0.89$). Dennoch wiesen prozentual mehr Frauen mit PTBS-Subsyndrom eine psychische Störung in der Vorgeschichte auf, als die Vergleichsgruppe.

Hypothese 3.1 kann hinsichtlich der Aussage, dass Frauen mit posttraumatischen Symptomen häufiger psychische Störungen in der Vorgeschichte aufweisen als die Vergleichsgruppe, **bestätigt** werden, solange von Betroffenen ausgegangen wird, die maximal *ein* Diagnosekriterium erfüllen. Bei vorhandenem PTBS-Subsyndrom (Kriterium B und C oder Kriterium B und D) ist diese Signifikanz nicht mehr gegeben. Es handelt sich also um einen **Risikofaktor in Bezug auf die Entwicklung von posttraumatischen Symptomen, nicht jedoch auf die Entwicklung von Subsyndromen oder posttraumatischen Belastungsstörungen.**

Hypothese 3.2. **Frauen, bei denen posttraumatische Symptome diagnostiziert wurden, weisen häufiger eine Vortraumatisierung (akute Belastungsreaktion, PTBS, Anpassungsstörungen, sonstige Reaktionen auf schwere Belastungen und „nicht näher bezeichnete Reaktion auf schwere Belastung) in der Vergangenheit auf, als Frauen ohne posttraumatische Symptome**

Hinsichtlich der Entwicklung von posttraumatischen Symptomen im Zusammenhang mit einer **Vortraumatisierung** ergaben die Studienanalysen **signifikant häufig die Entwicklung des Kriterium B (Wiedererleben)**. Ein signifikanter Zusammenhang in Bezug auf mindestens *zwei* erfüllte Kriterien gleichzeitig (Subsyndrom) konnte nicht ermittelt werden.

In der Literatur wird die Vortraumatisierung nicht durchgängig von anderen psychischen Störungen in der Vergangenheit unterschieden. Besonders beeinflussend scheint jedoch im Zusammenhang mit einer Geburt die Vortraumatisierung durch eine sexuelle Belästigung oder einen sexuellen Missbrauch zu sein [Soet et al., 2003].

Hypothese 3.2 kann ebenfalls nur **eingeschränkt bestätigt** werden: Bei Frauen mit diagnostiziertem Kriterium B (Wiedererleben) liegt signifikant häufiger eine Traumatisierung in der Vergangenheit vor als bei Frauen ohne dieses Kriterium.

6. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit basiert auf einer in den Jahren 2000/2001 an der Universitätsfrauenklinik Bonn durchgeführten Studie zum Erleben der Entbindung unter besonderer Berücksichtigung traumatischer Erfahrungen. An 188 Studienteilnehmerinnen wurden das Auftreten posttraumatischer Symptome sowie mögliche Risikofaktoren mit dem Schwerpunkt „Entbindungsart“ untersucht. Erste Studienergebnisse wurden bereits im Rahmen einer Tagung der DGGG (Deutsche Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie) im Jahre 2004 in Hamburg vorgestellt.

In Anlehnung an die ICD-10 wurde das Auftreten posttraumatischer Symptome sechs bis acht Wochen (2. MZP) bzw. sechs Monate p. p. (3. MZP) ermittelt. Hierzu konnten die Daten von zunächst 205 Studienteilnehmerinnen herangezogen werden, von denen **16,1 % die Entbindung** zum 1. MZP (2 bis 5 Tage p. p.) **als traumatisch erlebten**. Als signifikante **Risikofaktoren für ein traumatisches Entbindungserleben** erwiesen sich die Faktoren „subjektive Komplikationen bei der Entbindung“, „Geburtsmodus“ (insbesondere die operativ vaginale Entbindung), „Zufriedenheit mit den Hebammen und den Ärzten“, „Schmerzstärke“ und „psychische Störungen in der Anamnese“.

Das **Vollbild einer PTBS** nach ICD-10 unter den Frauen mit traumatisch erlebter Entbindung wiesen zum 2. MZP zwei Teilnehmerinnen und zum 3. MZP eine Weitere (**1,6 %**) auf. Nach den Kriterien des DSM-IV traf dies auf lediglich eine der Frauen zu (**0,5 %**). Ergebnisse vergleichbarer Studien zeigten Prävalenzraten von 0,0 % bis 6,9 %. Damit liegen die aktuellen Ergebnisse im unteren Bereich. **Subsyndromale Formen** der PTBS nach Definition von Blanchard et al. [1994] wurden bei weiteren acht Frauen (2. MZP; **4,3 %**) bzw. fünf Frauen zum 3. MZP konstatiert.

