

**Bachelorarbeit**

Risikofaktoren für das Auftreten einer  
posttraumatischen Belastungsstörung durch ein  
traumatisches Geburtserlebnis

---

**Vanessa Kälin, Salstrasse 92, 8400 Winterthur**

**Matrikelnummer: S08258501**

**Departement: Gesundheit**  
**Institut: Institut für Hebammen**  
**Studienjahr: 2008**  
**Eingereicht am: 20.05.2011**  
**Betreuende Lehrperson: Katrin Oberndörfer**



RISIKOFAKTOREN FÜR DAS AUFTRETEN EINER  
POSTTRAUMATISCHEN BELASTUNGSSTÖRUNG DURCH EIN  
TRAUMATISCHES GEBURTSERLEBNIS

BACHELORARBEIT

## Inhaltsverzeichnis

<b>Abstrakt</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Risikofaktoren für das Auftreten einer Posttraumatischen Belastungsstörung durch ein traumatisches Geburtserlebnis</b> .....	<b>2</b>
1.1 Allgemeine Situation.....	2
1.2 Bedeutung für die Hebammenarbeit.....	2
1.3 Fragestellung und Zielsetzung .....	4
<b>2 Methode</b> .....	<b>5</b>
2.1 Methodische Vorgehensweise .....	5
2.2 Abgrenzung.....	7
<b>3 Theoretischer Hintergrund</b> .....	<b>8</b>
3.1 Definitionen .....	8
3.1.1 Definition Trauma .....	8
3.1.2 Definition traumatisches Geburtserlebnis .....	9
3.1.3 Definition Risikofaktor .....	9
3.1.4 Definition Trigger .....	10
3.1.5 Definition Mutter-Kind-Bindung .....	10
3.2 Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).....	11
3.2.1 Definition.....	11
3.2.2 Geschichtlicher Hintergrund .....	11
3.2.3 Diagnosekriterien der posttraumatischen Belastungsstörung nach DMS-IV (2003) .....	12
3.2.4 Differentialdiagnosen .....	15
3.2.4.1 Akute Belastungsreaktion/- störung .....	15
3.2.4.2 Anpassungsstörung .....	15
3.2.4.3 Postpartale Depression (PPD) .....	15
3.2.5 Epidemiologie .....	16
3.2.6 Prävalenz.....	16
3.2.7 Verlauf und Prognose .....	17
3.2.8 Risikofaktoren .....	17
3.2.9 Therapie .....	19

<b>4 Darstellung der Resultate</b> .....	<b>20</b>
4.1 Resultate und Qualität der Studien .....	22
4.1.1 Die Evidenz der posttraumatischen Belastungsstörung in Bezug auf Vulnerabilität, Risikofaktoren und Behandlung .....	23
4.1.2 Die Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung infolge einer Geburt und mögliche Risikofaktoren.....	24
4.1.3 Das Auftreten einer chronischen posttraumatischen Belastungsstörung infolge einer Geburt und mögliche prä-, peri- und neonatale Variablen .....	25
4.1.4 Die Prävalenz und Risikofaktoren des posttraumatischen Stresssymptoms und der posttraumatischen Belastungsstörung.....	26
<b>5 Diskussion</b> .....	<b>27</b>
5.1 Zusammenfassung der Resultate .....	27
5.2 Kritische Beurteilung der Resultate .....	29
5.3 Ausblick Mutter-Kind-Bindung .....	31
5.3.1 Die Unterschiede im Bindungsaufbau.....	32
5.3.2 Die ersten Gefühle gegenüber dem Kind.....	32
5.3.3 Die späteren Gefühle gegenüber dem Kind.....	32
5.4 Theorie-Praxis-Transfer .....	33
5.5 Empfehlungen für die weitere Forschung.....	35
<b>6 Schlussfolgerung</b> .....	<b>36</b>
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>37</b>
<b>A Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>40</b>
<b>B Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>41</b>
<b>C Eigenständigkeitserklärung</b> .....	<b>42</b>
<b>D Wortzahl</b> .....	<b>42</b>
<b>E Danksagung</b> .....	<b>43</b>
<b>Anhang</b> .....	<b>44</b>

## Abstrakt

**Zielsetzung** Das Ziel dieser Arbeit ist, Risikofaktoren, welche eine posttraumatische Belastungsstörung infolge eines traumatischen Geburtserlebnisses begünstigen, zu analysieren.

**Methode** Die Hintergründe der posttraumatischen Belastungsstörung wird anhand von Fachliteratur beleuchtet. Weiter wurde zur Beantwortung der Fragestellung eine Literaturrecherche in verschiedenen Datenbanken durchgeführt und hieraus zwei Studien sowie zwei Reviews für den Hauptteil näher evaluiert.

**Resultate** Zu den präpartalen Risikofaktoren gehören vorbestehende psychische Probleme sowie Traumatisierungen, vorgängige Fehlgeburten, Nulliparität und Schwangerschaftskomplikationen. Peripartale Risikofaktoren sind regelabweichende Geburtsmodi, geburtshilfliche Interventionen, Schmerzen, mütterlicher Kontrollverlust, inadäquate Unterstützung oder Begleitung durch das medizinische Personal oder den Partner. Weiter zählen neuerworbene psychische Probleme nach der Entbindung, ein erhöhtes Stressniveau, fehlende Bewältigungsstrategien sowie Schuld- und Schamgefühle zu den begünstigenden postpartalen Risikofaktoren.

**Schlussfolgerung** Diese gesammelten Informationen zeigen die Notwendigkeit der Prävention und der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung auf. Die posttraumatische Belastungsstörung stellt in Industrie- wie auch in Entwicklungsländern eine Problematik dar.

Der Forschungsbereich der posttraumatischen Belastungsstörung ist relativ jung und die vorhandenen Studien sind durch kleine Stichproben, retrospektive Designs, unterschiedliche Methodik und unterschiedliche Untersuchungszeitpunkte limitiert. Weitere Studien auf diesem Gebiet sind nötig.

**Schlüsselwörter** Risikofaktoren, Trigger, posttraumatische Belastungsstörung, traumatisches Geburtserlebnis, traumatische Entbindung

# **1 Risikofaktoren für das Auftreten einer Posttraumatischen Belastungsstörung durch ein traumatisches Geburtserlebnis**

## **1.1 Allgemeine Situation**

Eine Geburt ist natürlich, einzigartig und eine Bereicherung im Leben einer Frau, so wird es zumindest von der Gesellschaft erwartet. Die Ängste vor der Geburt, die Ungewissheit und Erwartungen der Frauen sind jedoch ebenfalls wichtige Aspekte, welche eine Schwangerschaft und Geburt begleiten. Für die betroffenen Frauen ist es daher schwierig, wenn sie die Geburt als traumatisch erleben. Bloemeke (2010) geht noch weiter und sagt: „[...] So ist es nicht verwunderlich, dass es nach dem Höhenflug der vorgestellten Traumgeburt auch tiefe Stürze gibt, die als traumatische Geburtserlebnisse enden. [...]“ (S. 14) Ein traumatisches Geburtserlebnis kann für diese Frauen bedeuten, dass sie noch über eine längere Zeit nach der Entbindung mit immer wiederkehrenden Bildern und ihren belastenden Erfahrungen umgehen müssen. In Folge können psychische Krankheitsbilder wie die akute Belastungsreaktion, die Anpassungsstörung, die postpartale Depression oder die posttraumatische Belastungsstörung auftreten.

Laut Beck und Watson (2010) erfüllen 2% bis 21% der Frauen nach einem traumatischen Geburtserlebnis gewisse oder sogar alle Diagnosekriterien der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) gemäss dem Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen (DSM). Ebenfalls auffällig ist, dass psychische Erkrankungen die höchste Müttersterblichkeit in England nach sich zieht (Ayers, 2006). Leider konnten dazu keine vergleichbaren Statistiken in der Schweiz gefunden werden.

## **1.2 Bedeutung für die Hebammenarbeit**

Ein wichtiger Bereich in der Hebammenarbeit ist die gesundheitsfördernde Arbeit und die Verantwortung, zu einer gerechten Gesundheitsversorgung beizutragen. Die Gesundheit schliesst nicht nur physische und soziale Faktoren mit ein, sondern auch psychische Faktoren. Der Zustand völliger Gesundheit ist jedoch schwierig zu erreichen, da gerade psychische Faktoren vom subjektiven Befinden geprägt und daher relativ sind (Stahl, 2003). Um psychische Faktoren in die Hebammenarbeit zu integrieren, ist die Erhebung der Anamnese eine Möglichkeit, psychische Auffälligkeiten oder Erkrankungen bereits in der Schwangerschaft zu erfassen. Ebenso bietet die sanfte Geburtsbegleitung die Chance herauszufinden, ob Frauen traumatisiert sind. Weiter ist die umfassende Wochenbettbetreuung ausschlaggebend für die Geburtsverarbeitung. Sie bietet die Gelegenheit für

gemeinsame Gespräche, in denen der emotionale Zustand, das Wohlbefinden und die Gesundheit der Frauen erfasst werden können.

Die Wahrscheinlichkeit, in der Praxis mit einer traumatisierten Frau konfrontiert zu werden, ist gross. Laut den Untersuchungen von Stein et al. (1997, zit. nach Ehlers 1999) sind Frauen zu 74% mindestens einmal in ihrem Leben einem traumatischen Erlebnis ausgesetzt. Ein Krieg, Naturkatastrophen oder andere potentiell traumatische Erlebnisse wie die Geburt können auslösende Ereignisse sein. Die Schwierigkeit in der Praxis liegt darin, dass bei der Erhebung der Anamnese selten Fragen zu bereits bestehenden möglichen Traumen gestellt werden. Somit ist eine kompetente Begleitung während der Geburt erschwert und es ist nicht garantiert, dass die Frauen vor einer Retraumatisierung bewahrt werden oder dafür eine effektive Betreuung erlangen.

In der Praxis ist der Verfasserin mehrfach aufgefallen, dass Frauen auf der Wochenbettabteilung die Geburt ihres Kindes nicht nur als schönes Erlebnis beschrieben, sondern auch als schwierig, überfordernd, schrecklich, als Verlust der eigenen Kontrolle oder dem Ereignis ausgeliefert sein. Frauen zeigten Symptome wie Erschöpfung, Schlafstörungen, Überforderung, Selbstvorwürfe oder fehlende Akzeptanz des Erlebten. Für gewisse Frauen war es sichtlich schwierig, eine Bindung zu ihrem Kind aufzubauen, was sogar zu Stillproblemen führte oder die Frauen dazu bewegte, ihr Kind nicht zu stillen. Die Verfasserin stellte sich die Frage, welche Faktoren solche Reaktionen begünstigen.

Ein traumatisches Geburtserlebnis welches nicht beachtet wird, kann zu psychischen Erkrankungen, wie die akute Belastungsreaktion, die akute Anpassungsstörung, die postpartale Depression oder auch die posttraumatische Belastungsstörung, führen.

Der Verfasserin ist durch diese Erfahrung bewusst geworden, wie wichtig es ist, dass Hebammen mit psychischen Erkrankungen vertraut sind, da sie bei der Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbettbegleitung damit konfrontiert werden können.

### 1.3 Fragestellung und Zielsetzung

Der Fokus der vorliegenden Arbeit liegt auf den Risikofaktoren, welche eine Posttraumatische Belastungsstörung infolge eines traumatischen Geburtserlebnisses begünstigen. Die Erkennung von Risikofaktoren während der Präpartal-, der Peripartal- und der Postpartalperiode steht im Fokus dieser Arbeit.

Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit lautet:

**Welche Risikofaktoren begünstigen bei einem traumatischen Geburtserlebnis das Auftreten einer posttraumatischen Belastungsstörung?**

Mit Hilfe dieser Fragestellung werden Risikofaktoren ausgearbeitet, welche das Auftreten einer posttraumatischen Belastungsstörung infolge eines traumatischen Geburtserlebnisses begünstigen. Ebenfalls wird die Wichtigkeit der Prävention einer solchen Erkrankung aufgezeigt.

Da sich die vorliegende Arbeit mit einem frauenspezifischen Thema befasst, wird darauf verzichtet, die männliche Form zu verwenden.



## 2 Methode

Die Arbeit setzt ein medizinisches Basiswissen der Leserinnen voraus und richtet sich in erster Linie an angehende und diplomierte Hebammen sowie an medizinisches Fachpersonal aus dem gynäkologischen oder psychologischen Bereich. Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Literaturliteraturarbeit. Referenziert wurde diese Arbeit nach dem Format der American Psychological Association 6<sup>th</sup> Edition (2010).

### 2.1 Methodische Vorgehensweise

Die systematische Datenbankrecherche wurde vom September 2010 bis im Januar 2011 auf den Datenbanken Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL®), Cochrane Library, PsycINFO, PubMed und Medline durchgeführt. Um geeignete Studien zum Thema Risikofaktoren zu finden, wurden folgende Schlüsselwörter mit den Booleschen Operatoren OR und AND kombiniert: Risk factors OR predictors AND posttraumatic stress disorder.

Tabelle 1 zeigt die Schlüsselwörter und MeSH Begriffe, die verwendet wurden.

Tabelle 1

#### *Überblick der Schlüsselwörter und MeSH Begriffe*

Keyword Deutsch	Keyword Englisch	MeSH-Term
Risikofaktoren	Risk facotrs OR predictor	„Risk factor“ [MeSH]
Posttraumatische Belastungsstörung	Posttraumatic stress disorder	„Stress disorder, post-traumatic“ [MeSH]
Geburtserlebnis bzw. traumatisches Geburtserlebnis	Birth experience OR Traumatic birth OR Birth trauma OR Delivery OR Labor OR parturition	„Obstetric Labor Complications“ [MeSH] „Labor, Obstetric“ [MeSH] „Delivery, Obstetric“ [MeSH] „Parturition, Obstetric“ [MeSH]

Um die Suche einzuschränken, wurde mit den MeSH Begriffen birth experience OR traumatic birth OR birth trauma OR delivery OR labor OR parturition weiter eingegrenzt. Es resultieren eine überblickbare Anzahl Studien, nämlich 64 Treffer über OvidSP in der Medline ® und PsycINFO Datenbank, welche in Tabelle 2 ersichtlich sind.

Tabelle 2

*Überblick Datenbank Recherche Medline ® und PsycINFO*

Datum	Datenbank	# Nummer	Suchstrategie	Hits
17.1. 2010	Ovid Medline ® und PsycINFO	1	Risk factors	538541
		2	Predictors	126143
		3	1 OR 2	639308
		4	Posttraumatic stress disorder	25261
		5	Traumatic birth	89
		6	Birth experience	404
		7	Birth trauma	1003
		8	Delivery	297752
		9	Labor	102923
		10	Parturition	12440
		11	5 OR 6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10	385958
		12	3 AND 4 AND 11	64

Da jedoch wenige Studien den Fokus auf Risikofaktoren legen, wurde zudem eine gezielte Handsuche nach referenzierten Studien, die sich für die Arbeit als relevante Literatur vermuten liessen, gesucht. Anhand dieser Methode wurden 19 Studien gefunden, die nach dem Lesen der Abstracts geeignet erschienen.

Um die Aktualität der Daten zu gewährleisten, wurde eine zeitliche Einschränkung vorgenommen, in der sich die Suche auf die Zeitspanne von 2000 bis 2010 beschränkte. Es kristallisierten sich sechs Studien und fünf Reviews heraus. Da die Reviews vier der Studien integrierten, blieben noch zwei Studien übrig. Ebenfalls konnten drei Reviews ausgeschlossen werden, da sie den Fokus nicht auf die Risikofaktoren legten. Beck (2009) vergleicht in ihrer Review drei qualitative Studien untereinander und untersucht deren Auswirkungen in der Praxis. Callahan & Borja (2008) setzten den Fokus in ihrer Review auf die Messungen und befassen sich mit deren Möglichkeiten, eine Posttraumatische Belastungsstörung während der Geburtsperiode festzustellen. Elmir, Schmied, Wilkes & Jackson (2010) untersuchen in ihrer Review die Wahrnehmungen und Erfahrungen der Frauen, die ein traumatisches Geburtserlebnis durchgemacht haben.

Somit eigneten sich für die vorliegende Arbeit zwei Reviews und zwei qualitative Studien, welche aufgrund der Angaben im Abstract alle für die kritische Analyse verwendet werden konnten.

