

# **I      Allgemeine Aspekte zu Krisensituationen bei Frauen**



# 1 Psychische Krisen bei Frauen im Kontext der Mutterschaft

*Fabienne Forster*

## 1.1 Geburtenrate: Mutter sein zwischen Realität und Ideal

Obwohl die Geburtenrate in den westlichen Industrieländern seit 1960 stetig sinkt, wird die Mehrheit der Menschen Eltern. Insgesamt geben ca. 90 % der Menschen in Europa an, sich einmal Kinder zu wünschen (BMFSFJ, 2020). Drei von vier Menschen in Europa geben an, Eltern zu sein (Csonka et al., 2017; Eurostat, 2022). Gleichzeitig erkrankt jede zweite Person mindestens einmal im Leben an einer psychischen Erkrankung (GBD, 2019). Pro Jahr ist etwa ein Drittel der Bevölkerung von einer psychischen Störung betroffen (Peter, Tuch & Schuler, 2023). Davon sind auch Eltern betroffen. Studien gehen davon aus, dass etwa jedes dritte minderjährige Kind mit mindestens einem Elternteil zusammenlebt, das psychisch erkrankt ist (Christesen et al., 2022). Davon sind wiederum die meisten Frauen. Das bedeutet, dass die Anzahl Personen, die unter psychischen Krisen im Kontext der Mutterschaft leiden, sehr hoch ist und ein entsprechend hoher Unterstützungsbedarf besteht. Gleichzeitig bedeutet das auch ein großes Fenster der Möglichkeiten. Im Kontext der (gewünschten) Mutterschaft stehen die Chance für positive Veränderungen, die sich auch auf Kind und Partnerschaft auswirken, besonders gut.

Die meisten Menschen möchten einmal im Leben Eltern werden (Csonka et al., 2017). Die Gründe dafür können vielfältig sein, ein tiefer innerer Wunsch oder eine Sehnsucht nach einer eigenen Familie, Glück und Freude oder die Weitergabe eigener Gene und Werte. Für viele Menschen gehört Elternwerden zur Erfüllung eines großen Lebensraumes, der seit der eigenen Kindheit besteht. Das gilt besonders häufig für Frauen, da ihrer Geschlechtsrolle häufig zugeschrieben wird, dass sie durch die Mutterrolle Erfüllung finden; oder sogar dafür geschaffen sind (Mierau, 2019).

Die Realität widerspricht diesem Ideal allerdings. Keine Mutter ist jederzeit glücklich und komplett erfüllt. Ein Zustand konstanten, kompletten Glücks ist für Menschen nicht realistisch, und entsprechend auch nicht für Mütter. Sorgen, Leiden und Ängste gehören zur menschlichen Existenz dazu. Aufgrund der idealisierten Vorstellung der Mutterschaft leiden viele Mütter unter den (häufig unerwarteten, tabuisierten) Herausforderungen der Mutterschaft (Mierau, 2019). Scham, Schuld und Selbstzweifel sind häufige Folgen. Das erleben im besonderen Maße Frauen, die psychische Störungen im Kontext der Elternschaft entwickeln – und das ist keine

Minderheit. Der Übergang zur Elternschaft ist eine Hoch-Risikophase für die Entwicklung psychischer Störungen. Tatsächlich sind psychische Störungen die häufigste Geburtskomplikation (Berger, 2019).

Auch unabhängig von gesellschaftlichen Erwartungen und Rollenbildern beschreiben viele Menschen den Kinderwunsch als tief in ihnen verankert. Entsprechend verspüren Frauen, die keine Kinder bekommen möchten, häufig gesellschaftlichen Druck (Höglund & Hildingsson, 2023). Manche vermuten sogar, mit ihnen stimme etwas nicht. Dem widerspricht die Forschung. Es finden sich kaum Unterschiede hinsichtlich Gesundheit und Wohlergehen zwischen Menschen mit und ohne Kinderwunsch, wenn dieser auf einer freien Entscheidung basiert (Deaton & Stone, 2014). Menschen, die ungewollt kinderlos sind, entwickeln hingegen häufiger psychische Symptome wie Ängste oder Depressionen (Hudepohl & Smith, 2022).