Als einzige, **signifikante Risikofaktoren** für die Entwicklung einer **posttraumatischen Symptomatik** stellten sich die beiden personenbezogenen Risikofaktoren „**psychische Störung in der Anamnese**“ und „**Vortraumatisierung**“ heraus. Dieser Zusammenhang ließ sich jedoch nur für einzelne Diagnosekriterien (für B, C *oder* D in Verbindung mit einer psychischen Störung in der Anamnese bzw. für Kriterium B in

Verbindung mit einer Vortraumatisierung) nachweisen und nicht für zwei oder mehr Kriterien gleichzeitig.

Alle übrigen untersuchten Faktoren, insbesondere die schwerpunktmäßig untersuchte **Entbindungsart**, zeigten keinen signifikanten Zusammenhang zu der Erfüllung posttraumatischer Kriterien. Es muss jedoch herausgestellt werden, dass die operativ vaginale Geburt bei allen drei Diagnosekriterien unter den drei am häufigsten vertretenen liegt.

Die Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass diverse Umstände im Verlauf einer Entbindung Einfluss auf das Empfinden der Geburt als traumatisch nehmen können. Die Entwicklung einer posttraumatischen Symptomatik auf der Grundlage einzelner Faktoren ist nach den vorliegenden Erkenntnissen unwahrscheinlich. Vielmehr ist anzunehmen, dass die Summe möglicher Risikofaktoren im Sinne eines **multifaktoriellen Entstehungsmodells** zu der Entwicklung einer subsyndromalen oder vollsymptomatischen PTBS führt. Hierbei spielen neben objektivierbaren Risiken auch subjektive sowie konstitutionelle (Anamnese, Erfahrungen) Faktoren eine bedeutsame Rolle.

Zukünftig wäre wünschenswert, dass das Krankheitsbild einer PTBS nach Entbindung allgemein als Solches anerkannt wird und auch einer subsyndromalen Form die notwendige Aufmerksamkeit geschenkt wird. Erst durch das Bewusstwerden dieser Problematik in Fachkreisen können gefährdete Personen gezielt erfasst und einer frühzeitigen Behandlung zugeführt werden.

7. Literatur

- 1 Alien S. A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth. *J Reprod Infant Psychol*, 1998; 16: 107-131
- 2 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association, 1994 [dt.: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: DSM-IV Göttingen: Hogrefe, 1998
- 3 Ayers S, Pickering AD. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth*, 2001; 28: 111-118
- 4 Ballard CG, Stanley AK, Bockington IF. Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. *Br J Psychiatry*, 1995; 166: 525-528
- 5 Beech AB, Robinson J. Nighmares following childbirth. *Brit J Psychiatry*, 1985; 147:586
- 6 Blanchard EB, Hickling EJ, Vollmer AJ, Loos WR, Todd CB, Jaccard J. Short-term follow-up of post-traumatic stress symptoms in motor vehicle accident victims. *Behav Res Ther*, 1994; 33: 369-377
- 7 Breslau N, Lucia VC, Davis GC. Partial PTSD versus full PTSD: an empirical examination of associated impairment. *Psychol Med*, 2004; 34: 1205-1214
- 8 Brockington I. *Motherhood and mental health*. Oxford: Oxford University Press, 1996: 155-163
- 9 Bydlowski M, Raoul-Duval A. Un avatar psychique méconnu de la puerpéralité : La nevrose traumatique post obstetricale. *Perspect Psychiatr*, 1978; 131: 981-986

- 10 Carlier IVE, Lamberts RD, van Uchelen A, Gersons BPR. Clinical utility of a brief diagnostic test for posttraumatic stress disorder. *Psychosom Med*, 1998; 60: 42-47
- 11 Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth*, 2000; 27: 104-111
- 12 Cohen MM, Ansara D, Schei B, Stuckless N, Stewart DE. Posttraumatic stress disorder after pregnancy, labor, and delivery. *J Women's Health*, 2004; 13: 315-324
- 13 Cox JL, Holden JM, Sagovski R. Detection of postnatal Depression. Developpement of the 10-Item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J of Psychiatry*, 1987; 150: 782-6
- 14 Czarnocka J, Slade P. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Br J Clin Psychol*, 2000; 39: 35-51
- 15 Davidson JRT, Malik MA, Travers J. Structured interview for PTSD (SIP): psychometric validation for DSM-IV criteria. *Depression an Anxiety*, 1997; 5: 127-129
- 16 DeMier RL, Hynan MT, Harris HB, Manniello RL. Perinatal stressors as predictors of symptoms of posttraumatic stress in mothers of infants of high risk. *J Perinatol*, 1996; 16: 276-280
- 17 Dorn A. Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nach Entbindung - Ein Modellentwurf zu subjektiven und objektiven Einflussfaktoren auf der Grundlage einer explorativen Studie, Aachen: Shaker Verlag, 2003
- 18 Ehlers A. Posttraumatische Belastungsstörung. Göttingen: Hogrefe, 1999