Die sekundäre Literatur wurde anhand von Diskussionen unter Berufskolleginnen und der referenzierten Studien gesucht. Es wurde Literatur aus den psychologischen, pflegerischen, gynäkologischen und geburtshilflichen Fachbereichen ausgewählt. Die zeitliche Einschränkung, welche bei den Studien vorgenommen wurde, wird hier nicht beachtet. Die Qualität der verwendeten quantitativen Studien sind in der vorliegenden Arbeit mit Hilfe des Evidenzlevels nach Stahl (2008) überprüft worden. Dazu ist für jede Studie eine Matrix angelegt worden, in welcher Erkenntnisse zur Stichprobe, Design/Methode, Datensammlung, Analyse, Resultate sowie die Bedeutung für die eigene Fragestellung festgehalten wurden. Die Studien bzw. Reviews wurden nach Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch, und Westmorland, (1998) und Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman und The PRISMA Group (2009) beurteilt.

## **2.2 Abgrenzung**

Die Zielsetzung dieser Arbeit umfasst ausschliesslich die Risikofaktoren, die eine posttraumatische Belastungsstörung infolge eines traumatischen Geburtserlebnisses begünstigen. Die vorliegende Arbeit bezieht unterschiedliche Kulturen ein und integriert daher Beiträge aus der englischen und deutschen Literatur. Frauen mit pathologischen Schwangerschaften, spontane oder indizierte Schwangerschaftsabbrüche oder Frauen, deren Kinder durch den Ultraschall diagnostizierte Fehlbildungen aufweisen, werden ausgeschlossen. Frauen, die bereits vor der Schwangerschaft traumatisiert sind oder psychologische Erkrankungen aufweisen, können leider nicht ausgeschlossen werden, da es kaum Studien gibt, die diesen Aspekt ausschliessen. Weiter werden Nulli- wie auch Multiparae in der vorliegenden Arbeit berücksichtigt. Der Vater bzw. Partner und die Beziehung zum Partner werden ausgeschlossen.

### 3 Theoretischer Hintergrund

Dieser Teil soll dazu dienen, einen Überblick über den theoretischen Hintergrund der posttraumatischen Belastungsstörung zu geben. Es werden Definitionen geliefert, der Bezug zum DSM-IV hergestellt und die darin formulierten Diagnosekriterien und deren Symptome beschrieben. Weiter wird auf die Differentialdiagnosen wie die akute Belastungsreaktion/-störung und die Anpassungsstörung eingegangen. Ebenfalls wird die Abgrenzung zu anderen Angststörungen und Depressionen, wie der postpartalen Depression gezogen, da diese psychiatrische Diagnose eine wichtige Erkrankung in der Geburtshilfe ist. Anschliessend wird kurz die Epidemiologie, die Prävalenz, der Verlauf und die Prognose der posttraumatischen Belastungsstörung bearbeitet. Um einen Vergleich zu den wissenschaftlichen Studien ziehen zu können, werden in diesem Arbeitsteil die in der Literatur genannten Risikofaktoren aufgeführt. Schliesslich werden die Therapiemöglichkeiten diskutiert.

#### 3.1 Definitionen

##### **3.1.1 Definition Trauma**

Um das traumatische Geburtserlebnis sinnvoll und logisch erklären zu können, wird vorab das Trauma definiert.

Der Begriff „Trauma“ ist weit verbreitet und wird umgangssprachlich als eine seelische Erschütterung verstanden. Die Bezeichnung „Trauma“ stammt ursprünglich aus dem Griechischen und bedeutet „Wunde“ (Pschyrembel, 2011).

Im Pschyrembel (2011) wird das Trauma wie folgt definiert:

„Bezeichnung für ein äusserst belastendes Ereignis, das durch Konfrontation mit drohendem oder tatsächlichem Tod, ernsthafter Verletzung oder Gefährdung der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen und in der Regel durch intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen gekennzeichnet ist.“ (Abs. 2)

### **3.1.2 Definition traumatisches Geburtserlebnis**

Die Definition des traumatischen Geburtserlebnisses schliesst einige Aspekte der Definition einer posttraumatischen Belastungsstörung nach dem Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen ein.

Beck und Watson (2010, zit. nach Beck, 2004a) definieren das traumatische Geburtserlebnis wie folgt:

„Ein Ereignis, welches während der Geburt oder des Geburtsvorganges durch tatsächliche oder drohende schwerwiegende Verletzungen für das Kind und/oder die Mutter oder sogar bis zum Eintreten des Todes der Mutter oder ihres Kindes verursacht wird. Die Gebärende erfährt grosse Angst, Hilflosigkeit, Kontrollverlust oder Panik.“ (S. 241)

### **3.1.3 Definition Risikofaktor**

Risikofaktoren können soziologische, genetische, psychologische oder medizinische Eigenschaften umfassen. Es ist selten, dass nur einzelne Risikofaktoren vorkommen. In Untersuchungen lassen sich häufig Zusammenhänge zwischen verschiedenen Risikofaktoren analysieren, welche das Auftreten verschiedener akuter oder chronischer Krankheiten begünstigen (Pschyrembel, 2011).

Im Pschyrembel (2011) findet sich folgende Definition:

„Merkmal, das zeitlich vor dem Auftreten oder Nichtauftreten des untersuchbaren Outcomes (z.B. Depression, Angststörung) liegt und für das nachgewiesen werden kann, dass bei dessen Vorliegen im Vergleich zu dessen Nicht-Vorliegen das Risiko für den späteren Outcome nachweislich statistisch erhöht ist.“ (Definition, Abs. 2)

Risikofaktoren lassen sich in drei Gruppen einteilen, die variablen Risikofaktoren, die nicht variablen Risikofaktoren und die kausalen Risikofaktoren. Unter den variablen Risikofaktoren werden sich verändernde oder beeinflussbare Faktoren verstanden wie das Alter oder das Gewicht. Die nicht variablen Risikofaktoren sind nicht veränderliche Faktoren wie das Geschlecht oder das Geburtsjahr. Unter den kausalen Risikofaktoren werden variable Risikofaktoren verstanden, welche veränderbar sind und bei denen nachgewiesen werden kann, dass die Veränderung den folgenden Outcome wahrscheinlich beeinflusst (Pschyrembel, 2011).

### **3.1.4 Definition Trigger**

Im Pschyrembel (2011) wird das Wort „Trigger“ als ein Ereignis definiert, das ein anderes Ereignis oder eine Ereigniskette auslöst, wie eine psychische Störung oder Krankheit. Es wird ein Anstoss gegeben, der eine Störung hervorruft, nicht aber die Ursache ist.

### **3.1.5 Definition Mutter-Kind-Bindung**

Die Mutter-Kind-Bindung wird in der angewandten Psychologie auch Mutter-Kind-Beziehung genannt. In der vorliegenden Arbeit wird jedoch der Begriff „Mutter-Kind-Bindung“ verwendet.

Ein Trauma bzw. die posttraumatische Belastungsstörung kann die Mutter-Kind-Bindung beeinflussen. Der aktuelle Forschungsstand besagt, dass das Band zwischen Mutter und Kind bereits in der Schwangerschaft entsteht und das Kind sensibel auf die Gefühle und die Stimmungslage der Mutter reagiert (Zimmer, 1998). Um die Auswirkungen eines traumatischen Geburtserlebnisses zu verstehen, wird in diesem Abschnitt die Definition für die Mutter-Kind-Bindung geliefert.

Die Mutter-Kind-Bindung lässt sich in Anlehnung an die Eltern-Kind-Beziehung als die Beziehung, die eine Mutter zu ihrem Kind aufbaut, welche die Voraussetzung für eine positive sozial-emotionale Entwicklung des Kindes darstellt, definieren (Pschyrembel, 2011). John Bowlby beschreibt 1957 erstmals die Bindungstheorie wie folgt:

„nach welcher der Säugling mit einem angeborenen, zum Überleben wichtigen Verhalten (Bindungsverhalten) ausgestattet ist, das bei der Bezugsperson fürsorgliches Verhalten auslöst und so das Eingehen einer sozialen Beziehung ermöglicht; dies gelingt mit Verhaltensweisen, die bei Mangel an Schutz oder Nähe aktiviert werden (Weinen, Klammern, Hinterherlaufen, Suchen) mit dem Ziel, Nähe und Kontakt zu den Bezugspersonen herzustellen bzw. aufrechtzuerhalten, um ein Gefühl von Sicherheit zu erlangen.“ (Pschyrembel, 2011, Definition, Abs. 1)

## 3.2 Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

### 3.2.1 Definition

Im Pschyrembel (2011) wird die posttraumatische Belastungsstörung als eine „psychische Störung nach einem extrem belastenden Ereignis (Trauma, z.B. Folter, Vergewaltigung, Unfall, Katastrophe), die mit starker Furcht und Hilflosigkeit einhergeht und frühestens ein Monat nach dem Trauma diagnostiziert werden kann“, beschrieben. (Abs. 2)

### 3.2.2 Geschichtlicher Hintergrund

Seelische Verletzungen bzw. darauf folgende psychische Erkrankungen sind herausragende Phänomene, welche schon immer die Aufmerksamkeit der Menschen auf sich zogen. Zwei verschiedene Ansätze in der Geschichte erklären das Auftreten einer psychischen Störung, nämlich die Naturgeschichte und die Wissenschaftsgeschichte (Fischer und Riedesser, 2009).

Der naturgeschichtliche Ansatz bezieht sich auf die Menschheit, die kulturellen Gebräuche, Rituale und Sitten. Die naturgeschichtliche Forschung befasst sich laut Fischer et al. (2009) mit folgenden Fragen: „Wie sind die Menschen in ihrer Geschichte und im interkulturellen Vergleich mit psychischer Traumatisierung umgegangen? Wie haben sie das Phänomen und die Folgen zu beschreiben versucht und welche natürlichen, „intuitiven“ Massnahmen haben sie gegen Traumata entwickelt?“ Durch Trauerrituale werden bei verschiedenen Völkern der Umgang mit einer Notsituation und einer möglichen Traumatisierung verarbeitet. Immer wieder finden sich Beschreibungen verschiedener Arten von Traumatisierungen in künstlerischen Werken von Dichtern, Schriftstellern oder anderen kreativen Menschen.

Im Gegensatz dazu steht der Ansatz der Wissenschaftsgeschichte. Diese Betrachtungsweise beschäftigt sich mit Reflexionen, Klassifikationsversuchen und systematischer Forschung. Beide Ansätze müssen jedoch unter Berücksichtigung der Sozialgeschichte und deren Zusammenhang betrachtet werden.

Eine wesentliche Rolle spielen historische Ereignisse wie der erste und zweite Weltkrieg, wodurch sich die Psychiatrie mit verschiedenen psychischen Störungen, wie zum Beispiel den Kriegsneurosen, befassen musste. Ebenso einschneidend war der Vietnamkrieg. Viele ehemalige Soldaten entwickelten psychopathologische Auffälligkeiten, wodurch immer mehr detailliertes Wissen bezüglich Kriegssituatio-

nen und der Verarbeitung traumatischer Erlebnisse gesammelt werden konnte. In dieser Zeit wurde erstmals das „posttraumatische Stresssyndrom“ (Posttraumatic Stress Disorder, PTDS) formuliert. Weiter haben Naturkatastrophen oder soziale Bewegungen wie die Arbeiter- oder die Frauenrechtsbewegung zu fundiertem und detailliertem Wissen beigetragen (Fischer et al., 2009).

1980 ist in der dritten Ausgabe des Diagnostischen und Statistischen Manuals der nordamerikanischen psychiatrischen Gesellschaft (DSM-III) erstmals die posttraumatische Belastungsstörung als Diagnose definiert worden.

Im Laufe der Jahre haben sich die einzelnen Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung verändert. Die Voraussetzung, dass ein traumatisches Ereignis vorausgegangen sein muss, blieb jedoch bestehen.

### ***3.2.3 Diagnosekriterien der posttraumatischen Belastungsstörung nach DMS-IV (2003)***

Durch die verwendeten Studien in dieser Arbeit wird lediglich die Definition nach dem Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen verwendet, wobei auf die analoge Definition der zehnten Auflage der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10, Kapitel V, Forschungskriterien) verzichtet wird.

Die Tabelle 3 zeigt die Diagnosekriterien der PTBS gemäss Fischer et al. (2009, zit. nach DSM-IV).



Tabelle 3

## Diagnostische Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV

A	B	C	D	E	F
Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:	Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wieder erlebt:	Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:	Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:	Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B., C. und D.) dauert länger als einen Monat.	Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
<p>1. Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.</p> <p>2. Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.</p>	<p>1. Wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können.</p> <p>2. Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis.</p> <p>3. Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschliesslich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten).</p>	<p>1. Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,</p> <p>2. bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,</p> <p>3. Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,</p>	<p>1. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen,</p> <p>2. Reizbarkeit oder Wutausbrüche,</p> <p>3. Konzentrationschwierigkeiten,</p>		

## Fortsetzung Tabelle 3

*Diagnostische Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV*

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <p><b>4.</b> Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.</p> | <p><b>4.</b> deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,</p>                                 | <p><b>4.</b> übermässige Wachsamkeit (Hypervigilanz),</p> |
| <p><b>5.</b> Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.</p>         | <p><b>5.</b> Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,</p>   | <p><b>5.</b> übertriebene Schreckreaktion.</p>            |
|  | <p><b>6.</b> eingeschränkte Bandbreite des Affektes (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),</p>                           |   |
|  | <p><b>7.</b> Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben).</p> |   |

Bestimme, ob:

Akut: wenn die Symptome weniger als drei Monate andauern.

Chronisch: wenn die Symptome mehr als drei Monate andauern.

Bestimme, ob:

Mit verzögertem Beginn: wenn der Beginn der Symptome mindestens sechs Monate nach dem Belastungsfaktor liegt [...].“ (S.21- 27)

### **3.2.4 Differentialdiagnosen**

#### **3.2.4.1 Akute Belastungsreaktion/- störung**

Diese Diagnose tritt innerhalb weniger Minuten oder gegebenenfalls weniger Tage nach der Traumatisierung auf. Es liegt eine Traumatisierung jeglicher Art, wie ein schwerer Unfall, eine Naturkatastrophe, eine Vergewaltigung oder andere physische oder psychische Gewalteinwirkungen vor. „Desorientiertheit, subjektive Betäubtheit, Umhergehen, Angst, Verzweiflung, Wut und vegetative Symptome“ sind laut Oberndörfer (2007, S. 67) mögliche Folgeerscheinungen, die auftreten können. Ein wesentlicher Unterschied zur PTBS ist die vorübergehende akute Symptomatik und das spontane Abklingen innerhalb weniger Tage. Das DMS-IV legt ein Hauptaugenmerk auf die dissoziative Reaktion, wobei die Symptome mindestens zwei Tage dauern und maximal nach vier Wochen wieder abklingen müssen. Ansonsten ist die Diagnose einer PTBS zu stellen (Siol et al., 2004 und Oberndörfer, 2007).

#### **3.2.4.2 Anpassungsstörung**

Die Anpassungsstörung ist ein Oberbegriff für das Auftreten psychischer Symptome und Verhaltensstörungen nach einer psychosozialen Belastung. Ein Trauerfall, eine Trennung, ein Arbeitsverlust, eine Emigration oder eine schwere körperliche Erkrankung, können mögliche Stressoren dieser Diagnose sein. Es können psychische Begleitsymptome wie Ängste, Schlafstörungen und Gereiztheit über längere Zeit auftreten. Diese Diagnose kann gestellt werden, wenn nicht alle Diagnosekriterien einer PTBS erfüllt werden. Es ist anzumerken, dass die Anpassungsstörung – im Gegensatz zu einer PTBS – weniger akut ist (Ehlers, 1999 und Rohde und Dorn 2007).

#### **3.2.4.3 Postpartale Depression (PPD)**

Die ersten Symptome der PPD treten oftmals in den ersten drei Monaten nach der Entbindung auf. Mögliche Symptome sind häufiges Weinen, Reizbarkeit, Wut, Schlafstörungen, Müdigkeit, Erschöpfung, Energiemangel, Denk- und Konzentrationsprobleme, Antriebsmangel, motorische Verlangsamung, Suizidgedanken, Veränderungen des Appetits und Ängste. Es werden auch körperliche Symptome beschrieben wie Kopfschmerzen, Magenschmerzen, Atembeschwerden, Schwindel und andere psychosomatische Beschwerden. Ebenso können auch zwanghafte Handlungen oder Gedanken auftreten, ebenfalls kann es zu Vermeidungsverhalten kommen. Betroffene Frauen gehen beispielsweise nicht mehr

spazieren, weil sie ständige Gedankenzwänge haben, dass ihrem Kind etwas passieren könnte. Auch diese Diagnose kann durch ein traumatisches Ereignis, wie zum Beispiel ein negatives oder traumatisches Geburtserlebnis, verursacht werden (Weimer, 2007).