Erfüllt sich der Wunsch nach einem Kind, folgen aufregende Momente und rasch aufeinander folgende Veränderungen beim Übergang zur Elternschaft und der Phase des Aufwachsens des Kindes. Meistens erfolgen diese auf mehreren Ebenen: individuell, hormonell, körperlich, psychisch, sozial und gesellschaftlich. Entsprechend gibt es auf der Reise von Kinderwunsch und Empfängnis über Schwangerschaft, Geburt bis zum Wochenbett und dem ersten Jahr postpartum immer wieder Potential für psychische Krisen.

## 1.2 Psychische Störungen im Kontext der Mutterschaft

Psychische Störungen sind die häufigste Geburtskomplikation (Berger, 2019). Schätzungen gehen davon aus, dass 20% der Frauen in der Peripartalzeit von psychischen Erkrankungen betroffen sind (Schofield et al., 2022). Es sind also mehr Frauen von psychischen als von physischen Komplikationen betroffen. Trotzdem wird in der Geburtshilfe selten über die psychische Gesundheit gesprochen. Psychische Störungen werden nicht gleich behandelt wie physische Erkrankungen. Nicht selten wird der Person eine Mitverantwortung zugeschrieben (du musst einfach positiv denken, du musst dich besser organisieren, du übertreibst, es geht doch allen so, das kommt schon wieder), und im Unterschied zu Menschen mit körperlichen Erkrankungen erhalten psychisch erkrankte weniger Mitgefühl, Unterstützungsangebote durch das Umfeld oder professioneller Hilfe (Lacey et al., 2015; Marshman et al., 2023; Yates & Gatsou, 2021). Stigmata führen dazu, dass psychische Erkrankungen häufig lange unentdeckt und unbehandelt bleiben und halten Frauen davon ab, sich frühzeitig professionelle Hilfe zu suchen (Corrigan & Nieweglowski, 2019; Sweetman et al. 2021). In der Schweiz wird jede sechste Frau nach der Geburt wegen psychischer Probleme behandelt, die Dunkelziffer für Frauen mit psychischen Störungen, die unbehandelt bleiben, ist deutlich höher (Berger, 2019).

In der Allgemeinbevölkerung hat aktuell jede vierte Person eine behandlungsbedürftige psychische Störung, nur ein Viertel davon befindet sich in Behandlung (Watzke et al., 2015; Wittchen et al., 2011).

Die Anzahl unbehandelter psychischer Störungen dürfte bei Eltern nicht kleiner sein. Die Elternschaft zeichnet sich durch eine Vielzahl von Faktoren aus, welche die Entwicklung psychischer Störungen begünstigen. Dazu gehören hormonelle Veränderungen, körperliche Beschwerden, eine Zunahme an Stress durch neue Herausforderungen, eine Zunahme der Alltagsaufgaben, Rollenkonflikte, gesellschaftliche Erwartungen und Identitätsfindungsprozesse. Gleichzeitig reduzieren sich verfügbare Bewältigungsressourcen, welche dem durch die Veränderungen erzeugten Stress entgegenwirken könnten. So schlafen Eltern im ersten Jahr nach der Geburt meistens deutlich weniger, haben weniger Freizeit, Urlaub, weniger positive Paarinteraktionen sowie weniger beruflichen oder körperlichen Ausgleich (Forster, 2021). Und elterlicher Stress hängt wiederum mit schlechterem Erziehungsverhalten, mehr negativer Kommunikation und mehr depressiven Symptomen zusammen (Senn et al, 2023).