- 19 Erichsen JE. On railway an other injuries of the nervous system. London: Walton und Maberly, 1866
- 20 Fisher J, Astbury J, Smith A. Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: a prospective longitudinal study. *Aust N Z J Psychiatry*, 1997; 31: 728-738
- 21 Foa EB, Riggs DS, Gershuny BS. Arousal, numbing, and intrusion: symptom structure of PTSD following assault. *Am J Psychiatry*, 1995; 152:116-120
- 22 Fones C. Posttraumatic stress disorder occuring after painful childbirth. *J Nerv Ment Dis*, 1996; 184: 195-196
- 23 Franke GH. Die Symptom Checkliste (SCL-90-R). Bearbeitung für den deutschen Sprachraum. Göttingen: Beltz Test GmbH, 1995
- 24 Gersons BP, Carlier IV. Post-traumatic stress disorder: the history of a recent concept. *Br J Psychiatry*, 1992; 161: 742-748
- 25 Godfroid IO, Charlot A. La psychiatrie du post-partum. *Rv Méd Brux*, 1996 ; 17: 22-26
- 26 Green JM, Coupland VA, Kitzinger JV. Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth*, 1990; 17: 15-24
- 27 Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F. Beck Depressions Inventar (BDI): Testhandbuch (Bearb. der dt. Ausg.). Bern: Huber (2. Überarb. Aufl.)
- 28 Horowitz M, Wilner NR, Alvarez W. Impact of event scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med*. 1979; 41: 209-218

- 29 Kardiner A. The Traumatic Neuroses of War. Psychosomatic Medicine Monograph II-III. Washington, DC: National Research Council 1941
- 30 Kilpatrick D, Resnick HS. Posttraumatic stress disorder associated with exposure to criminal victimization in clinical and community populations. In: Davidson JR, Foa EB, eds. Posttraumatic stress disorder. DSM-IV and beyond. Washington: American Psychiatric Press, 1993: 113-143
- 31 Lyons S. A prospective study of post traumatic stress symptoms 1 month following childbirth in a group of 42 first-time mothers. J Reprod Infant Psychol. 1998; 16: 91-105
- 32 Maercker A, Schützwohl M. Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala-revidierte Version (IES-R). Diagnostica, 1998; 44: 130-141
- 33 Maes M, Delmeire L, Schotte C, Janc A, Creten T, Mylle J, Struyf A., Pison G, Rousseeuw PJ. Epidemiologic and phenomenological aspects of post-traumatic stress disorder: DSM-III_R diagnosis and diagnostic criteria not validated. Psychiatry Research, 1998; 81: 179-193
- 34 Margraf J, Schneider S, Ehlers A. Dips. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen. (zweite ed.). Berlin: Springer-Verlag, 1994
- 35 Marshall RD, Olfson M, Hellman F, Blanco C, Guardino M, Struening EL. Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. Am J Psychiatry, 2001; 158: 1467-1473
- 36 Menage J. Posttraumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures: a consecutive series of 30 cases of PTSD: J Reprod Infant Psychol, 1993; 11:221-228