### **3.2.5 Epidemiologie**

Die epidemiologischen Angaben zeigen, dass traumatische Ereignisse keine Seltenheit sind. Eine grosse Anzahl der betroffenen Menschen leben in Entwicklungsländern, da diese öfter gewalttätigen Konflikten und Naturkatastrophen ausgesetzt sind als Menschen in Industrieländern. Die Folge solcher Ereignisse können schwerwiegende Traumatisierungen sein, einerseits für die Betroffenen und andererseits für die Hinterbliebenen (Siol, Flatten & Wöller, 2004). Weiter ist zu beachten, dass die bislang verwendeten epidemiologischen Daten meist aus den USA stammen, welche sich nach dem DSM orientiert. Daher lassen sich lediglich Annahmen über die Angaben in weiteren Ländern machen und ob sich die Zahlen auf die ICD-10 Kriterien übertragen lassen (Ehlers, 1999).

### **3.2.6 Prävalenz**

Gemäss einer Studie von Kessler et al. (1995, zit. nach Ehlers, 1999) liegt die Lebenszeitprävalenz der PTBS bei 8%. Interessant ist, dass mehrere Studien belegen, dass Frauen doppelt so häufig an einer PTBS erkranken wie Männer. Erklärungsversuche sagen, es liege daran, dass Frauen häufiger schwerwiegenden, traumatischen Erlebnissen ausgesetzt sind als Männer. Dazu zählen Vergewaltigung oder Kindesmisshandlung. Ebenfalls ist bei Kindern und Jugendlichen eine vergleichbare Häufung festgestellt worden (Ehlers, 1999).

### **3.2.7 Verlauf und Prognose**

Die Symptome einer PTBS treten meistens kurze Zeit nach dem traumatischen Ereignis auf. Lediglich bei etwa 11% der Betroffenen treten die Symptome zu einem späteren Zeitpunkt auf. Rund 50% der Erkrankten genesen im ersten Jahr nach dem traumatischen Ereignis ohne Behandlung wieder. Laut Kessler et al. (1995, zit. nach Ehlers, 1999) ist ein chronischer Verlauf lediglich bei einem Drittel der betroffenen Personen zu erwarten. Zu Beginn auftretende, schwere Symptome erhöhen das Risiko für einen schweren Verlauf einer posttraumatischen Belastungsstörung.

### **3.2.8 Risikofaktoren**

Laut Siol et al. (2004) lassen sich die Risikofaktoren in drei Gruppen einteilen, die objektiven, die subjektiven und die individuellen Risikofaktoren. Die Anamnesenerhebung wäre nach dieser Einteilung eine hilfreiche Ausgangslage, um die psychologische Situation der Frauen besser einschätzen zu können.

Weiter gehen Fischer et al. (2009) davon aus, dass das Zusammenwirken mehrerer Risikofaktoren nicht linear verläuft. Die Wahrscheinlichkeit ein psychisches Störungsbild zu entwickeln, erhöht sich bei zwei der vorliegenden Faktoren um das Vierfache.

Die drei Gruppen, eingeteilt nach Siol et al. (2004), werden in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4

*Überblick der Risikofaktoren gemäss Siol et al. (2004) und Fischer et al. (2009)*

<b>Objektive Risikofaktoren</b> (Siol et al., 2004, S.53- 54)	<b>Subjektive Risikofaktoren</b> (Siol et al., 2004, S.53- 54)	<b>Individuelle Risikofaktoren</b> (Siol et al., 2004, S.53- 54)	<b>Potenziell traumatische Situationsfaktoren</b> (Fischer et al., 2009, S.162, zit. nach Egle et al., 1996, S. 19)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Art, Intensität und Dauer des traumatischen Ereignisses</li> <li>• Wiederholtes Ausgesetztsein</li> <li>• Ausmass der physischen Verletzung</li> <li>• Durch Menschen verursachte Traumatisierung (Verbrechen, Unfälle)</li> <li>• Intentionalität</li> <li>• Irreversibilität der erlittenen Verluste</li> <li>• Höhe der materiellen Schädigung</li> <li>• Ständiges Erinnert werden an das Geschehen (Triggerung)“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Unerwartetes Eintreten des traumatischen Ereignisses</li> <li>• Geringer Grad der eigenen Kontrolle über das Geschehen</li> <li>• Schulterleben</li> <li>• Ausbleiben fremder Hilfe“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Zugehörigkeit zu einer sozialen Randgruppe</li> <li>• Niedriger sozioökonomischer Status</li> <li>• Mangelnde soziale Unterstützung</li> <li>• Psychische oder körperliche Vorerkrankungen</li> <li>• Familiäre Vorbelastung mit traumatischen Erfahrungen“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Niedriger sozioökonomischer Status der Herkunftsfamilie</li> <li>• Mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr</li> <li>• Schlechte Schulbildung der Eltern</li> <li>• Grosse Familien und sehr wenig Wohnraum</li> <li>• Kontakte mit Einrichtungen der „sozialen Kontrolle“</li> <li>• Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils</li> <li>• Chronische Disharmonie</li> <li>• Unsicheres Bindungsverhalten nach dem 12./18. Lebensmonat</li> <li>• Psychische Störungen der Mutter oder des Vaters</li> <li>• Alleinerziehende Mutter</li> <li>• Autoritäres väterliches Verhalten</li> <li>• Verlust der Mutter</li> <li>• Häufig wechselnde Beziehungen</li> <li>• Sexueller und/ oder aggressiver Missbrauch</li> <li>• Schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen</li> <li>• Ein Altersabstand zum nächsten Geschwister von unter 18 Monaten</li> <li>• Uneheliche Geburt“</li> </ul>

### **3.2.9 Therapie**

Die Therapie bzw. Behandlung der PTBS liegt nicht im Aufgabenfeld einer Hebamme. Trotzdem wird im diesem Arbeitsteil kurz darauf eingegangen, um einen Überblick über mögliche Therapien zu geben.

Die posttraumatische Belastungsstörung erfordert eine komplexe Behandlung, da sich die Symptomatik auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene abspielt und zudem kulturen- und personenabhängig ist. Aktuell gibt es eine Reihe von Therapiemöglichkeiten, die durch verschiedene Modelle und Konzepte geprägt sind und noch erprobt werden. Es wird jedoch seit etwa zehn Jahren evidenzbasiert geforscht und an verschiedenen Vergleichs- und Kontrollstudien gearbeitet. Der grösste Teil der Forschung wurde bislang an selektierten Patientengruppen in den USA betrieben (Flatten, Reddemann, Wöller & Hofmann, 2004).

Faltten et al. (2004) erwähnen mögliche Behandlungsansätze wie das psychodynamische Therapieverfahren, das imaginative Verfahren, das kognitive-behaviorale Therapieverfahren, die EMDR Traumatherapie (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), die hypnotherapeutischen Techniken, die Gruppentherapie, die Pharmakotherapie und die Körpertherapie bzw. künstlerische Therapie.

Allgemein empfehlen Flatten et al. (2004), dass das therapeutische Vorgehen den Aspekten Stabilisierung, Traumabearbeitung und Rehabilitation bzw. Reintegration folgen sollte. Diese Unterscheidung ergibt sich aus der oben genannten Vielschichtigkeit, die eine Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung verfolgt.

Individuelle Ressourcen und die Berücksichtigung von Schutzfaktoren sind wichtige Aspekte im Behandlungsplan. Ebenso wichtig sind die soziale Unterstützung der Betroffenen und der individuelle Zeitbedarf. Eine Behandlung kann sich über Wochen oder auch Monate ziehen, dies lässt sich auch durch die verschiedenen Arten von Traumatisierungen erklären. Im Allgemeinen ist die Stabilisierung ein Ziel bei der Traumabearbeitung, sowohl in der Akutphase als auch bei der Vorbereitung einer traumabearbeitenden Therapie. Es lassen sich keine allgemein gültigen Aussagen machen, welches Therapieverfahren am effektivsten ist. Die Versorgungsmöglichkeiten sind dem derzeitigen Kenntnisstand des Krankheitsbildes und den Versorgungsstrukturen angepasst (Flatten et al., 2004).

#### **4 Darstellung der Resultate**

Bis zum heutigen Zeitpunkt existiert eine überschaubare Anzahl Studien zur Thematik, welche Risikofaktoren das Auftreten einer posttraumatischen Belastungsstörung nach einem traumatischen Geburtserlebnis begünstigen. In dieser Arbeit werden lediglich Studien und Reviews, welche von der Definition der posttraumatischen Belastungsstörung gemäss DSM-IV ausgehen, verwendet.

Die vier ausgewählten Reviews und Studien wurden mehrmals durchgelesen und kritisch analysiert. Zur Übersicht wurden die untersuchten Arbeiten in Matrixtabellen zusammengefasst und die wichtigsten Punkte, welche im Anhang ersichtlich sind, festgehalten. Im nachfolgenden Arbeitsteil werden die Resultate der einzelnen Studien beschrieben und mit einer Qualitätsbeurteilung ergänzt. In Tabelle 5 werden die ausgewählten Reviews und Studien in einem ersten Überblick erfasst.



Tabelle 5

*Überblick der Hauptstudien*

Nr.	Autoren	Jahr	Land	Design	Erfassungsmethode	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchungszeitpunkt</li> <li>• Alter</li> </ul>	Grösse Stichprobe	Evidenz- level
#1	Ayers	2004	England	Systematisches Review	Keine Angaben	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frauen 0 (gerade nach der Geburt)-14 Monate postpartal</li> <li>• Keine Angaben</li> </ul>	Keine Angaben	3
#2	Adewuya, Ologun & Ibigbami	2006	Nigeria	Quantitativ Retrospektive Querschnittsstudie	Standardisierter Fragebogen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frauen 6 Wochen postpartal</li> <li>• 25.98 Jahre</li> </ul>	N= 876	3
#3	Maggioni, Margola & Filippi	2006	Italien	Quantitativ Prospektive Längsschnittstudie	Standardisierter Fragebogen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frauen in SS (38-42 SSW) und 3- 6 Monate postpartal</li> <li>• 33 Jahre</li> </ul>	N= 93	3
#4	Olde, Van der Hart, Kleber & Van Son	2006	Niederlande	Systematisches Review	Keine Angaben	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frauen 1- 13 Monate postpartal</li> <li>• Keine Angaben</li> </ul>	Keine Angaben	3

#### 4.1 Resultate und Qualität der Studien

Die vier bearbeiteten Studien und Reviews wurden in englischer Sprache publiziert. Die beiden Reviews stammen aus England und den Niederlanden, die zwei Studien aus Nigeria und Italien. Sie wurden in den Jahren 2004 und 2006 in verschiedenen gynäkologischen und psychologischen Fachzeitschriften publiziert. Es handelt sich um zwei systematische Übersichtsarbeiten und zwei quantitative Studien.

Das Design der beiden Studien umfasst eine Querschnittsstudie und eine Längsschnittstudie. Die zwei vorliegenden Reviews sind systematische Übersichtsarbeiten ohne Metaanalyse.

Die ausgewählten quantitativen Studien weisen Stichproben von 93 und 876 Teilnehmerinnen auf. In den beiden Reviews lassen sich wegen der Heterogenität der berücksichtigten Studien keine Angaben über die Stichprobengrösse machen.

In beiden Studien sowie in den zwei Reviews wurden Multiparae eingeschlossen.

Die Daten der Teilnehmerinnen in den zwei quantitativen Studien wurden retrospektiv und prospektiv gesammelt.

Bei Olde et al. (2006) und Ayers (2004) wurden keine ethischen Anforderungen dokumentiert. Maggioni et al. (2006) und Adewuya et al. (2006) holten bei den Teilnehmerinnen eine Einwilligung ein, erstere taten dies in schriftlicher Form.

Bei der Analyse wurde der Schwerpunkt auf die Risikofaktoren und auf die Merkmale der Frauen gelegt.

Anschliessend werden die Resultate der verwendeten Studien beschrieben und präsentiert.

#### **4.1.1 Die Evidenz der posttraumatischen Belastungsstörung in Bezug auf Vulnerabilität, Risikofaktoren und Behandlung**

Das Ziel der Review von Ayers (2004) ist, die Evidenz der posttraumatischen Belastungsstörung nach einem traumatischen Geburtserlebnis zu untersuchen. Das Augenmerk liegt auf der Vulnerabilität, den Risikofaktoren und der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung.

Angaben bezüglich der Anzahl der untersuchten Studien sowie die methodische Vorgehensweise, die Kriterienauswahl der Literatur, ethische Aspekte und eine kritische Analyse fehlen in der Review.

Ein Drittel der Frauen empfanden die Geburt ihres Kindes als traumatisch. 0.8% bis 6.9% der Frauen zeigten Symptome einer PTBS infolge der Geburt und bei 10% der Frauen wurden Symptome einer akuten Stressreaktion (acute stress disorder, ASD) festgestellt. Die Daten sind jedoch schwer vergleichbar, weil die Datensammlung retrospektiv und anhand von Querschnittsstudien erfolgte. Durch dieses Studiendesign wurden die bereits bestehenden posttraumatischen Belastungsstörungen nicht ausgeschlossen. Zu den präpartalen Risikofaktoren zählen bereits bestehende psychische Probleme. Demographische Faktoren sowie ein tiefer sozioökonomischer Status beeinflussen das Auftreten einer akuten Stressreaktion, nicht aber das Auftreten einer PTBS.

Regelabweiche Geburtsmodi wie instrumentelle Geburtsbeendigungen oder Notfallsectiones sind peripartale Risikofaktoren, die sowohl das Auftreten einer PTBS wie auch das Auftreten einer akuten Stressreaktion begünstigen. Ein weiterer Risikofaktor ist der Schmerz peri- und postpartal. Die mangelnde Unterstützung durch den Partner sowie durch das medizinische Personal stellen ebenfalls einen Trigger dar. Weiter sind inadäquate Informationen und das Gefühl, nicht verstanden zu werden, mögliche Risikofaktoren für das Auftreten einer akuten Stressreaktion oder einer PTBS. Es muss beachtet werden, dass die Einschätzung subjektiv ist und somit von der betroffenen Frau abhängig. Allgemein lässt sich sagen, dass ein geringerer Medikamenteneinsatz peripartal zu positiveren Geburtserlebnissen führt. Die postpartalen Risikofaktoren wurden bisher kaum erforscht. Es konnten lediglich Tendenzen gefunden werden, dass Stress, geringe Unterstützung, Schuld- und Schamgefühle mögliche Risikofaktoren sein könnten.

#### **4.1.2 Die Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung infolge einer Geburt und mögliche Risikofaktoren**

Die Studie von Adewuya, Ologun und Ibigbami (2006) hatte das Ziel, die Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung infolge einer Geburt in einer Gruppe von 876 nigerianischen Frauen postpartal aufzuzeigen. Weiter sollten mögliche Risikofaktoren für eine PTBS analysiert werden.

Die teilnehmenden Frauen wiesen ein Durchschnittsalter von 25.98 Jahren auf und waren mehrheitlich verheiratet. Im Durchschnitt hatten die Frauen 2.79 Kinder. Rund 15% wurden ungewollt schwanger, wobei 22.9% der 876 teilnehmenden Frauen keine Schwangerschaftskontrollen hatten. 8% mussten wegen Komplikationen während der Schwangerschaft hospitalisiert werden. 90% der befragten Frauen gebaren ihre Babys in einer medizinischen Einrichtung oder einem Missionshaus. Eine vaginale spontane Entbindung war für 71.9% möglich. Bei den übrigen Teilnehmerinnen wurden instrumentelle Geburtsbeendigungen, primäre oder sekundäre Sectiones durchgeführt. 64% der Frauen gebaren ihre Babys ohne medikamentöse Unterstützung. Von den insgesamt 876 Teilnehmerinnen musste bei 13.1% die Plazenta manuell gelöst werden.

In der Studie erfüllten 5.9% der Teilnehmerinnen sechs Wochen postpartal alle Diagnosekriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung gemäss DSM-IV. Weiter wurden die möglichen Risikofaktoren in einer ersten Analyse mit Hilfe der Regression ausgewertet. Es ergaben sich folgende signifikante Risikofaktoren: eine Hospitalisierung aufgrund von Schwangerschaftskomplikationen, regelabweichende Geburtsmodi, die Art der Plazentalösung und der mütterliche Kontrollverlust während der Geburt. Ebenso erhöhen tendenziell ungeplante Interventionen und Krankenhausaufenthalte das Risiko für das Auftreten einer posttraumatischen Belastungsstörung.

#### **4.1.3 Das Auftreten einer chronischen posttraumatischen Belastungsstörung infolge einer Geburt und mögliche prä-, peri- und neonatale Variablen**

Das Ziel von Maggioni, Margola und Filippi (2006) war, das Auftreten einer chronischen posttraumatischen Belastungsstörung infolge einer Geburt zu analysieren und mögliche beeinflussende präpartale, peripartale und neonatale Variablen zu untersuchen.