In allen Lebenssituationen, in denen Risikofaktoren zu- und Schutzfaktoren abnehmen, steigt das Risiko für psychische Erkrankungen. Das gilt auch für den Eintritt ins Berufsleben und die Pensionierung. Allerdings kommen beim Übergang zur Elternschaft besonders viele Herausforderungen zusammen, die mit gleichzeitig hohen (unrealistischen) gesellschaftlichen Erwartungen und unzureichender institutioneller Unterstützung verbunden sind. Entsprechend ist es nachvollziehbar, dass psychische Erkrankungen in der Peripartalzeit besonders häufig auftreten (Berger, 2019). Die häufigsten psychischen Erkrankungen in der Peripartalzeit sind Angststörungen und affektive Störungen, wie depressive Episoden oder bipolare Störungen. Darüber hinaus können sich vorbestehende Erkrankungen wie zum Beispiel eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) oder eine Persönlichkeitsstörung akzentuieren.

Es ist bekannt, dass psychische Erkrankungen bei Eltern weitreichende negative Effekte für die Betroffenen und ihr Umfeld haben. Im Durchschnitt erleben Kinder von betroffenen Eltern weniger Feinfühligkeit, eine weniger stabile Bindung zu den Eltern, mehr Konflikte und häufigere Trennungen (Iwanski et al., 2023; Dyba et al., 2017). Bei Eltern mit depressiven Erkrankungen erleben Kinder in den ersten Monaten weniger positive Interaktionen mit der Mutter. Sie erhalten weniger Feedback oder positive Verstärkung durch die Mutter und entwickeln in der Folge häufig Regulationsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten (Tainaka et al., 2022). Längzeitstudien zeigen 25 Jahre nach der Geburt Unterschiede zwischen Kindern, deren Mütter psychisch erkrankt versus gesund waren (McLaughlin et al., 2012). Erstere haben im Durchschnitt schlechtere Karrierechancen und eine schlechtere eigene psychische und physische Gesundheit (Pierce et al., 2020). Solche Unterschiede lassen sich teilweise durch eine genetische Vorbelastung erklären, aber auch durch Unterschiede, die bereits während der Schwangerschaft auftreten. So wirken sich psychische Erkrankungen während der Schwangerschaft auf das Stressregulationssystem des Ungeborenen aus (Khoury et al., 2023; Sethna et al., 2021). Auch besteht bei psychischen Störungen während der Schwangerschaft ein erhöhtes Risiko für körperliche Komplikationen wie Präeklampsie, Frühgeburten und traumatisch er-

lebte Geburten (Mulder et al. 2002; Runkle et al. 2023). Psychische Erkrankungen in der Peripartalzeit haben auch negative Effekte für die Betroffenen, i. e. ein höheres Risiko für körperliche Erkrankungen, soziale Konflikte, Ausgrenzung, finanzielle Probleme und Paarprobleme. Für Partner:innen von Betroffenen besteht ebenfalls ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung psychischer Probleme, was umgekehrt wieder die Gesundheit des Kindes und der ganzen Familie negativ beeinflusst.

Die gute Nachricht ist, dass wir diesen Effekten entgegenwirken können, indem Diagnosen früh gestellt und Erkrankungen rasch therapiert werden können. In den folgenden Kapiteln werden Möglichkeiten beschrieben, wie Fachpersonen betroffene Eltern erkennen und unterstützen können. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit, die Entwicklung psychischer Störungen zu verhindern, indem Risikophasen und Risikofaktoren erkannt und präventiv Schutzfaktoren aufgebaut werden. Im folgenden Kapitel wird daher auf spezifische Risikophasen eingegangen.

## **1.3 Risikophasen für psychische Krisen im Kontext der Mutterschaft**

Grundsätzlich kann jede Person jederzeit an einer psychischen Störung erkranken. Personengruppen mit einem erhöhten Risiko sind Personen mit Migrationshintergrund, psychiatrischen Vorerkrankungen in der eigenen oder familiären Vorgeschichte, psychiatrische und/oder körperliche Erkrankungen bei Partner:innen sowie Paarkonflikte und soziale Isolation (Arango et al., 2018). Darüber hinaus bergen einzelne Phasen der Mutterschaft Belastungsfaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen. Insgesamt ist es empfehlenswert, in der Arbeit mit Eltern nach dem Vorliegen wichtiger Risikofaktoren zu fragen und sie in besonderen Risikophasen enger zu begleiten.