- 37 Moleman N, van der Hart O, van der Kolk BA. The partus stress reaction: a neglected etiological factor in postpartum psychiatric disorders. *J Nervous Mental Dis*, 1992; 180: 271-272
- 38 Oppenheim H. Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenlinik der Charité in den letzten Jahren gesammelten Beobachtungen. Berlin: Hirschwald, 1889
- 39 Page HW. Railway injuries. London: Charles Griffin and Company, 1883
- 40 Pantlen A, Rohde A. Psychische Auswirkungen traumatisch erlebter Entbindung. *Zentralbl Gynäkol*, 2001; 123: 42-47
- 41 Peters L, Slade T, Andrews G. Comparison of ICD10 and DSM-IV criteria for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 1999; 12: 335-343
- 42 Riley D. Postpartum stress disorder. The Red House, Wendover: Bucks (GB) 11th International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 1995
- 43 Rosenman S. Trauma and posttraumatic stress disorder in Australia: findings in the population sample of the Australian national survey of mental health and wellbeing. *Aus N Z J Psychiatry*, 2002; 36: 515-520
- 44 Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Psychological impact of emergency cesarean section in comparison with elective cesarean section, instrumental and normal vaginal delivery. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 1998 a; 19:135-144
- 45 Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Experiences of emergency cesarean section: a phenomenological study of 53 women. *Birth*, 1998 b; 25: 246-251

- 46 Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Predisposing psychological factors for posttraumatic stress reactions after emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1998 c; 77: 351-352
- 47 Ryding EL, Wijma B, Wijma K. Posttraumatic stress reactions after emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1997; 76 : 856-861
- 48 Schützwohl M, Maercker A. Effects of varying diagnostic criteria for posttraumatic stress disorder are endorsing the concept of partial PTSD. *J Trauma Stress*, 1999; 12: 155-165
- 49 Söderquist J, Wijma K, Wijma B. Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. *Psychosom Obstet Gynecol*, 2002; 23:31-39
- 50 Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 2003; 30: 36-46
- 51 Stein MB, Walker JR, Forde DR. Gender differences in susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 2000; 38: 619-628
- 52 Stein MB, Walker JR, Hazen AL, Forde DR. Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *Am J Psychiatry*, 1997; 154: 1114-1119
- 53 Stukas AA, Dew MA, Switzer GE, Di Martini A, Kormos RL, Griffith BP. PTSD in heart transplant recipients and their primary family caregivers. *Psychosomatics*, 1999; 40: 212-221
- 54 Turton P, Hughes P, Evans CDH, Fainman D. Incidence, correlates and predictors of PTSD in the pregnancy after stillbirth. *Br J Psychol*, 2001; 178: 556-560

- 55 Weber MM, Antonijevic IA, Bronisch T. Die versorgungsrechtliche Beurteilung einer Posttraumatischen Belastungsstörung. *Der Nervenarzt*, 1998; 69:811-814
- 56 Wendt A. Depressive Verstimmungen bei Wöchnerinnen unter besonderer Berücksichtigung der Umstände der Geburt und unter Berücksichtigung spezifischer Persönlichkeitsvariablen. Diplomarbeit, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn, 2001
- 57 Wijma K, Söderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *J Anxiety Disord*, 1997; 11: 587-597
- 58 Weltgesundheitsorganisation (WHO). Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und diagnostischen Kriterien ICD-10: DCR-10 (übersetzt und herausgegeben von Dilling H, Freyberger HJ nach dem englischsprachigen Pocketguide von Cooper JE, eds. Göttingen: Huber, 1999
- 59 Zlotnick C, Franklin L, Zimmerman M. Does subthreshold posttraumatic stress disorder have any clinical relevance?. *Comprehensive Psychiatry*, 2002; 43: 413-419

8. Danksagung

Die Arbeit kann nicht beendet werden, ohne all denen meinen Dank auszusprechen, die zu ihrer Verwirklichung beigetragen haben.

Danken möchte ich zunächst aufs Herzlichste **meiner Doktor-Mutter, Frau Prof. Dr. med. Anke Rohde**, Inhaberin des Lehrstuhls für Gynäkologische Psychosomatik, Universitätsklinikum Bonn. Sie überließ mir das vorliegende Thema und stand mir bei allen Arbeitsschritten beratend und ermutigend zur Seite. Für die zahlreichen Hinweise zur Überarbeitung bin ich ihr sehr dankbar.

Ferner danke ich **Frau Dr. phil. Almut Dorn** und **Frau Dipl.-Psych. Andrea Wendt** für ihre freundliche Betreuung. Letztere unterstützte mich mit steter Hilfsbereitschaft und bewundernswerter Geduld. Trotz ihrer Vielgeschäftigkeit hat sie immer Zeit für mich gefunden.

Meinen Eltern und meiner Schwester danke ich für ihr entgegengebrachtes Verständnis und ihre große Hilfe durch Entlastung.

Last but not least bedanke ich mich für die Unterstützung durch meine Freunde: Gabi Berboth, Kai Tiedge, Latif Beg und Kerstin Helbig.