Die 93 Teilnehmerinnen waren im Mittel 33 Jahre alt und hatten mehrheitlich nur ein Kind (64.4%). Gemäss dem verwendeten Apgar-Score waren die Kinder zum Zeitpunkt der Geburt gesund (Einminuten Apgar 9.14, Fünfminuten Apgar 9.89). 75.9% wurden vaginal entbunden, bei 8% erfolgte eine instrumentelle Entbindung und bei 16.1% eine Sectio.

Das Auftreten einer chronischen PTBS, welche alle Diagnosekriterien des DSM-IV erfüllt, lag nach drei bis sechs Monaten bei 2.4%. Jedoch wiesen 32.1% der Teilnehmerinnen gewisse Symptome einer PTBS auf. In der Schwangerschaft wurde bei 12.5% der Frauen eine depressive Stimmung festgestellt, nach drei bis sechs Monaten lediglich noch bei 9.7%. In der Studie wurde festgestellt, dass folgende präpartale Risikofaktoren signifikant waren: medizinische Probleme während der Schwangerschaft, Hyperemesis, vorzeitige Kontraktionen, Hospitalisierungen während der Schwangerschaft und vorgängige Fehlgeburten. In dieser Studie liess sich kein Zusammenhang zwischen peripartalen Risikofaktoren, wie beispielsweise medizinische Interventionen, Schmerz, mütterlicher Kontrollverlust unter der Geburt oder negative Interaktionen mit dem medizinischen Personal feststellen. Diese Resultate lassen sich möglicherweise mit den hohen Apgar-Scores, was auf wenig bedrohliche Geburtssituation hinweist, erklären.

#### **4.1.4 Die Prävalenz und Risikofaktoren des posttraumatischen Stresssymptoms und der posttraumatischen Belastungsstörung**

Die Review von Olde, van der Hart, Kleber und van Son (2006) hatte zum Ziel, die Prävalenz und Risikofaktoren des posttraumatischen Stresssymptoms und der posttraumatischen Belastungsstörung infolge einer Geburt anhand von relevanter Literatur zu untersuchen.

Die Literaturrecherche erfasste Studien welche im Zeitraum Januar 1977 bis November 2003 durchgeführt wurden. Es konnten 19 Studien mit quantitativem, qualitativem oder gemischtem Design berücksichtigt werden. Anzumerken ist, dass die untersuchten Studien sehr heterogen bezüglich der Methodik, des Untersuchungszeitpunktes der Prävalenz und den Risikofaktoren sind. Weiter sind die Teilnehmerinnen kaum vergleichbar, da sie unterschiedliche Merkmale aufweisen.

In diesen untersuchten Studien stellten die Forscher eine Prävalenz von 2.8% bis 5.6% für das Auftreten einer PTBS sechs Wochen postpartal fest. Sechs Monate postpartal verringert sich die Prävalenz jedoch auf 1.5%.

Aus den verschiedenen Studien lassen sich Risikofaktoren feststellen, welche das Auftreten von posttraumatischen Stresssymptomen oder einer posttraumatischen Belastungsstörung begünstigen. Dazu gehören psychische Vorerkrankungen, Nulliparität, Angst das Kind oder sich selbst zu verlieren oder zu verletzen, Kontrollverlust, negative Erwartungen betreffend der bevorstehenden Geburt, Eigenschaften der Geburt (lange Geburtsdauer, Komplikationen, Notfallkaiserschnitt, Schmerz oder eine instrumentelle Geburtsbeendigung), fehlende Informationen oder Unterstützung durch das medizinische Personal oder durch den Partner, Schuldzuweisungen an das medizinische Personal oder eine bereits erlebte traumatische Geburt.

Weiter geht hervor, dass eine Notfallsectio oder eine vaginale operative Entbindung bei den betroffenen Frauen das Auftreten von posttraumatischen Stresssymptomen bzw. einer PTBS begünstigen.

## 5 Diskussion

Der Diskussionsteil befasst sich mit der Zusammenfassung, kritischen Beurteilung der Resultate, den Empfehlungen für die weitere Forschung, dem Theorie-Praxis-Transfer und der Auswirkung auf die Mutter-Kind-Bindung.

### 5.1 Zusammenfassung der Resultate

Für die Beantwortung der Fragestellung „Welche Risikofaktoren begünstigen bei einem traumatischen Geburtserlebnis das Auftreten einer posttraumatischen Belastungsstörung?“ werden die Ergebnisse der Reviews von Ayers (2004) und Olde et al. (2006) und den Studien von Adewuya et al. (2006) und Maggioni et al. (2006) zusammengefasst und der Bezug zum theoretischen Hintergrund hergestellt.

Die analysierten Risikofaktoren aus den Studien und Reviews lassen sich in drei Kategorien einteilen, die prä-, peri- und postpartalen Risikofaktoren. Siol et al. (2004) und Fischer et al. (2009) formulieren allgemeine Risikofaktoren für das Auftreten einer posttraumatischen Belastungsstörung, diese sind nicht speziell zum Geburtsgeschehen korreliert.

In Tabelle 6 werden untersuchte Risikofaktoren aus den Hauptstudien und dem theoretischen Hintergrund dargestellt.

Tabelle 6

*Überblick präpartale, peripartale postpartale Risikofaktoren aus den Hauptstudien und vergleichbare Risikofaktoren aus den theoretischen Grundlagen*

<b>präpartale Risikofaktoren</b>	<b>peripartale Risikofaktoren</b>	<b>postpartale Risikofaktoren</b>	<b>Risikofaktoren aus den theoretischen Grundlagen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bereits bestehende psychische Probleme, wie Depression oder Angststörung</li> <li>• Vorgängige traumatische Erlebnisse/ Geburt</li> <li>• Vorgängige Fehlgeburten</li> <li>• Nulliparität</li> <li>• Hyperemesis</li> <li>• Schwangerschaftskomplikationen</li> <li>• Vorzeitige Kontraktionen</li> <li>• Hospitalisationen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelabweichende Geburtsmodi (instrumentelle Geburtsbeendigung oder Notfallsectio)</li> <li>• Geburtshilfliche Interventionen (PDA, Medikamenteneinsatz oder manuelle Plazentalösung)</li> <li>• peri- oder postpartaler Schmerz</li> <li>• Kontrollverlust</li> <li>• Inadäquate Unterstützung durch das medizinischen Personals und/ oder durch den Partner</li> <li>• Ungenügende Informationsvermittlung durch medizinisches Personal</li> <li>• Gefühl, nicht verstanden zu werden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychische Probleme wie Depression oder Angststörung</li> <li>• erhöhtes Stressniveau</li> <li>• Geringe Unterstützung und fehlende Bewältigungsstrategien</li> <li>• Schuld- und Schamgefühle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Art, Intensität und Dauer des traumatischen Ereignisses</li> <li>• Ausmass der physischen Verletzung</li> <li>• Durch Menschen verursachte Traumatisierung</li> <li>• Irreversibilität der erlittenen Verluste</li> <li>• Ständiges Erinnertwerden an das Geschehen/ Triggerung</li> <li>• Geringer Grad der eigenen Kontrolle über das Geschehen</li> <li>• Schulterleben</li> <li>• Ausbleiben fremder Hilfe</li> <li>• Mangelnde soziale Unterstützung</li> <li>• Psychische oder körperliche Vorerkrankungen</li> <li>• Mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr</li> <li>• psychische Störung der Mutter oder des Vaters</li> </ul>



## 5.2 Kritische Beurteilung der Resultate

In diesem Arbeitsteil werden die vorliegenden Studien und Reviews kritisch diskutiert und untereinander verglichen. Bei der Interpretation der Arbeiten müssen einige Schwachpunkte im Studiendesign beachtet werden. Diese reduzieren den Informationswert der Studien und Reviews und erschweren den Theorie-Praxis-Transfer.

Die analysierten Studien und Reviews zeigen unterschiedliche Designs und Vorgehensweisen. Die Studie nach Maggioni et al. (2006) ist die Einzige, welche einen prospektiven Ansatz für die Durchführung gewählt hat. Zudem handelt es sich um eine Längsschnittstudie, was den Vorteil bringt, dass verschiedene Messungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt werden und somit Aussagen über die Entwicklung und den Verlauf der posttraumatischen Belastungsstörung möglich sind. Da es sich bei der posttraumatischen Belastungsstörung in Bezug auf traumatische Geburtserlebnisse um ein relativ junges Thema handelt, ist diese Vorgehensweise hilfreich, um über längere Zeit Entwicklungen und Verläufe zu analysieren. Adewuya et al. (2006) entschieden sich für eine retrospektive Querschnittstudie, welche den Vorteil hat, dass in kurzer Zeit die Möglichkeit besteht, eine grosse Menge an Daten zu sammeln. Die teilnehmenden Frauen werden lediglich zu einem Zeitpunkt befragt, was eine gründliche Untersuchung der Wechselbeziehung ausschliesst. Durch die kurze Zeitspanne ist jedoch mit einer geringen Verfälschung der Variablen durch die Reifung zu rechnen. Diese Stärke ist besonders bei subjektiven Variablen sehr hilfreich.

Für die vorliegende Arbeit wurden bewusst Studien und Reviews aus verschiedenen Kulturen ausgewählt. Bei der kritischen Auseinandersetzung musste festgestellt werden, dass die kulturellen Unterschiede die Aussagen für die Schweizer Verhältnisse erschweren. Die posttraumatische Belastungsstörung infolge eines traumatischen Geburtserlebnisses stellt nicht nur in Industrie- sondern auch in Entwicklungsländern eine Problematik darstellt. Es ist zu bedenken, dass die genetischen Voraussetzungen der teilnehmenden Frauen, die sozioökonomischen Merkmale, der Lebensstil, die Bildung und besonders das Gesundheitswesen und die technischen Möglichkeiten in den ausgewählten Ländern sehr unterschiedlich sind. Diese Voraussetzungen beeinflussen die Resultate der Studien und Reviews, was erklärt, weshalb Risikofaktoren lediglich in einer Studie signifikant sind und in den anderen lediglich als Tendenzen analysiert wurden oder keine Signifikanz festgestellt wurde. Beispielsweise ist die regelabweichende Plazentarperiode mit Interventionen wie eine manuelle Plazentalösung einzig signifikant in der Studie von Adewuya et al. (2006).

In der Review von Olde et al. (2006) hingegen sind geburtshilfliche Interventionen wie der Medikamenteneinsatz oder eine Periduralanästhesie signifikante peripartale Risikofaktoren.

Die unterschiedliche Rekrutierung ist ein weiterer beeinflussender Faktor bezüglich der Resultate. Maggioni et al. (2006) warben die Frauen ausschliesslich aus einer Klinik an, wodurch diese einer höheren sozialen Schicht angehören, meist verheiratet sind oder in einer festen Partnerschaft leben und gutgebildet sind. Diese Voraussetzungen verfälschen den Outcome möglicherweise. Präpartale Risikofaktoren wie eine vorgängige Fehlgeburt oder Hyperemesis sowie postpartale Risikofaktoren wie neuaufgetretene psychische Probleme führen allein in der Studie von Maggioni et al. (2006) zu einer signifikanten Erhöhung. Die Rekrutierung in der Studie von Adewuya et al. (2006) fand in fünf verschiedenen medizinischen Institutionen statt, wodurch die Grösse der Stichprobe erklärt werden kann und somit keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Population festgestellt wurden. In der Review von Olde et al. (2006) wurden hinsichtlich der Population signifikante Unterschiede bei den Teilnehmerinnen, welche während der Studien ausstiegen, analysiert. Diese Frauen waren deutlich jünger, wiesen einen geringeren Bildungsstatus auf, gehörten einer tieferen sozioökonomischen Schicht an, waren vermehrt Multiparae und waren signifikant öfter geschieden oder lebten getrennt von ihren Partnern. Aus diesen bedeutenden unterschiedlichen Eigenschaften lässt sich schliessen, dass diese Frauen mit mehr Alltagsproblemen konfrontiert sind, einem höheren Stressniveau ausgesetzt sind und daher ein erhöhtes Risiko für das Auftreten einer posttraumatischen Belastungsstörung haben. Diese Limitation verfälscht den Outcome der Review.

In den untersuchten Studien und Reviews wurden unterschiedliche Messmethoden zu unterschiedlichen Zeitpunkten angewendet. Maggioni et al. (2006) führen Messungen bereits in der 38. bis 42. Schwangerschaftswoche durch wobei Ayers (2004) letzte Messungen 14 Monate postpartal dokumentiert. Die unterschiedlichen Messzeitpunkte führen unterschiedliche Risikofaktoren mit sich und erschweren daher allgemeingültige Aussagen. Es ist zu bedenken, dass die posttraumatische Belastungsstörung kurz nach dem traumatischen Ereignis auftreten kann oder erst nach einigen Monaten zu erkennen ist. Weiter ist eine Spontanheilung ohne Behandlung im ersten Jahr möglich und daher beim Untersuchungszeitpunkt zu berücksichtigen. Folglich sind wiederholte Messungen über ein Jahr notwendig, um mögliche Risikofaktoren bezüglich der posttraumatischen Belastungsstörung zu analysieren.

Eine Limitation der verwendeten Studien und Reviews besteht darin, dass vorbestehende traumatische Erfahrungen wie eine Geburt oder sexuelle Gewalterfahrungen, vorbestehende Traumata oder eine bereits bestehende posttraumatische Belastungsstörung nicht ausgeschlossen wurden. Diese Aspekte beeinflussen die Resultate und sind im Voraus zu analysieren oder die betroffenen Frauen sogar auszuschliessen, um keine Verfälschung der Risikofaktoren zu erzeugen.

### **5.3 Ausblick Mutter-Kind-Bindung**

Der Autorin ist es wichtig, in diesem kurzen Arbeitsteil auf die möglichen Auswirkungen eines traumatischen Geburtserlebnisses bzw. der posttraumatischen Belastungsstörung auf die Mutter-Kind-Bindung einzugehen.

Dazu dient eine qualitative Studie von Ayers, Eagle und Waring aus dem Jahr 2006 als Grundlage. Das Ziel der Studie ist, die Effekte der posttraumatischen Belastungsstörung infolge eines traumatischen Geburtserlebnisses auf die Frauen und deren Beziehung zum Kind zu analysieren. Es wurden sechs Frauen, welche psychische Probleme auf Grund der Entbindung aufwiesen, über ein Netzwerk rekrutiert. Das traumatische Geburtserlebnis war bei allen sechs Teilnehmerinnen die erste Geburt, wonach lediglich zwei Frauen ein zweites Kind hatten. Die Stichprobe ist sehr klein und lässt deshalb keine allgemeingültigen Aussagen zu. Die Studie ist jedoch hilfreich, um die Wichtigkeit der Prävention bzw. Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung aufzuzeigen. Es konnte festgestellt werden, dass Frauen nach einem traumatischen Geburtserlebnis bzw. Frauen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung beeinträchtigte Mutter-Kind-Bindungen zeigen. Dies zeigte sich in einerseits vernachlässigendem oder in andererseits überfürsorglichem Verhalten gegenüber ihren Kindern.

Die Studie teilt die Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Bindung in drei Kategorien ein, die Unterschiede im Bindungsaufbau, die ersten und späteren Gefühle gegenüber dem Kind.

### **5.3.1 Die Unterschiede im Bindungsaufbau**

Die sechs teilnehmenden Frauen beschreiben entweder einen vernachlässigenden oder überfürsorglichen Umgang mit ihren Kindern. Die Auswirkungen sind, dass die Hälfte der Frauen ihre Kinder nicht ohne negative Gefühle halten können, sie sehr ängstlich oder beschützend und überfürsorglich im Umgang mit ihren Kindern sind und die Zweitgeborenen bevorzugt werden. Wobei die andere Hälfte schneller wütend wird im Umgang mit ihren Kindern.

### **5.3.2 Die ersten Gefühle gegenüber dem Kind**

Die Mehrheit der Frauen berichtet über ein anfänglich ablehnendes Gefühl gegenüber ihrem Kind. Ausser einer Frau, die das Gefühl der Überfürsorglichkeit äussert. Die Kinder werden für das Erlebte verantwortlich gemacht. Zwei der Frauen gaben sogar zu, dass sie anfänglich jeglichen Kontakt mit ihren Kindern vermieden. Sie gaben ihre Kinder bei jeder Gelegenheit weg oder überliessen die Betreuung ihren Partnern.