### **1.3.1 Unerfüllter Kinderwunsch**

Die meisten Menschen überlegen sich eher, ob und wann sie Kinder bekommen wollen, als ob das klappen wird. Dass eine einmal gefällte Entscheidung für ein Kind unerfüllt bleiben könnte, erwarten viele Frauen nicht. Dabei ereilt dieses Schicksal viele Personen. Jedes zehnte Paar bleibt trotz Kinderwunsch kinderlos (Vander Borgh et al., 2018). Die Anzahl ungewollt kinderloser Paare hat in den letzten Jahren zugenommen, mitunter aufgrund des immer höher werdenden Alters von Ersteltern (Huang et al., 2023). Die Gründe für einen unerfüllten Kinderwunsch liegen häufig in körperlichen Einschränkungen, aber bei etwa 15 % der Paare lässt sich kein Ursache finden, was zu Unsicherheit und Ohnmacht führen kann (Carson & Kallen, 2021). Die Reproduktionsmedizin macht Fortschritte, trotzdem ist die Erfüllung eines Kinderwunsches nicht garantiert (Szamatowicz, 2016).

Entsprechend sind Paare erschüttert, wenn sich der Kinderwunsch nicht erfüllt. In einer Zeit, in der uns durch Fortschritt und Technik so vieles möglich ist, erleben viele Menschen mit einem unerfüllten Kinderwunsch zum ersten Mal ein großes Gefühl von Kontrollverlust und Misserfolg, wenn sich ein Wunsch auch mit großem persönlichen Engagement nicht erfüllen lässt. Die Paare schwanken zwischen Hoffnung und Resignation, die sich zyklusbedingt abwechseln. Im Verlauf nehmen psychische Symptome zu (Wischmann & Stammer, 2017). Hormonelle Behandlungen belasten die psychische Gesundheit zusätzlich (Hudepohl & Smith, 2022). Häufig richten Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch ihre Energie in die Erfüllung dieses Wunsches und reduzieren ihr Engagement für andere Lebensbereiche (Wischmann & Stammer, 2017). Die Planung der Sexualität zum Zweck einer Schwangerschaft führt meistens zur Verminderung der erlebten Sexualität (Wischmann, 2010). Durch die Zunahme an Stress und Druck nehmen Paarkonflikte zu (Yamanaka-Altenstein et al., 2022). Bei jedem dritten Paar, das ungewollt kinderlos bleibt, kommt es zu einer Trennung (Ferreira et al., 2016).

Nach Yamanaka-Altenstein (2022) endet diese anhaltende psychische Krise erst mit einer Schwangerschaft bzw. Lebendgeburt oder der Menopause. In der Begleitung von Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch geht es entsprechend häufig nicht um die »Heilung« einer psychischen Erkrankung, sondern den Umgang mit einer langfristig anhaltend psychischen, physischen und sozialen Belastung. Der Einbezug von Partner:innen ist zentral. Paare profitieren von Psychoedukation zum Thema Infertilität. Besonders wichtig ist das Ausräumen von Mythen. Viele Paare erhoffen sich, dass durch die Lösung eines innerpsychischen Konfliktes die Infertilität behoben werden kann. Die Forschung zeigt heute aber klar, dass dem nicht so ist. Infertilität kann alle Personen treffen, unabhängig von psychischer Gesundheit oder Stärke des Kinderwunsches. Diese Information kann Paare entlasten und Schuldgefühle klären, aber gleichzeitig auch Gefühle von Ohnmacht, Wut und Trauer auslösen, die es zu bearbeiten und tragen gilt. Viele Paare profitieren vom Erarbeiten konstruktiver Gesprächs- und Unterstützungstechniken, mit denen sie Stresssituationen gemeinsam lösen können (Yamanaka-Altenstein, 2022). Es gibt bedarfs- und bewältigungsorientierte Programme wie z.B. *fertifit* oder niederschwellige Paartrainings wie z.B. *paarlife* oder *EPL* sowie lokale Paarberatungsstellen. Darüber hinaus ist es wichtig für die Betroffenen, andere Lebensbereiche wieder zu fokussieren, die ihnen Erfüllung, Kontrolle und Freude ermöglichen. Die Entwicklung eines Lebensentwurfs ohne Kinder kann herausfordernd, aber fruchtbar sein. Je nach psychischer und physischer Belastung können punktuelle Pausen von reproduktionsmedizinischen Maßnahmen sowie die Klärung alternativer Wege zur Erfüllung des Kinderwunsches für Entlastung sorgen. Wischmann und Stammer (2017) empfehlen allen Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch bereits frühzeitig die Inanspruchnahme professioneller Beratung. Bestehen oder entwickeln sich psychische Erkrankungen, empfiehlt sich eine Psychotherapie sowie eine präkonzeptionelle Beratung.

### 1.3.2 Schwangerschaft

Wenn eine Frau geplant oder gewünscht schwanger wird, dann ist das häufig eine große Freude. Bei unerwünschten Schwangerschaften erleben Schwangere jedoch häufig schwierige Gefühle und Gedanken. Depressive Symptome zeigten sich häufiger bei Müttern, deren Schwangerschaft ungeplant war im Vergleich mit geplanten Schwangerschaften (Muskens et al., 2022). Elterlicher Stress ist besonders hoch bei ungeplanten Schwangerschaften, vielen Paarkonflikten und wenig Engagement des/der Partner:in (Bahk et al., 2015). In solchen Fällen kann eine sensitive, informierte Beratung zentral sein. Die Art, wie Fachpersonen über das Thema sprechen, spielt eine Rolle. Frauen berichten z. B. eher über ihre Gefühle, wenn das Wort »ungeplante« statt »unerwünschte« Schwangerschaft benutzt wird (Moreau et al., 2014).

Auch bei gewünschten Schwangerschaften mischen sich Sorgen und Ängste in die Vorfreude. Was wird sich in meinem Leben verändern? Werde ich den Herausforderungen gewachsen sein? Wie werde ich als Mutter, werden wir als Eltern funktionieren? Wir sprechen vor allem im ersten Trimenon von der sogenannten Ambivalenzphase (Rhode & Dorn, 2007). Menschen, die sich schon lange ein Kind gewünscht haben, erschrecken über diese Fragen und zweifeln plötzlich an ihrer Entscheidung. Diese Unsicherheiten können durch hormonelle Veränderungen in der Schwangerschaft verstärkt werden, da diverse stimmungs- und stressrelevante Hormone um ein Vielfaches (bis zu 200-fach) erhöht sind – im Vergleich zu einer etwa sechsfachen Erhöhung im üblichen Menstruationszyklus (Hofecker Fallahpour, 2005). Schwangere Personen profitieren in dieser ersten Phase von einer Wissensvermittlung hinsichtlich dieser Veränderungen.

Das zweite Trimester gilt als das »Wohlfühltrimester« (Rhode & Dorn, 2007). In dieser Zeit haben sich viele Schwangere mit der bevorstehenden Elternschaft auseinandergesetzt und wichtige Fragen geklärt. Gleichzeitig sind die körperlichen Belastungen der Frühschwangerschaft wie z. B. Erbrechen meistens verflogen und die körperlichen Belastungen der Spätschwangerschaft kommen noch nicht so stark zum Tragen. Diese Phase bietet sich an, um Vorbereitungen hinsichtlich Geburt und Wochenbett zu treffen und Notfallpläne auszuarbeiten. Gab es in der Vergangenheit psychische Krisen? Wie ist die Person damals damit umgegangen? Was waren damals erste Warnsignale für eine psychische Belastung? Was sind individuelle Bewältigungsstrategien, wen kann die Person im Umfeld für Unterstützung heranziehen und ab wann lohnt es sich, professionelle Unterstützung heranzuziehen? Warnsignale, Strategien und Unterstützung sollten schriftlich festgehalten und zu den Geburtsvorbereitungsmaterialien gelegt werden. Solche Notfallpläne können für alle Schwangeren und deren Partner:innen hilfreich sein. Bei Personen mit psychiatrischer Vorgeschichte empfiehlt sich die Erarbeitung eines solchen Notfallplanes unbedingt. Es kann sich auch lohnen, Kontakt zu einer/einem Psychotherapeut:in aufzunehmen, damit bei Verschlechterungen schnell reagiert werden kann.