### **5.3.3 Die späteren Gefühle gegenüber dem Kind**

Die Studie zeigt auch, dass sich die Gefühle nach einer gewissen Zeit verändern können. Zum Zeitpunkt des Interviews empfanden zwei Drittel der Frauen keine ablehnenden Gefühle gegenüber ihren Kindern mehr. Immerhin gaben zwei der Frauen an, eine nach wie vor beeinträchtigte Beziehung zum Kind zu haben. Sie können nicht vergessen und machen ihre Kinder noch immer für das Erlebte verantwortlich.

Anhand der Studie konnte dargelegt werden, dass die posttraumatische Belastungsstörung infolge eines traumatischen Geburtserlebnisses die Mutter-Kind-Bindung langfristig beeinflussen kann. Die betroffenen Frauen versuchen, bei jeder Gelegenheit ihre Kinder zu meiden oder wegzugeben, weil sie diese für das Erlebte verantwortlich machen. Diese Frauen erleben so einen erschwerten Aufbau der Mutter-Kind-Bindung. Gewisse Frauen verhalten sich über fürsorglich, beschützend und ängstlich, sodass den Kindern kaum Raum gelassen wird und eine äusserst intensive Mutter-Kind-Bindung aufgebaut wird. Die Studie weist darauf hin, dass weitere Forschung notwendig ist, um einen Vergleich zu einer physiologischen Mutter-Kind-Bindung ziehen zu können. Weiter ist Forschung notwendig, um bei Frauen mit

und ohne posttraumatische Belastungsstörung feststellen zu können, welchen Einfluss dieses Krankheitsbild auf die Mutter-Kind-Bindung hat. Es ist aber anzumerken, dass der bisherige Stand der Forschung zu dieser Thematik nicht ausreichend ist, um allgemeingültige Aussagen machen zu können.

#### **5.4 Theorie-Praxis-Transfer**

Die Erkenntnisse, die aus den vorliegenden Studien und Reviews gewonnen werden konnten, werden in diesem Arbeitsteil mit der Praxis verknüpft.

Die analysierten Risikofaktoren aus der verwendeten Literatur decken einen grossen Kompetenzbereich der Hebammenarbeit ab, nämlich die Begleitung und Betreuung der Frauen prä-, peri- und postpartal. Daher ist ein umfassendes Verständnis des Krankheitsbildes der posttraumatischen Belastungsstörung ausschlaggebend, um mögliche Neuerkrankungen zu erfassen und den betroffenen Frauen eine effektive Betreuung und Begleitung zu garantieren. Die Voraussetzung für die Erfassung der posttraumatischen Belastungsstörung ist das Bewusstsein der begünstigenden Risikofaktoren. Demnach ist es wichtig, die Risikofaktoren klar zu definieren und bereits in der Ausbildung oder in Weiterbildungen zu thematisieren. Klar ist jedoch, dass wie bereits erwähnt weitere Forschung notwendig ist.

Ein Modell zur Prävention konnte auf Grund des noch ungenügenden Verständnisses und den fehlenden wissenschaftlich belegten Daten, nicht erarbeitet werden. In der Review von Ayers (2004) wird jedoch ein Präventions- und Diagnosemodell erwähnt, das möglicherweise in die Praxis umsetzbar wäre. Die Prävention ist in drei Ebenen eingeteilt, die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention. Die primäre Prävention beginnt bereits in der Schwangerschaft. Das Ziel, ist Frauen während der Schwangerschaft auf bereits bestehende Risikofaktoren wie psychische Probleme oder mögliche Traumatisierungen zu untersuchen. Diesen Frauen können anschliessend alternative Geburtsmöglichkeiten angeboten werden und es besteht die Möglichkeit, in der Anamnese einen Vermerk zu machen, damit die betroffenen Frauen unter der Geburt eine spezifische Betreuung und Begleitung erhalten. Die sekundäre Prävention besteht darin, Frauen nach der Entbindung auf akute Stressreaktionen und die akute Belastungsstörung zu untersuchen, mit ihnen gemeinsam nach Lösungen zu suchen und die Frauen an zuständige Fachpersonen weiter zu leiten. Das Ziel der tertiären Prävention ist, Frauen auf längere Zeit zu begleiten und

zu untersuchen. Mit dieser Präventionsstrategie werden Frauen auf Chronifizierungen der posttraumatischen Belastungsstörung untersucht und nach Möglichkeit durch die Familie und das soziale Umfeld unterstützt. Ebenfalls ist es wichtig, die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern und ein ausreichendes Netz aufzubauen, um so die betroffenen Frauen effektiv betreuen zu können.

In der Gesellschaft sind psychische Probleme nach der Entbindung oft ein Tabu, daher ist es notwendig Aufklärungsarbeit zu dieser Problematik zu leisten, dass den betroffenen Frauen die nötige Unterstützung und Behandlung gewährleistet wird.

## 5.5 Empfehlungen für die weitere Forschung

Die Risikofaktoren, welche das Auftreten der posttraumatischen Belastungsstörung infolge eines traumatischen Geburtserlebnisses begünstigen, sind ein wichtiger Aspekt zu dem noch einige Forschung betrieben werden kann. Die Thematik der posttraumatischen Belastungsstörung ist relativ neu und die bisher durchgeführten Studien und Reviews sind durch die häufig kleinen Stichproben, das retrospektive Design und den unterschiedlich verwendeten Messmethoden und Messzeitpunkten limitiert.

Die meiste Forschung zu dieser Thematik wurde in Nordeuropa und Nordamerika betrieben, wenige Studien stammen aus Südeuropa und Afrika. Wissenschaftliche Daten aus der Schweiz konnten keine eruiert werden, daher ist es sinnvoll, die hiesigen Verhältnisse zu analysieren, um in unserem Land das Verständnis der posttraumatischen Belastungsstörung in der Geburtshilfe zu fördern.

Weitere Lücken weisen die Studiendesigns auf. Um ein umfassendes Verständnis für die Unterschiede und Beziehungen der posttraumatischen Belastungsstörung zu erlangen und die begünstigenden Risikofaktoren nach einem traumatischen Geburtserlebnis zu analysieren, sind prospektive Designs notwendig. Diese Vorgehensweise ermöglicht es, Messungen zu verschiedenen Zeitpunkten bei denselben Teilnehmerinnen durchzuführen und die Entwicklung und den Verlauf der posttraumatischen Belastungsstörung genauer zu erforschen. Weiter ist es notwendig, Studien über einen längeren Zeitraum durchzuführen, um begünstigende Risikofaktoren analysieren zu können.

Um mögliche Modelle zur Prävention zu entwickeln, ist ein umfassendes Verständnis der posttraumatischen Belastungsstörung infolge eines traumatischen Geburtserlebnisses und deren begünstigenden Risikofaktoren eine wichtige Voraussetzung. Ebenso sind Massnahmen auf ihre Signifikanz zu überprüfen, um ein Modell entwickeln zu können.

## 6 Schlussfolgerung

Auf die Fragestellung „Welche Risikofaktoren begünstigen bei einem traumatischen Geburtserlebnis das Auftreten einer posttraumatischen Belastungsstörung?“ konnten durch die Literaturanalyse Antworten gefunden werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich die analysierten Risikofaktoren in drei Kategorien einteilen lassen, die prä-, peri- und postpartalen Risikofaktoren. Zu den präpartalen Risikofaktoren gehören vorbestehende psychische Probleme sowie Traumatisierungen, vorgängige Fehlgeburten, Nulliparität und Schwangerschaftskomplikationen. Peripartale Risikofaktoren sind regelabweichende Geburtsmodi, geburtshilfliche Interventionen, Schmerzen, mütterlicher Kontrollverlust, inadäquate Unterstützung oder Begleitung durch das medizinische Personal oder den Partner. Weiter zählen neuerworbene psychische Probleme nach der Entbindung, ein erhöhtes Stressniveau, fehlende Bewältigungsstrategien sowie Schuld- und Schamgefühle zu den begünstigenden postpartalen Risikofaktoren. Diese Risikofaktoren spielen eine entscheidende Rolle für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung infolge eines traumatischen Geburtserlebnisses. Aus der untersuchten Literatur geht hervor, dass die Prävalenz sechs Wochen postpartal zwischen 0.8% bis 6.9% liegt und rund ein Drittel der befragten Frauen die Geburt als ein traumatisches Ereignis beschreiben. Auf Grund des erarbeiteten Wissens erhöht sich das Risiko an einer posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken nach einem traumatischen Ereignis. Diese Erkenntnis zeigt nicht nur die Notwendigkeit der Prävention sondern auch die Notwendigkeit der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung auf, gerade auch wenn an die beeinträchtigte Mutter-Kind-Bindung gedacht wird. Die bewusste Auswahl der Studien und Reviews aus unterschiedlichen Kulturen zeigt, dass die posttraumatische Belastungsstörung infolge eines traumatischen Geburtserlebnisses in Industrie- sowie in Entwicklungsländern eine Problematik darstellt.



## Literaturverzeichnis

- Adewuya, AO., Ologun, YA. & Ibigbami, OS. (2006). Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113, 284- 288
- Ayers, S. (2004). Delivery as a traumatic event: Prevalence, risk Factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47, 552- 567
- Ayers, S., Eagle, A. & Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study. *Psychology Health and Medicine*, 11:4, 1- 20
- Beck, C., T. (2009). Birth trauma and it`s sequelae. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10, 198- 203
- Beck, C., T. & Watsion, S. (2010). Subsequent childbirth after a previous traumatic birth. *Nursing Research*, 59:4, 241- 249
- Bloemeke, V., J. (2010). „*Es war eine schwere Geburt...*“ (2. Aufl.) München: Kösel-Verlag
- Bloemeke, V., J. & Erfmann, A. (2007). Geburt und Geburtserlebnis. In BDH (Hrsg.), *Psychologie und Psychopathologie für Hebammen* (S. 176- 249). Stuttgart: Hippokrates Verlag
- Callahan, J., L. & Borja, S., E. (2008). Psychological outcomes and measurement of maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 22:1, 49- 59
- Cluett, E., R. & Bluff, R. (2003). *Hebammenforschung*. (K., Stahl, Trans.) Bern: Verlag Hans Huber (Original work published 2000)
- Dunkley, J (2003). *Gesundheitsförderung und Hebammenpraxis*. (K., Stahl, Trans.). Bern: Verlag Hans Huber (Original Work published 2000).
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe-Verlag
- Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L. & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66:10, 2142- 2153
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (4. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag

- Flatten, G., Reddemann, P., Wöller, W. & Hofmann, A. (2004). Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung. In Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Liebermann, P., Reddemann, L., Siol, T.,... (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörung* (S. 103-127). (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer GmbH
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998) Guidelines for Critical Review Form: Quantitative Studies. McMaster University
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung* (2. Aufl.). München: Elsevier GmbH
- Maggioni, C., Margola, D. & Filippi, F. (2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27:2, 81- 90
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6:7, 1- 6
- Mutter-Kind-Bindung. (n.d.) In *Pschyrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie online*. Retrieved from [http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=anita46hofmann64zhwin46ch30443710218&startbk=pschyrembel\\_ppp&bk=pschyrembel\\_ppp&hitnr=1&start=%2f%2f\[%40node\\_id%3D%27167410%27\]&anchor=el#\\_\\_pschyrembel\\_ppp\\_\\_%2F%2F\[%40attr\\_id%3D%27ppp\\_artikel12842526%27\]](http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=anita46hofmann64zhwin46ch30443710218&startbk=pschyrembel_ppp&bk=pschyrembel_ppp&hitnr=1&start=%2f%2f[%40node_id%3D%27167410%27]&anchor=el#__pschyrembel_ppp__%2F%2F[%40attr_id%3D%27ppp_artikel12842526%27])
- Oberndörfer, K. (2007). Die wichtigsten psychischen Erkrankungen. In BDH (Hrsg.), *Psychologie und Psychopathologie für Hebammen* (S. 44- 60). Stuttgart: Hippokrates Verlag
- Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R. & van Son M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clinical Psychology Review*, 26, 1- 16
- Posttraumatische Belastungsstörung. (n.d.) In *Pschyrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie online*. Retrieved from [http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=anita46hofmann64zhwin46ch30443710218&startbk=pschyrembel\\_ppp&bk=pschyrembel\\_ppp&hitnr=1&start=%2f%2f\[%40node\\_id%3D%27167410%27\]&anchor=el#\\_\\_pschyrembel\\_ppp\\_\\_%2F%2F\[%40attr\\_id%3D%27ppp\\_artikel12835793%27\]](http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=anita46hofmann64zhwin46ch30443710218&startbk=pschyrembel_ppp&bk=pschyrembel_ppp&hitnr=1&start=%2f%2f[%40node_id%3D%27167410%27]&anchor=el#__pschyrembel_ppp__%2F%2F[%40attr_id%3D%27ppp_artikel12835793%27])
- Reh-Bergen, T. (2007). Entwicklungspsychologie – die gesunde Entwicklung einer Menschen. In BDH (Hrsg.), *Psychologie und Psychopathologie für Hebammen* (S. 2-43). Stuttgart: Hippokrates Verlag

Risikofaktor. (n.d.) In *Pschyrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie online*. Retrieved from

[http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=anita46hofmann64zhwin46ch30443710218&startbk=pschyrembel\\_ppp&bk=pschyrembel\\_ppp&hitnr=1&start=%2f%2f\\*\[%40node\\_id%3D%27501511%27\]&anchor=el#\\_\\_pschyrembel\\_ppp\\_\\_%2F%2F\\*\[%40attr\\_id%3D%27ppp\\_artikel12840223%27\]](http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=anita46hofmann64zhwin46ch30443710218&startbk=pschyrembel_ppp&bk=pschyrembel_ppp&hitnr=1&start=%2f%2f*[%40node_id%3D%27501511%27]&anchor=el#__pschyrembel_ppp__%2F%2F*[%40attr_id%3D%27ppp_artikel12840223%27])

Rohe, A. & Dorn, A. (2007). *Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie*. Stuttgart: Schattauer GmbH

Siol, T., Flatten, G. & Wöller, W. (2004). Epidemiologie und Komorbidität der posttraumatischen Belastungsstörung. In Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Liebermann, P., Reddemann, L., Siol, T.,... (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörung* (S. 51- 66). (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer GmbH

Trauma. (n.d.) In *Pschyrembel Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie online*. Retrieved from

[http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=anita46hofmann64zhwin46ch3044364691947&startbk=pschyrembel\\_ppp&bk=pschyrembel\\_ppp&hitnr=1&start=%2f%2f\\*\[%40node\\_id%3D%27614509%27\]&anchor=el#\\_\\_pschyrembel\\_ppp\\_\\_%2F%2F\\*\[%40attr\\_id%3D%27ppp\\_artikel12834823%27\]](http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=anita46hofmann64zhwin46ch3044364691947&startbk=pschyrembel_ppp&bk=pschyrembel_ppp&hitnr=1&start=%2f%2f*[%40node_id%3D%27614509%27]&anchor=el#__pschyrembel_ppp__%2F%2F*[%40attr_id%3D%27ppp_artikel12834823%27])

Trigger. (n.d.) In *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch online*. Retrieved from

[http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=anita46hofmann64zhwin46ch30443710218&startbk=pschyrembel\\_kw&bk=pschyrembel\\_kw&hitnr=1&start=%2f%2f\\*\[%40node\\_id%3D%272152300%27\]&anchor=el#\\_\\_pschyrembel\\_kw\\_\\_%2F%2F\\*\[%40attr\\_id%3D%27kw\\_artikel4407593%27\]](http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=anita46hofmann64zhwin46ch30443710218&startbk=pschyrembel_kw&bk=pschyrembel_kw&hitnr=1&start=%2f%2f*[%40node_id%3D%272152300%27]&anchor=el#__pschyrembel_kw__%2F%2F*[%40attr_id%3D%27kw_artikel4407593%27])

Weimer, D. (2007). Psychische Störungen im Wochenbett. In BDH (Hrsg.), *Psychologie und Psychopathologie für Hebammen* (S. 250-309). Stuttgart: Hippokrates Verlag

Zimmer, K. (1998): *Erste Gefühle. Das frühe Band zwischen Kind und Eltern*. München: Kösel-Verlag

## **A Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1 Überblick der Schlüsselwörter und MeSH Begriffe

Tabelle 2 Überblick Datenbank Recherche Medline ® und PsycINFO

Tabelle 3 Diagnostische Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV

Tabelle 4 Überblick der Risikofaktoren gemäss Siol et al. (2004) und Fischer et al. (2009)

Tabelle 5 Überblick der Hauptstudien

Tabelle 6 Überblick präpartale, peripartale postpartale Risikofaktoren aus den Hauptstudien und vergleichbare Risikofaktoren aus den theoretischen Grundlagen

## B Abkürzungsverzeichnis

ASD	Acute Stress Disorder (dt. akute Belastungsreaktion, ABR)
BDI	Beck Depression Inventory (dt. Beck Depressions Inventar, BDI) depressiver Symptomatik
IES	Impact of Event Scale
IMS	Index of Marital Satisfaction
LAS	Labour Agency Scale
LIS	Life Event Scale
M.I.N.I	International Neuropsychiatric Interview
MOSSS	Medical Outcome Study Social Support Survey
PDS	Posttraumatic Stress Disorder Diagnostic Scale (dt. posttraumatische Diagnose Skala)
PSS	Posttraumatic Stress Disorder Symptom Scale
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder (dt. posttraumatische Belastungsstörung, PTBS)
PTSD-Q	Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire
STAI	State Trait Anxiety Inventory (dt. State-Trait-Angstinventar, STAI)
TES	Traumatic Event Scale

## C Eigenständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig ohne Mithilfe Dritter und unter Benützung der angegebenen Quellen verfasst habe.