Meistens zeigen sich depressive Symptome bereits während der Schwangerschaft. Entgegen der geläufigen Bezeichnung »postpartale Depression« ist die Prävalenz depressiver Symptome vor der Geburt vergleichbar mit der nach der Geburt (Bennett et al., 2004; Okagbue et al., 2019). Es ist darum zentral, bereits während der

Schwangerschaft auf psychische Symptome zu achten. Hier bieten sich standardisierte Screenings mit validierten Fragebögen an. Dadurch können Eltern selbst feststellen, wie es um ihre psychische Gesundheit steht und bei Verschlechterungen reagieren. Stabile Werte im Fragebogen können helfen, um hilfreiche Strategien zu identifizieren und zu fördern. Sollte es Hinweise dafür geben, dass eine schwangere Person psychisch belastet ist, sollte nicht gewartet, sondern rasch eine passende professionelle Unterstützung organisiert werden. Bei psychischen Belastungen während der Schwangerschaft besteht ein hohes Risiko für eine Exazerbation nach der Geburt (Micali et al., 2011). Umgekehrt stehen die Chancen für eine rasche Symptomreduktion und Prävention potentieller Verschlechterungen nach der Geburt während der Schwangerschaft besonders gut (Green & Low, 2022). Im zweiten Trimester ist die Gelegenheit für den Beginn einer psychopharmakologischen Therapie außerdem besonders gut. Effekte auf die kindliche Entwicklung sind jetzt (je nach Medikament) nur noch geringfügig und im Vergleich dazu für die psychische Gesundheit der Mutter besonders günstig (Briggs et al., 2022).

Im dritten Trimester rücken Geburt und »Nestbau« immer mehr ins Zentrum. Körperliche Beschwerden nehmen zu und die schwangere Person ist weniger mobil. Wichtig kann zu diesem Zeitpunkt noch die Planung des Wochenbetts sein. Was sind die Bedürfnisse von Mutter und Partner:in in dieser Zeit? Wie viel Besuch wird wann gewünscht? Wer kann in der Zeit unterstützen, z. B. auch im Haushalt? Wie können Bedürfnisse dem Umfeld kommuniziert werden? Wann wird der/die Partner:in zu Arbeit zurückkehren und was stellen sich dann für Herausforderungen? Erfahrungsgemäß bleibt in dieser Zeit nicht mehr viel Raum für Psychotherapie im engeren Sinn. Bei bestehenden psychischen Problemen sollte spätestens jetzt das Behandlungsnetz bestehen und voneinander wissen. Es bietet sich an, eine entsprechende Schweigepflichtsentbindung einzuholen, so dass das Behandlungsnetz sich im Notfall austauschen kann. Von psychiatrischer Seite her wird empfohlen, das Behandlungsnetz (Gynäkolog:in, Hebammen, Geburtsklinik, Hausärzt:in etc.) über Diagnose, Warnsignale und Strategien sowie allfällige Pharmakotherapie zu informieren. Besonders wichtig sind Informationen über Konsequenzen psychischer Probleme auf die Geburt.

### 1.3.3 Fehl- und Totgeburten

Die Anzahl der Menschen, die mit Fehlgeburten konfrontiert sind, ist hoch. Jede sechste Schwangerschaft endet in einer Fehlgeburt (Quenby et al., 2021). Nur wenige Betroffene sprechen über Fehlgeburten, was das Gefühl verstärkt, damit alleine zu sein oder etwas falsch gemacht zu haben. Fehlgeburten erhöhen das Risiko für psychische Symptome wie Ängste, Depression und Stress (Quenby et al., 2021). Die meisten Betroffenen erleben Trauer, Selbstvorwürfe und Sorgen, die jedoch im Laufe der ersten Monaten nach der Fehlgeburt abnehmen (Nikevic et al., 2007). Bei etwa 10% der Betroffenen zeigen sich ein Jahr nach einer Fehlgeburt noch klinisch relevante depressive Symptome (Hung Lok et al., 2010). Darüber hinaus erleben Schwangere mit einer Fehlgeburt in der Vorgeschichte häufiger psychische Symptome in einer Folgeschwangerschaft (Devlin et al., 2016).

Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Erkrankungen nach Fehlgeburten sind eine psychiatrische Vorgeschichte, wenig soziale Unterstützung, keine lebenden Kinder, mangelndes Wissen über Fehlgeburten und deren Erklärung (Athey & Spielvogel, 2000). Beratende können also durch Informationsvermittlung und Aufbau von Unterstützung die psychische Belastung von Menschen nach Fehlgeburten reduzieren. Entsprechend zeigte eine Studie, dass spezifische psychologische Beratungsangebote zu einer schnelleren und stärkeren Reduktion von Sorgen, Selbstvorwürfen und Trauer bei Betroffenen im Zeitraum von vier Monaten führten (Nikevic et al., 2007). Eine australische Studie zeigte, dass mehr als die Hälfte der betroffenen Frauen keine Informationen über Fehlgeburten und Unterstützungsangebote erhielt, obwohl sie sich dies gewünscht hätten (Bilardi et al., 2021). Dabei zeigten schon kurze, psychoedukative Interventionen wie achtsamkeitsbasierte Verfahren eine Reduktion der psychischen Belastungen bei Frauen nach Fehlgeburten (Ni Wang et al., 2021). Zur Förderung der psychischen Gesundheit nach Fehlgeburten macht also eine niederschwellige psychologische Beratung Sinn – besonders bei psychisch vorbelasteten, kinderlosen und sozial isolierten Personen. Es empfiehlt sich außerdem eine Verlaufskontrolle nach einem Jahr, um bei Bedarf Betroffene mit entsprechender professioneller Hilfe zu versorgen.

Wenn ein Kind mit einem Gewicht von mindestens 500 mg tot geboren wird oder bei der Geburt verstirbt, sprechen wir von einer Totgeburt. Im Unterschied zu Fehlgeburten, die häufig in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft auftreten, ereignen sich Totgeburten häufig in der späten Schwangerschaft. Entsprechend ist die Nachricht für die Eltern ein Schock. Aufgrund der fortgeschrittenen Schwangerschaft muss eine Geburt erfolgen, mit allen Risiken und Herausforderungen. Bei einer Totgeburt ist das Risiko, innerhalb von vier Monaten nach der Geburt psychisch zu erkranken, 2,5-mal höher als bei einer Lebendgeburt (Lewkowicz et al., 2018). Die zeitnahe Behandlung ist zentral, denn die meisten Frauen werden nach einer Totgeburt innerhalb von etwa einem Jahr wieder schwanger (Roseingrave et al., 2022). Folgeschwangerschaften sind gekennzeichnet von mehr gynäkologischen Terminen, häufigeren Frühgeburten, Kaiserschnitten und mehr neonatalen Eintritts des Neugeborenen im Vergleich zu Schwangerschaften ohne Totgeburten in der Vorgeschichte.

Die Gründe für Totgeburten sind auch für Fachpersonen schwer fass- und bestimmbar. Betroffenen fehlen daher häufig Antworten und sie verbleiben mit starken Schuld- und Schamgefühlen (Cacciatore, 2013). Viele Mütter fühlen sich außerdem vom Umfeld entwertet, ausgegrenzt und erleben Schwierigkeiten in der Kommunikation des Erlebten gegenüber dem Umfeld (Pollock et al., 2021). Betroffene erleben häufig Druck, sich angepasst zu verhalten. So unterdrücken sie Trauer oder Wut und rationalisieren das Geschehene. Je stärker sich Betroffene verurteilen oder als verurteilt erleben, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie psychische Symptome entwickeln (Pollock et al., 2021). Leider erleben gerade Menschen mit einer psychiatrischen Vorgeschichte oft eine starke Verurteilung durch das Umfeld, was wiederum Selbstwert, soziale Unterstützung und die Trauerverarbeitung negativ beeinflusst.