Vanessa Kälin

Ort und Datum

Unterschrift

---

## D Wortzahl

Abstrakt

181 Wörter

Arbeit

6`792 Wörter

## **E Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich mich bei Frau Dr. med. Verena Ritz für die herzliche Unterstützung und die Zusammenarbeit bedanken. Weiter danke ich meiner Familie und meinen Freunden für ihr Verständnis.

Ein besonderer Dank widme ich Frau Katrin Oberndörfer für die kompetente Betreuung meiner Bachelorarbeit.

## Anhang

Nr.	Studie	Teilnehmende	Design/ Methode	Analyse	Resultate	Kommentar
1	Ayers, S. (2004) Delivery as a Traumatic Event: Prevalence, Risk Factors, and Treatment for Postnatal Posttraumatic Stress Disorder. <i>Clinical Obstetrics and Gynecology</i> , 47 (3), 552- 567	<b>Population:</b> Frauen nach einem traumatischen Geburtserlebnis mit allen oder nur gewissen erfüllten Diagnosekriterien der PTBS gemäss DSM-IV <b>Stichprobe:</b> Nicht beschrieben <b>Ein-/ Ausschlusskriterien:</b> Nicht beschrieben <b>Merkmale:</b> Frauen, keine weiteren Angaben zu finden	<b>Ziel:</b> Die Evidenz der PTBS, die Vulnerabilität und Risikofaktoren, die Messmethoden und die Behandlung zu untersuchen. <b>Design:</b> Systematische Übersichtsarbeit <b>Datenerhebung:</b> Nicht beschrieben <b>Messinstrumente:</b> ASD: IES, Revised- IES PTBS: DSM-IV, PSS, PDS, TES	Nicht beschrieben	<b>Prävalenz:</b> 0.8% - 6.9%. Da meistens Querschnittsstudien durchgeführt wurden, ist es schwierig festzustellen, ob Frauen bereits vor der Geburt PTBS hatten. Wird auf Notwendigkeit prospektiver Studien hingewiesen. <b>Präpartale Risikofaktoren:</b> Psychische Vorerkrankungen <b>Peripartale Risikofaktoren:</b> Regelabweichende Geburtsmodi (instrumentelle Geburtsbeendigung, Notfallkaiserschnitt), Schmerzen (Geburtschmerz, Schmerzen pp.), inadäquate Unterstützung durch den Partners und das med. Personal <b>Postpartale Risikofaktoren:</b> Stress, geringe Unterstützung, Schuld, Schamgefühle <b>Messmethoden:</b> Empfehlung, IES, DMS- IV, TES, werden thematisiert und bezüglich Vor-/Nachteile verglichen <b>Interventionen und Behandlungen:</b> Unterschied primäre, sekundäre, tertiäre Präventions- und Diagnoseebenen. Empfohlen wird die Psychotherapie in Form einer kognitiven Verhaltenstherapie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein- Ausschlusskriterien genannt</li> <li>• Verwendete Studien geeignet für die Beantwortung des Ziels der Review</li> <li>• Klare und gute Strukturierung der Resultate</li> <li>• Unveröffentlichte Studien miteinbezogen</li> <li>• Klare Formulierung der Forschungsfrage fehlt</li> <li>• Nicht dokumentierte Datensammlung</li> <li>• Keine Meta- Analyse</li> <li>• Lediglich englischsprachige Literatur</li> </ul> <p>Evidenzlevel 3 nach Stahl (2008)</p>



Nr.	Studie	Teilnehmende	Design/ Methode	Analyse	Resultate	Kommentar
2	Adewuya, AO., Ologun, YA. & Ibigbami, OS. (2006) Post- traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. <i>BJOG an International Journal of Obstetric and Gynaecology</i> , 113 284- 288	<b>Population:</b> Frauen 6 Wo postpartum <b>Stichprobe:</b> N= 876 <b>Einschlusskriterien:</b> Frauen, welche 6 Wo pp. eine medizinische Institution aufsuchten (Impfung des NG) <b>Ausschlusskriterien:</b> Gesundheitliche Probleme, keine Englischkenntnisse oder Yoruba, Ablehnung der informierten Zustimmung <b>Merkmale:</b> Frauen, keine genaueren Merkmale beschrieben	<b>Ziel:</b> Die Prävalenz der PTBS nach einer Geburt in einer Gruppe von nigerianischen Frauen einzuschätzen und die beeinflussenden Faktoren zu examinieren <b>Design:</b> Quantitatives Studiendesign, retrospektive Querschnittsstudie <b>Datenerhebung:</b> Standardisierter Fragebogen <b>Messinstrumente:</b> IMS, MOSSS, LIS, LAS, M.I.N.I.	The statistical package for the Social Sciences 11 (SPSS 11) für statistische Analyse, 2 Gruppen (case/ non-case) Frequenz (%), Mittelwert, Standardabweichung, t-test, Chi- Quadrat Test, Spearman Rho, $p < 0.05$ , Odds Ratio, 95% CI	<b>Soziodemografische und klinische Charakteristika:</b> 25,98 J., 8% Single, 85.9% verheiratet, 6.1% getrennt, 2.79 Kinder pro Frau, 26.9% 1. Kind, 7.75 besuchte Schuljahre, 15% ungeplante SS, 22.9% keine PND, 8% Krankenhauseintritte wg. SS- Komplikationen, 10% Hausgeburten, 37% in Missionarshäusern, 37.9% primary health centre, 15.1% secondary or tertiary health centre, 12.72 std. bis Geburt, 71.9% vaginale Entbindung, 12% Forceps-/ Vakuumbgeburt, 11.4% Notfallsectio, 4.7% Wunschsectio, 64% keine Medikationen, 13.1% manuelle Plazentalösung, 12% FG, 5% Terminüberschreitung, 31.9% low birth weight, 3.1% birthweight more than 4.0kg, IMS Mittelwert 23.04, LAS 42.22, 67.4% gute Unterstützung, 3.1% signifikanter Stress 12 Monate zuvor <b>Prävalenz und Risikofaktoren der PTBS:</b> 5.9% erfüllen alle Kriterien der PTBS gemäss DSM-IV, statistisch signifikant sind Hospitalisierung wegen SS-Komplikationen, regelabweichende Geburtsmodi, Art der Plazentalösung, mütterlicher Kontrollverlust unter der Geburt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grösse der Stichprobe</li> <li>• Verschiedene Rekrutierungsorte</li> <li>• Ein- / Ausschlusskriterien erwähnt</li> <li>• Strukturierte Gliederung der Resultate</li> <li>• Genaue Beschreibung der Analyse</li> <li>• Keine Angaben zu Validität und Reliabilität</li> <li>• Retrospektive Datensammlung nach 6 Wo</li> <li>• Keine psychisch kranken Frauen (bzw. ernsthaft krank)</li> <li>• Keine Frauen mit Fehlgeburten oder kranken Kindern</li> <li>• Bereits bestehende PTBS nicht ausgeschlossen</li> </ul> <p>Evidenz- Level 3 nach Stahl (2008)</p>

Nr.	Studie	Teilnehmende	Design/ Methode	Analyse	Resultate	Kommentar
3	Maggioni, C., Margola, D. & Flippi, F. (2006) PTDS, risk factors, and expectations among women having a baby: A two- wave longitudinal study. <i>Journal of Psychosomatic Obstetrics &amp; Gynecology</i> , 27 (2) 81- 90	<p><b>Population:</b> Frauen</p> <p><b>Stichprobe:</b> N= 93</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b> Frauen, in 38- 42 SSW, Italienisch- kenntnisse, keine psychischen Probleme, &gt; 18 J., schriftliche Einwilligung</p> <p><b>Ausschlusskriterien:</b> Psychische Erkrankungen, &lt; 18 J., keine Italienischkenntnisse, keine schriftliche Zustimmung</p> <p><b>Merkmale:</b> Frauen, im Durchschnitt 33 J., 64.4% keine anderen Kinder, 29.9% 1 Kind, 5.7% 2 Kinder, gesunde Kinder bei der Geburt, 1min Apgar 9.14, 5min Apgar 9.89, 75.9% vaginale Entbindung, 8% Forceps-/ Vacuumgeburt, 16.1% Sectio, 53.1% 1- 2 RF, 46.9% &gt; 2 RF</p>	<p><b>Ziel:</b> Auftreten der chronischen PTBS nach einer Geburt in Bezug auf präpartale, peripartale und neonatale Faktoren zu evaluieren</p> <p><b>Design:</b> Quantitatives Studiendesign, prospektive Längsschnittstudie</p> <p><b>Datenerhebung:</b> Fragebogen</p> <p><b>Messinstrumente:</b> BDI, STAI, PTSD- Q, Real and Desired Help Scale</p>	1. Messung und 2. Messung im Vergleich t- Test, Range, Standardabweichung, Mittelwert, p< 0.001, ANOVA, Newman-Keuls Post Hoc Test	<p><b>Allgemeine Zusammenhänge und Feststellungen:</b> 32.1% erfüllen teilweise die Kriterien der PTBS, 2.4% zeigen alle Kriterien der PTBS, 15.5% Symptome des Widererlebens, 25% Symptome des Erweckungserlebnisses, 3.6% Symptome des Vermeidens, keinen Zusammenhang zwischen Angstzuständen/ Ängstlichkeit und PTBS, jedoch zwischen Depression und PTBS</p> <p><b>Risikofaktoren:</b> persönliche Faktoren beeinflussen das Auftreten und die Genesung der PTBS, med. Probleme während der SS, frühzeitige Kontraktionen, Hyperemesis, Krankenhausaufenthalte während der SS, Veränderungen des biol. Rhythmus oder frühere Fehlgeburten beeinflussen das Auftreten einer PTBS, Zusammenhang zwischen PTBS und Unterstützung, Angstzuständen und Vorstellung ist signifikant</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schriftlich informierte Zustimmung</li> <li>• Genaue Beschreibung des Interviewverlaufs</li> <li>• Ein-/ Ausschlusskriterien genannt</li> <li>• Prospektive Datensammlung</li> <li>• Rekrutierung aus einem Spital</li> <li>• eine soziale Schicht</li> <li>• Validität nicht dokumentiert</li> <li>• Kleine Grösse der Stichprobe</li> <li>• Datensättigung nicht dokumentiert</li> </ul> <p>Evidenz- Level 3 nach Stahl (2008)</p>

Nr.	Studie	Teilnehmende	Design/ Methode	Analyse	Resultate	Kommentar
4	Olde, E., Van der Hart, O., Kleber, R., Van Son, M. (2006) Posttraumatic stress following childbirth: a review. <i>Clinical Psychology Review</i> , 26, 1- 16	<b>Population:</b> Frauen nach einem traumatischen Geb.erlebnis mit allen oder gewissen erfüllten Kriterien der PTBS nach DSM-IV <b>Stichprobe:</b> 19 Studien; 5 Fallstudien, 10 quantitative Studien, 4 Studien zu Notfallsectiones <b>Einschlusskriterien:</b> Frauen nach der Geburt (spontan/ Sectio), PTBS abhängige Variabeln, Prävalenz der PTBS, Risikofaktoren die das Auftreten einer PTBS begünstigen <b>Ausschlusskriterien:</b> Spontanabort, Todgeburt, chirurgische/ gynäkologische Eingriffe (nicht geburts-hilflich), Hochrisikoba-bys <b>Merkmale:</b> Frauen, keine genaueren Angaben	<b>Ziel:</b> Die Prävalenz und Risikofaktoren der postpartalen posttraumatischen Stresssymptome und die posttraumatische Belastungsstörung bei den Müttern zu untersuchen <b>Design:</b> Systematisches Review <b>Datenerhebung:</b> Januar 1977 – November 2003, Englisch (1 Französisch),MEDLINE und PSYCHLIT <b>Messinstrumente:</b> PTBS: DSM-IV, TES, IES, PSS, PTSD- Q	Nicht beschrieben	<b>Fallstudien</b> <b>PTBS Symptoms:</b> Flashbacks und Alpträume (intrusive symptoms), eine partielle oder vollständige Amnesie des Ereignisses (symptoms of avoidance), Probleme, eine positive Mutter- Kind- Bindung aufzubauen, keine sexuelle Aktivitäten aus Angst, schwanger zu werden, auszuüben, Vermeidung jeglicher Erinnerungen bezüglich der Geburt und Schwangerschaft, Symptome wie Schwitzen, Zittern, irritiertes Verhalten, Schlafstörungen <b>Mögliche begünstigende Faktoren:</b> Angst, Kind oder sich selbst zu verletzen, Kontrollverlust, Eigenschaften der Geburt (Dauer, Interventionen, Komplikationen), ungenügende Informationen, inadäquate Unterstützung, vorgängige traumatische Erlebnisse <b>Quantitative Studien:</b> <b>Traumatic experience:</b> 13.7% - 34% <b>PTBS Symptome:</b> 2.8% - 5.6% 6 Wo pp., 1.5% 6 Mo pp. <b>Risikofaktoren:</b> psychische Vorerkrankungen, Nulliparität, mütterlicher Kontrollverlust, negative Erwartungen betreffend der bevorstehenden Geburt, fehlende Unterstützung durch das medizinische Personal, Schuldzuweisungen an das medizinische Personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein-/ Ausschlusskriterien beschrieben</li> <li>• Datensammlung ausführlich genannt</li> <li>• Vergleich der angewendeten Methoden, des Zeitpunkts, der Instrumente, der Eigenschaften (Prävalenz)</li> <li>• Vergleich der persönlichen Faktoren, des geburtshilflichen Prozedere, des Schmerzes, der Interaktion zwischen Frau und med. Personal, Geburt als traumatisches Ereignis</li> <li>• Lösungsansätze</li> <li>• Keine Meta- Analyse</li> <li>• Beurteilung der Studien nicht dokumentiert</li> <li>• Statistische Signifikanz und Konfidenzintervall nicht dokumentiert</li> </ul> <p>Evidenzlevel 3 nach Stahl (2008)</p>

Nr.	Studie	Teilnehmende	Design/ Methode	Analyse	Resultate	Kommentar
5	Ayers, S., Eagle, A. und Waring, H. (2006) The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study. <i>Psychology Health and Medicine</i> , 11 (4) 389- 398	<b>Population:</b> Frauen nach einem traumatischen Geb.erlebnis mit allen oder gewissen Kriterien der PTBS nach DSM-IV <b>Stichprobe:</b> N= 6 <b>Einschlusskriterien:</b> > 18 J., psychologische Probleme infolge eines traumatischen Geburtserlebnisses <b>Ausschlusskriterien</b> < 18 J. <b>Merkmale:</b> Frauen, Alter 22- 37 J., 7 Monate -18 Jahre seit traumatischen Geburtserlebnis, 1. Kind traum. Geburtserlebnis, vaginale Entbindung (3), Notfallsectio (3), 1 Kind (4), 2 Kinder (2), verheiratet (5), geschieden (1), PTBS im 1. J., Zeitpunkt Interview PTBS (2), Teilsymptome PTBS (3), geheilt (1)	<b>Ziel:</b> Effekte eines traumatischen Geburtserlebnisses auf die Frau, deren Bindung zum Kind und auf deren Beziehung zum Partner <b>Design:</b> Qualitatives Studiendesign, phänomenologische Interviewstudie <b>Datenerhebung:</b> Teilweise strukturierte Interviewform <b>Messinstrumente:</b> PDS, Self-Report Fragebogen	Induktive thematische Analyse (wichtige Faktoren erkennen durch korrekte Datenuntersuchungen), WinMax software (kodieren und verwalten von Daten), untersucht nach Reliabilität und Kontinuität, zusätzliches Kodierungssystem nach dem 1. Lesen des Studiennachweises	Die Resultate sind übersichtlich gegliedert, dargestellt in die 3 Aspekte der Studie, Effekt auf die Frauen, auf die Mutter- Kind- Bindung und die Beziehung zum Partner. <b>Effekt auf die Frauen:</b> Physikalische Effekte der Geburt, Veränderungen der Stimmung & des Verhaltens, Angst vor der Geburt und vor einer funktionellen Sexualstörung, Soziale Interaktion & Vertrauen <b>Effekte auf die Beziehung zum Partner:</b> Unterstützung und Stärke der Beziehung <b>Effekte auf die Mutter- Kind- Bindung:</b> Veränderungen in der Beziehung, frühe Gefühle zum Kind, späte Gefühle zum Kind.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klare Strukturierung</li> <li>• Beschränkt sich auf die wesentlichen Punkte</li> <li>• Vorschläge für weitere Forschung wird gemacht</li> <li>• Reliabilität geprüft</li> <li>• Analyse durch mehrere Forscher</li> <li>• Kleine Grösse der Stichprobe</li> <li>• Verallgemeinerung kaum möglich</li> </ul> <p>Evidenzlevel 4 nach Stahl (2008)</p>

Adewuya, A., Ologun, Y. & Ibigbami, O. (2006). Post- traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113, 284- 288

---

Die vorliegende Studie wurde nach Law et al. (1998) beurteilt.

### **Zweck der Studie**

Der Zweck der Studie ist, die Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung nach der Geburt in einer Gruppe von Frauen in Nigeria zu untersuchen und mögliche Risikofaktoren zu analysieren. Das Ziel wird bereits im Abstract und anschliessend nochmals in der Einleitung genannt. Die klare Formulierung lässt darauf schliessen, dass diese Studie für die vorliegende Fragestellung dieser Thesis geeignet ist.

### **Literatur**

Es werden einige Studien aus verschiedenen Ländern und der aktuelle Forschungsstand beschrieben. Die Autorinnen weisen auf mögliche Lücken hin, bislang gibt es keine vergleichbare Studie in einem nicht westlichen Land. Die Literatur, welche sich aus aktuellen Studien (21. Jahrhundert) zusammensetzt, wird nicht kritisch beurteilt, sondern nur erwähnt.

### **Design**

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine quantitative Studie, welche mittels einer Querschnittsanalyse durchgeführt wurde. Üblicherweise wird eine Querschnittsstudie retrospektiv durchgeführt, was auch in dieser Studie der Fall ist. Da noch wenig über dieses Thema bekannt ist, erklärt sich auch die Frage, weshalb dieses Design gewählt wurde. Die ethische Frage wird geklärt. Die Frauen willigten schriftlich zur Teilnahme an der Studie ein.

### **Systematische Fehler bei Stichprobe/ Auswahl**

Die Teilnehmerinnen wurden an fünf verschiedenen medizinischen Institutionen rekrutiert und über die Studie informiert, die Teilnahme erfolgte freiwillig. Der Zeitraum der Rekrutierung erstreckte sich über 1 ½ Jahre, daher kann eine jahreszeitliche Beeinflussung ausgeschlossen werden. Eine mögliche Verbesserung des Outcomes kann ausgeschlossen werden, da lediglich Frauen mit Symptomen einer PTBS in die Studie eingeschlossen wurden.

### **Systematische Fehler beim Messen/ Ermitteln**

Da die Befragung retrospektiv durchgeführt wurde, besteht die Möglichkeit, dass gewisse Erlebnisse von den Frauen bereits vergessen worden sind. Ebenfalls kann nicht ausgeschlossen werden, dass einige Frauen möglicherweise bereits vor der Geburt Symptome einer PTBS aufwiesen, was die Resultate beeinflussen kann.

### **Systematische Fehler bei Massnahmen/ Durchführung**

Die vorliegende Studie befasst sich nicht mit Massnahmen bzw. Behandlung, sondern untersucht ein Phänomen, daher kann dieser systematische Messfehler ausgeschlossen werden.

### **Stichprobe**

N= 876 Frauen

Es wurden Frauen kontaktiert, welche für eine Nachuntersuchung sechs Wochen postpartum eines der fünf medizinischen Zentren aufsuchten. 47 Frauen wurden ausgeschlossen, da sie schwer krank waren oder die lokale Sprache bzw. die englische Sprache nicht beherrschten. Ebenfalls führte das Fehlen einer schriftlichen Einwilligung zum Ausschluss. Es ergab sich kein signifikanter Unterschied unter den Teilnehmerinnen bezüglich der soziodemographischen Merkmale (Alter, Heirat, Bildungsstand). Die Stichprobengrösse wird nicht begründet, ebenso wenig wird das ethische Verfahren.

## Ergebnis/ Outcomes

Die Ergebnisse sind klar formuliert und strukturiert sowie übersichtlich in den Tabellen dargestellt.

### Soziodemographische und klinische Eigenschaften

- Mittleres Alter 25.98 (SD= 7.27)
- 8% Singels
- 85.9% verheiratet
- 6.1% geschieden oder getrennt
- Mittlere der Kinderzahl 2.79 (SD= 1.58)
- 26.9% Primiparae
- Ausbildungsjahre 7.75 (SD= 4.28)
- 15% ungeplante SS
- 22.9% ohne präpartale Untersuchungen
- 8% Hospitalisationen auf Grund von SS- Komplikationen
- 10% Hausgeburten
- 37% Geburten in Missionarshäusern
- 37.9% Geburten in primären medizinischen Einrichtungen
- 15.1% Geburten in einer sekundären oder tertiären medizinischen Einrichtungen
- Mittelwert der Geburtsdauer 12.72 std (SD= 7.88)
- 71.9% vaginale Entbindungen
- 12% instrumentelle vaginale Entbindungen (Forceps, Vacuum)
- 11.4% Wunschkaiserschnitte
- 64% keine medikamentösen Behandlungen oder Analgesieformen
- 13.1% manuelle Plazentalösungen
- 12% Frühgeburten
- 5% Übertragungen
- 31% Geburtsgewicht <2.5kg
- 3.1% Geburtsgewicht >4.0kg
- Mittelwert des IMS 23.04 (SD= 11.21)
- Mittelwert des LAS 42.22 (SD= 15.54)
- 67.4% gute soziale Unterstützung
- 3.1% signifikanter Stress zwölf Monate vor der Entbindung

## Prävalenz und Risikofaktoren der PTBS

5% der Teilnehmerinnen erfüllten die gesamten Kriterien des DSM-IV bezüglich einer PTBS.

Die Reliabilität und Valiabilität wird in der vorliegenden Studie nicht weiter erwähnt.

## Massnahmen

In der vorliegenden Studie wurden keine Massnahmen durchgeführt.

## Ergebnisse

Statistisch signifikant sind folgende Risikofaktoren: Hospitalisationen bezüglich Schwangerschaftskomplikationen, regelabweichende Geburtsmodi, manuelle Plazentalösung und mütterlicher Kontrollverlust unter der Geburt. Die statistisch signifikanten Unterschiede lassen sich grössten Teils anhand des kulturellen Unterschiedes erklären. In nicht-westlichen Ländern ist die Medizin nicht gleich fortgeschritten und die Frauen erfahren nicht die gleiche Betreuung und Versorgung, wie in westlichen Ländern.

Durch die Studie konnte gezeigt werden, dass die posttraumatische Belastungsstörung auch in Entwicklungsländern ein Phänomen ist. Es wird auf die Wichtigkeit der Erkennung von möglichen Risikofaktoren aufmerksam gemacht und angedeutet, wie wichtig es ist, dass das medizinische Personal über die PTBS informiert ist.

## Dropouts/ Ausscheiden von Teilnehmern

Es werden keine Dropouts genannt.

## Schlussfolgerungen und klinische Implikationen

Die Ergebnisse werden diskutiert und mit vorgängigen Studien verglichen. Erschwerend ist, dass es sich um die bislang einzige durchgeführte Studie in einem Entwicklungsland handelt. Es wird auf die Ausschlusskriterien dieser Studie eingegangen und auf mögliche Verbesserungsvorschläge aufmerksam gemacht. Auf Grund der Stichprobengrösse lassen sich allgemeingültige Aussagen bezüglich des Auftretens der PTBS infolge einer traumatischen Geburt auf vergleichbare nicht westliche Regionen machen. Es werden mögliche Ziele für weitere Studien formuliert.



Ayers, S (2004). Delivery as a Traumatic Event: Prevalence, Risk Factors, and Treatment for Postnatal Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47:3, 552- 567

---

Die vorliegende Studie wurde nach Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D., G. und The PRISMA Group (2009) beurteilt.

## **Titel**

---

### Titel

Der Titel der Review lautet: Delivery as a Traumatic Event: Prevalence, Risk Factors, and Treatment for Postnatal Posttraumatic Stress Disorder. Aus dem Titel lässt sich schließen, dass es sich um eine systematische Übersichtsarbeit handelt, auf eine Meta-Analyse kann nicht geschlossen werden.

## **Zusammenfassung**

---

### Strukturierte Zusammenfassung

Ein Abstract ist nicht vorhanden, jedoch wird kurz in die Thematik eingeführt. Die Review untersucht den Zusammenhang zwischen der posttraumatischen Belastungsstörung infolge eines traumatischen Geburtserlebnisses. Es werden die Vulnerabilität, die Risikofaktoren, die Messmethoden und die Behandlung untersucht. Ayers (2004) gibt an, dass 1% bis 2% der Frauen an einer chronischen PTBS erkranken. Aus vorangegangenen Studien geht hervor, dass bereits bestehende psychische Probleme, der regelabweichende Geburtsmodus und mangelnde Unterstützung das Risiko deutlich erhöhen, an einer posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken. Weiter lässt sich daraus schließen, dass eine kognitive Verhaltenstherapie für Frauen mit posttraumatischen Stresssymptomen oder einer PTBS eine günstige Therapieform wäre. Weitere Forschung ist notwendig, um prä-, peri- und postpartale Risikofaktoren umfassend zu analysieren.

## Einleitung

---

### Hintergrund und Rationale

Ayers (2004) weist darauf hin, dass Informationen bezüglich der PTBS infolge einer Entbindung in den Kliniken kommuniziert werden müssen, um die Sensibilität des medizinischen Personals zu fördern und somit vermehrt danach gesucht wird. Da bislang nur wenig Forschung zu dieser Thematik betrieben wurde, wird erwähnt, dass mögliche Vergleiche und allgemeingültige Aussagen schwierig sind, da sich die Messmethoden voneinander unterscheiden. Darin liegt auch der Grund für das Erarbeiten dieser Review.

### Ziele

Die Prävalenz der postpartalen PTBS, Risikofaktoren, Messmethoden und Behandlung zu identifizieren.

## Methoden

---

### Protokoll und Registrierung

Keine Angaben dazu vorhanden

### Auswahlkriterien

Es wurde lediglich englischsprachige Literatur verwendet. Die Literatur wird ausschliesslich in den Referenzen erwähnt, das methodische Vorgehen und weshalb gewisse Studien ausgeschlossen wurden, werden nicht genannt. Die Autorin weist auch auf damals nicht veröffentlichte Studien hin, beispielsweise das Review von Olde et al. (2006).

### Informationsquellen

Keine Angaben dazu vorhanden

### Suche

Keine Angaben dazu vorhanden

### Auswahl der Studien

Die Kriterien zur Auswahl und Beurteilung der eingeschlossenen Studien werden nicht genannt. In verschiedenen Abschnitten der Reviews werden die verwendeten Studien erwähnt und analysiert. Es werden mögliche kritische Punkte beleuchtet oder Verbesserungsvorschläge gemacht. In der vorliegenden Review sind Fallstudien und quantitative sowie qualitative Studien eingeschlossen.

### Prozess der Datengewinnung

Keine Angaben dazu vorhanden

### Datendetails

Keine Angaben dazu vorhanden

### Risiko der Verzerrung in den einzelnen Studien

Konkrete Angaben dazu lassen sich nicht finden. Ayers gibt zu bedenken, dass bereits bestehende psychische Vorerkrankungen nicht ausgeschlossen wurden, was zu einer Verzerrung führen könnte.

### Effektschätzer

Keine Angaben dazu vorhanden

### Synthese der Ergebnisse

Keine Angaben dazu vorhanden

### Risiko der Verzerrung über Studien hinweg

Keine Angaben dazu vorhanden

### Zusätzliche Analysen

Keine Angaben dazu vorhanden

## Ergebnisse

---

### Auswahl der Studien

Keine Angaben dazu vorhanden

### Studienmerkmale

Keine Angaben dazu vorhanden

### Risiko der Verzerrung innerhalb der Studien

Keine Angaben dazu vorhanden

### Ergebnisse der einzelnen Studien

#### Prävalenz

1/3 der untersuchten Frauen erlebten die Geburt als traumatisches Ereignis. 10% wiesen eine akute Stressreaktion (ASD) auf. Rund 0.8% bis 6.9% erlitten eine PTBS infolge der Geburt. Da es sich bei den Studien meistens um Querschnittstudien handelt, ist es schwierig zu sagen, ob die Frauen bereits vor der Geburt eine PTBS hatten. Lediglich eine Studie befasste sich bislang mit der PTBS in der SS, wobei die Forscher herausfanden, dass rund 8.1% der Frauen bereits vorgängig an einer PTBS litten. Durch die gezielte Behandlung der PTBS während der SS konnte die Prävalenz auf 1.5% sechs Monate postpartum gesenkt werden. 1% bis 2% der Frauen leiden an einer chronischen postpartalen PTBS. Diese Prozentzahl erscheint zwar klein, bedeutet jedoch in absoluten Zahlen, dass jedes Jahr etwa 10`000 Frauen in England und Wales an einer chronischen postpartalen PTBS erkranken.

#### Präpartale Risikofaktoren

Demografische Faktoren und ein tiefer sozioökonomischer Status beeinflussen das Auftreten einer akuten Stressreaktion, nicht aber das Auftreten einer PTBS. Lediglich beständige psychische Probleme sind ein präpartaler Risikofaktor und begünstigen das Auftreten einer PTBS.

### Peripartale Risikofaktoren

Der regelabweichende Geburtsmodus ist ein peripartaler Risikofaktor, der sowohl das Auftreten einer akuten Stressreaktion wie auch das Auftreten einer PTBS begünstigt. Mit dem regelabweichenden Geburtsmodus sind beispielsweise instrumentelle Interventionen oder eine Notfallsectio gemeint. Ebenfalls sind der Geburtsschmerz bzw. Schmerzen postpartum ein Risikofaktor für das Auftreten einer PTBS, genauso wie die mangelnde Unterstützung durch das medizinische Personal und/ oder den Partner. Weiter sind inadäquate Informationen und das Gefühl, nicht verstanden zu werden ein Risikofaktor für das Auftreten einer akuten Stressreaktion und einer PTBS. Es ist zu beachten, dass die Einschätzung subjektiv ist und dass die untersuchten Studien retrospektive Designs aufweisen, was die Analyse schwierig macht. Es lassen sich daher keine objektive Aussagen bezüglich der Unterstützung machen. Für weitere Studien wird in der vorliegenden Review empfohlen, prospektive Studiendesigns zu verwenden.

Durch die Forschung konnte gezeigt werden, dass eine effektive Geburtsbetreuung den Medikamenteneinsatz erniedrigt und das Erleben der Geburt positiv beeinflusst.

### Postpartale Risikofaktoren

Es gibt bislang nur wenig Forschung zu den postpartalen Risikofaktoren, welche das Auftreten einer PTBS begünstigen, weshalb es schwierig ist, Aussagen darüber zu machen. Die Forscher haben bislang lediglich herausgefunden, dass zusätzlicher Stress, geringe Unterstützung, Schuld und Scham postpartale Risikofaktoren darstellen.

### Messmethoden der PTBS

Eine Messmethode der PTBS sollte an die Kriterien des DSM-IV angelehnt sein, um möglichst immer die gleichen Diagnosekriterien der PTBS zu verwenden. Eine geeignete Messmethode ist das von Psychologinnen durchgeführte klinische Interview. Diese Methode ist jedoch sehr teuer und schwierig in die Praxis um zu setzen.

Der PTSD Diagnostic Scale (PDS) ist eine Messmethode, um eine PTBS zu diagnostizieren. Der PDS schliesst die Anamnese der Frauen mit ein und hat dadurch die Möglichkeit, bereits vorgängig traumatisierte Frauen zu erfassen.

Der Traumatic Event Scale (TES) wird häufig verwendet, ist aber bislang kaum evaluiert.