Die Kommunikation durch das Gesundheitspersonal spielt hier eine wichtige Rolle (Actis Danna et al., 2023). Wir sollten Betroffenen vermitteln, dass Reaktionen

auf Verluste individuell und dass verschiedene Gefühle normal sind. Deren Ausdruck sollten wir offen annehmen, ohne die Gefühle direkt verändern zu wollen. Das Aushalten widersprüchlicher Emotionen ist zentral in der Begleitung von Menschen nach Verlusterlebnissen und gilt als heilsamer Faktor für Betroffene (Nurse-Clarke, 2020). Emotionale Unterstützung steht im Trauerprozess im Vordergrund (Ladhani et al., 2018). Eine auf 15 Studien basierende Metaanalyse ergab, dass psychosoziale Interventionen Depression, Angst und Trauer nach Totgeburten reduzieren können (Shaohua & Shorey, 2021), besonders, wenn diese rasch, feinfühlig und von in der Thematik geschulten Fachpersonen vermittelt werden (Fockler et al., 2017).

### 1.3.4 Geburt

Die Geburt kann bereits als solches als kritisches Lebensereignis verstanden werden. Gebärende begeben sich in eine meist unbekannte Situation mit ungewissem Ausgang. Sie geben ein beachtliches Ausmaß an Kontrolle an das Behandlungsteam ab und erleben sich auch häufig ihrem Körper in einem Ausmaß ausgeliefert, das mit wenigen anderen Erfahrungen vergleichbar ist. Unvorhersehbare und unkontrollierbare Situationen bergen immer ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung psychischer Symptome (Sinko et al., 2022). Entsprechend erleben viele Eltern nach der Geburt signifikanten posttraumatischen Stress (ca. 12% der Frauen und 1,2% der Männer) (Heyne et al., 2022). Andere Studien berichten, dass jede dritte Frau die Geburt als traumatisch beschreibt (Charmer et al., 2021). Das gilt in besonderem Maße für Personen, deren Vorgeschichte von Kontrollverlust und Ohnmacht gekennzeichnet war. Dazu gehören sexuelle Übergriffe und Vergewaltigungen sowie das Erleben von Gewalt in der Vergangenheit. Personen mit solchen Traumata in der Vorgeschichte bringen ein erhöhtes Risiko für eine Retraumatisierung durch die Geburt mit (Staudt et al., 2023). Im deutschsprachigen Raum hat mehr als jede dritte Frau mindestens einmal in ihrem Leben Gewalt erfahren (WHO, 2021; FRA, 2014); in großer Mehrheit durch männliche Täter im nahen Umfeld. Fast jede vierte Frau hat bereits ungewollte sexuelle Handlungen erlebt (Jans et al., 2019). Bei Frauen mit Flucht- oder Kriegserfahrung hat die überwältigende Mehrheit (ca. 80–90%) sexuelle Gewalt erlebt – abhängig von Fluchtroute und Herkunftsland (Cordel et al., 2022). Entsprechend hoch ist der Anteil der Frauen, bei denen ein hohes Risiko für eine Retraumatisierung durch die Geburt besteht.

Traumatisch erlebte Geburten gehen mit einem höheren Risiko für psychische Symptome nach der Geburt sowie einer potentiell schlechteren Entwicklung des Kindes einher (Sanjuan et al., 2021; Van Sielegheem et al., 2022). Es wäre also wichtig, dass im Behandlungsteam der Geburtshilfe eine Sensibilität gegenüber diesen Themen und ein Bewusstsein über das hohe Traumatisierungsrisiko vorhanden ist. Traumatische Erlebnisse sollten im Rahmen der Geburtsvorbereitung erhoben und das Behandlungsteam informiert werden. Idealerweise hat die Betroffene eine vertrauensvolle Beziehung zu einer Fachperson, mit der sie Trigger explorieren und entsprechende Vorkehrungen treffen kann. Zur Reduktion des Traumatisierungsrisikos können Situationen identifiziert werden, die das Behandlungsteam nach