## Interventionen und Behandlung der PTBS

Bislang gibt es zu diesem Thema kaum Forschung, weshalb kaum evidenzbasierte Aussagen möglich sind.

Die Prävention und Diagnose der PTBS ist in drei mögliche Stufen eingeteilt, nämlich primär, sekundär und tertiär.

- Die primäre Ebene bedeutet, dass Frauen bereits in der SS auf eine bestehende PTBS untersucht werden. Dadurch werden ihnen mögliche alternative Geburtsmethoden angeboten und sie erhalten während der Geburt eine spezifische Betreuung, um eine erneute Traumatisierung zu vermeiden.
- Unter der sekundären Ebene ist zu verstehen, dass Frauen kurz nach der Entbindung auf PTBS untersucht werden und ihnen mögliche Behandlungen vorgeschlagen werden.
- Die tertiäre Ebene bedeutet für die Frauen, dass sie über längere Zeit betreut werden und auf eine mögliche PTBS untersucht oder, dass die Familienmitglieder und Angehörige über die Möglichkeit einer PTBS informiert werden.

Auf der tertiären Ebene wurde bereits Forschung betrieben, wobei festgestellt wurde, dass bei einer PTBS die Psychotherapie in Form von einer kognitiven-behavioralen Therapie sicher und effektiv ist. Es wurde ebenfalls festgestellt, dass eine frühe Behandlung einer akuten Stressreaktion das Auftreten einer PTBS verringert. Es ist jedoch auch zu bedenken, dass die PTBS durch Spontanheilung wieder abklingen kann.

## Ergebnissynthese

Keine Angaben dazu vorhanden

## Risiko von Verzerrung über Studien hinweg

Keine Angaben dazu vorhanden

## Zusätzliche Analyse

Keine Angaben dazu vorhanden

## Diskussion

---

### Zusammenfassung der Evidenz

#### Merkmale eines traumatischen Geburtserlebnisses

- Regelabweichende Geburtsmodi
- Medikamenteneinsatz
- Lange Geburtsdauer
- Blutverlust
- Schmerz
- Medizinische Interventionen

#### Begünstigende Risikofaktoren für eine PTBS

- Bereits bestehende psychische Probleme
- Regelabweichende Geburtsmodi
- Mangelnde Unterstützung während der Geburt

#### Einschränkungen

Ayers (2004) erwähnt das bislang geringe Forschungsinteresse, sodass zum jetzigen Zeitpunkt wenig allgemeingültige Aussagen gemacht werden können. Ebenso erschweren die retrospektiven Forschungsdesigns, die unterschiedlichen Methoden und verwendeten Messinstrumente und die kulturellen Unterschiede die Vergleichbarkeit der Ergebnisse.

#### Schlussfolgerungen

Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass bereits bestehende Traumata oder eine bereits bestehende PTBS andere begünstigende Risikofaktoren aufweisen im Gegensatz zu Frauen ohne bestehende psychische Probleme bzw. Erkrankungen. Ebenso sollte unterschieden werden, ob die Frauen bereits im Voraus eine PTBS aufweisen oder es sich um Neuerkrankung nach der Entbindung handelt.

## Finanzielle Unterstützung

---

### Finanzielle Unterstützung

Keine Angaben dazu vorhanden

Maggioni, C., Margola, D. & Flippi, F. (2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27, 81- 90

---

Die vorliegende Studie wurde nach Law et al. (1998) beurteilt.

### **Zweck der Studie**

Ziel der Studie ist, das Auftreten einer chronischen posttraumatischen Belastungsstörung nach einer Geburt in Bezug auf prä- und peripartale und neonatale Faktoren zu analysieren. Der Zweck wird bereits im Abstract und nachfolgend in der Einleitung genannt. Durch die präzise Fragestellung scheint die Studie für die vorliegende Fragestellung geeignet.

### **Literatur**

Die verwendete Literatur ist ausführlich beschrieben. Die verwendeten Studien sind in der Einleitung beschrieben und sie werden anschaulich wiedergegeben. Es werden mögliche Erklärungen und Lösungsvorschläge auf Grund der bereits gewonnenen Erkenntnisse aus den reflektierten Studien abgegeben. Es wird auf Lücken im heutigen Wissen und die Notwendigkeit weiterer Studien hingewiesen.

### **Design**

Bereits im Titel der Studie wird das Studiendesign genannt. Es handelt sich um eine quantitative Studie, d.h. eine Fallstudie mit einem Längsschnittsdesign. Diese Vorgehensweise wurde gewählt, da noch wenig über die interessierende Thematik bekannt ist.

### **Systematische Fehler bei Stichprobe/ Auswahl**

Die Teilnehmerinnen wurden in einer italienischen Klinik (Vittorio Buzzi Hospital, Milan) rekrutiert und nahmen freiwillig an der Studie teil. Mögliche systematische Fehler auf Grund der Jahreszeit können ausgeschlossen werden, da die Rekrutierung über 1 ½ Jahre durchgeführt wurde. Weiter sind mögliche systematische Fehler hinsichtlich der Informationen zum Studienzweck auszuschliessen, da die Teilnehmerinnen alle gleich informiert wurden.



### **Systematische Fehler beim Messen/ Ermitteln**

Es sind systematische Fehler hinsichtlich der Erinnerung zu bedenken, da der zweite Fragebogen nach drei bis sechs Monaten ausgefüllt wurde.

### **Systematische Fehler bei Massnahmen/ Durchführung**

Es wurden keine Massnahmen durchgeführt, daher kann dieser systematische Fehler ausgeschlossen werden.

### **Stichprobe**

N= 93 Frauen

Die Teilnehmerinnen wurden in einer Klinik (Vittorio Buzzi Hospital, Milan, Italy) rekrutiert. Die Teilnehmerinnen suchten diese Klinik während der 38.- 42. SSW auf, sodass sie in diesem Rahmen auf die Teilnahme angesprochen werden konnten. Die Ein- bzw. Ausschlusskriterien sind klar formuliert: ausreichende Italienischkenntnisse, Alter >18 und psychisch unauffällig. Ebenfalls musste eine schriftliche Zustimmung vorliegen. Es wird nicht erwähnt, wie viele Frauen um die Teilnahme gebeten wurden und weshalb gewisse ausgeschlossen wurden.

### **Eigenschaften der Teilnehmerinnen**

- Durchschnittsalter 33 Jahre (SD=  $\pm$  3.863, Range 20-40)
- 64% Primiparae
- 36% Multiparae
- Einminuten Apgar- Score 9.14 (SD=  $\pm$  0.486)
- Fünfminuten Apgar- Score 9.98 (SD=  $\pm$  0.321)
- 75.9% vaginale Entbindungen
- 8% instrumentelle Entbindungen
- 16.1% Sectiones

Die Frauen wurden mittels der vorgegebenen Risikofaktoren (Hyperemesis, SS- Komplikationen, Hospitalisationen während der SS, vorgängige Fehlgeburten, Besuchen eines Geburtsvorbereitungskurses) in zwei Gruppen eingeteilt. 53.1% hatten ein bis zwei gegebene Risikofaktoren während 46.9% mehr als zwei Risikofaktoren aufwiesen.

## Ergebnis/ Outcomes

Die Daten wurden während 1 ½ Jahren am Vittorio Buzzi Spital in Mailand Italien, erhoben. Die Teilnehmerinnen wurden in der 38.- 42. Schwangerschaftswoche und drei bis sechs Monate postpartum befragt. Die Forscherinnen erklären, weshalb die Frauen zu zwei Zeitpunkten befragt wurden und weshalb der Zeitpunkt drei bis sechs Monate postpartum gewählt wurde. Dieses zeitliche Setting scheint angemessen.

Im ersten Fragebogen werden Themen wie die Erwartungen und Wünsche in Bezug auf die Entbindung und auf die Unterstützung durch die medizinischen Fachpersonen aufgenommen. Zusätzlich wurde der psychische Zustand mittels einer Skala zur Einschätzung einer vorliegenden Depression verwendet. In einem zweiten Fragebogen drei bis sechs Monate postpartum wurden die Frauen erneut bezüglich ihrer Erwartungen, Wünsche und der Akzeptanz der erlebten Geburt befragt. Weiter wurden die Frauen auf Symptome der PTBS sowie das Vorhandensein von Depression und Angst untersucht.

Dazu wurden vier verschiedene Messmethoden verwendet:

- Das Beck Depression Inventory (BDI, Beck- Depressions- Inventar) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung von Symptomen einer Depression. Dieses Verfahren wurde in beide Fragebögen integriert.
- Das State Trait Anxiety Inventory (STAI, State Trait Angst Inventar) untersucht mögliche Angststörungen und ist auf Selbstaussagen aufgebaut. Dieser Test wurde ausschliesslich im zweiten Fragebogen einbezogen.
- Der Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire (PTSD-Q) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren, welches eine mögliche PTBS nach der Entbindung untersucht. Dieser Fragebogen wurde vom Posttraumatic Stress Disorder-Interview Scale (PTSD-I) abgeleitet. Dieses Messverfahren wurde in den zweiten Fragebogen eingeschlossen.
- Die Real and Desired Help Scale ist ein Verfahren, welches sich mit den Erwartungen, Wünschen und der Akzeptanz der erlebten Geburt in Bezug auf die Unterstützung durch das medizinischen Personal und die Familie befasst.

Auf die Reliabilität und die Validität wird nicht eingegangen, genau so wenig auf die Zahl und Rolle der Forscher.

## Massnahmen

Es wurden keine Massnahmen in der Studie durchgeführt.

## Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse ist unklar strukturiert, die Tabellen sehr knapp gegliedert und auf die wichtigsten Punkte konzentriert.

- 2.4% chronische PTBS nach 3- 6 Monaten
- 32.1% Symptome einer PTBS nach 3- 6 Monaten
- Ängstlichkeit beeinflusst das Auftreten einer PTBS
- eine Depression beeinflusst das Auftreten einer PTBS
- persönliche Faktoren beeinflussen das Auftreten und die Genesung von einer PTBS
- vorgeburtliche Risikofaktoren:
  - medizinische Probleme während der SS
  - Hyperemesis
  - Vorzeitige Kontraktionen
  - Hospitalisierungen während der SS
  - Vorgängige Fehlgeburten
- Risikofaktoren einer PTBS nach der Entbindung:
  - neuaufgetretene psychische Probleme wie Depression oder Angststörung

Die Daten wurden mittels ANOVA und dem Newman- Keuls Post Hoc Test ausgewertet. Die Verfahren werden nicht weiter beschrieben. Das Signifikanzniveau wird beschrieben und verglichen. Die statistischen Tests scheinen für die Forschungsfrage geeignet.

Mögliche Unterschiede zu vorgängigen Studien werden benannt und Lösungsvorschläge gemacht. Die Forscher diskutieren die klinische Relevanz der Ergebnisse und geben mögliche Erklärungen dazu ab.

## Dropouts/ Ausscheiden von Teilnehmern

Die Autorinnen nennen keine Dropouts in ihrer Studie.

## Schlussfolgerungen und klinische Implikationen

Die Studie gibt Empfehlungen für die Praxis ab und macht Vorschläge, wie diese umsetzbar wären. Auch für die weitere Forschung werden Vorschläge abgegeben, beispielsweise die Notwendigkeit für die Erkennung und Behandlung einer posttraumatischen Belastungsstörung.

Olde, E., Van der Hart, O., Kleber, R. und Van Son, M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth: A Review. *Clinical Psychology Review*, 26, 1- 16

---

Die vorliegende Studie wurde nach Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D., G. und The PRISMA Group (2009) beurteilt.

## **Titel**

---

### Titel

Der Titel der Review lautet: Posttraumatic stress following childbirth: A review. Aus dem Titel lässt sich schliessen, dass es sich um eine systematische Übersichtsarbeit handelt. Angaben bezüglich einer Metaanalyse fehlen.

## **Zusammenfassung**

---

### Strukturierte Zusammenfassung

Das Ziel der Review ist die bereits vorhandene Literatur bezüglich der Risikofaktoren, welche im Zusammenhang mit postpartalen posttraumatischen Stresssymptomen oder einer posttraumatischen Belastungsstörungen stehen, zu analysieren. Es wurde in den Datenbanken MEDLINE und PSYCHLIT gesucht. Das primäre Kriterium zur Auswahl der Studien war, dokumentierte Zusammenhänge zwischen der Entbindung und posttraumatischen Stresssymptomen oder einer posttraumatischen Belastungsstörung zu finden. Es wurden Fallstudien und quantitative Studien, welche Spontangeburt und Sectiones einschlossen, berücksichtigt. Es werden Resultate wie der Zusammenhang zwischen einem traumatischen Geburtserlebnis und dem Auftreten von posttraumatischen Stresssymptomen oder sogar einer posttraumatischen Belastungsstörung erläutert. Aus der Review gehen signifikante Risikofaktoren wie bereits bestehende psychische Probleme, Ängstlichkeit, geburtshilfliche Interventionen, mangelnde Interaktionen zwischen der Frau und dem medizinischen Personal oder der mütterliche Kontrollverlust hervor. Es wird ebenfalls festgestellt, dass traumatische Reaktionen auf Grund einer Entbindung im Gesundheitswesen eine Problematik darstellen, welcher auch auf Grund der Häufigkeit mehr Beachtung zu schenken ist. Um die posttraumatische Belastungsstörung genauer analysieren zu können, wird darauf aufmerksam gemacht, dass für die weitere Forschung vermehrt prospektive Studiendesigns verwendet werden sollten.

## Einleitung

---

### Hintergrund und Rationale

In der Review wird aufgezeigt, dass das Bewusstsein möglicher psychischer Probleme nach einer Entbindung zwar vorhanden ist, aber die Möglichkeit an einer posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken, zu wenig beachtet wird. Der geschichtliche Hintergrund der PTBS wird beschrieben und kurz deren Symptome genannt. Es wird eine Definition geliefert, um eine gute Basis für das Verständnis der Review zu schaffen. Weiter geht die Review darauf ein, dass bislang lediglich der Zusammenhang zwischen der posttraumatischen Belastungsstörung und regelabweichenden bzw. regelwidrigen Entbindungen erforscht wurde. Die Notwendigkeit der Review wird mit den Wissenslücken, welche den Zusammenhang einer PTBS mit der regelrichtigen Entbindung untersucht, begründet.

### Ziele

Das Ziel ist die bereits vorhandene Literatur betreffend der Prävalenz und der Risikofaktoren einer posttraumatischen Belastungsstörung und deren Symptome infolge einer Entbindung zu untersuchen. Es werden Mütter nach Aborten, Totgeburten oder intrauterinem Fruchttod ausgeschlossen. Weiter werden sowohl Fallstudien wie auch empirische Studien bezüglich klinischen, ätiologischen und epidemiologischen Aspekten der posttraumatischen Stresssymptome oder der posttraumatischen Belastungsstörung berücksichtigt.

## Methoden

---

### Protokoll und Registrierung

Keine Angaben dazu vorhanden

### Auswahlkriterien

Es wurde in den Datenbanken MEDLINE und PSYCHILT gesucht. Folgende Schlüsselwörter wurden dazu verwendet: posttraumatic stress, PTSD, childbirth und traumatic delivery. Ein wichtiges Einschlusskriterium war der Bericht einer PTBS infolge eines traumatischen Geburtserlebnisses. Weiter wurde lediglich englischsprachige Literatur im Zeitraum von Januar 1977 bis November 2003 eingeschlossen. Studien wurden anhand folgender Kriterien eingeschlossen: Frauen mit erfolgreichen Geburten, Spontangeburt oder Sectiones, PTBS-Symptome müssen auftreten, die Prävalenz der PTBS und Risikofaktoren für das Auftreten einer PTBS müssen erwähnt sein.

### Informationsquellen

Keine Angaben dazu vorhanden

### Suche

Keine Angaben dazu vorhanden

### Auswahl der Studien

Anhand der oben genannten Einschlusskriterien wurden 34 Studien gesichtet. Neun dieser Studien wurden ausgeschlossen, da sie posttraumatische Stresssymptome bezüglich gynäkologischer oder geburtshilflicher Interventionen behandelten oder Aborte, Fehlgeburten, Totgeburten oder Komplikationen während der Schwangerschaft untersuchten. Eine Studie wurde ausgeschlossen, weil sie speziell auf Eltern mit einer schwierigen Geburt einging und eine weitere, weil sie Stressoren des Alltags in Bezug auf die Geburt untersuchte. Zwei Artikel wurden ausgeschlossen, weil keine ursprüngliche Datenrecherche ausfindig gemacht werden konnte. Weiter wurde eine Studie limitiert, da es sich um einen Brief handelte. Schliesslich wurden 19 Studien, die als Fallstudien oder in einem quantitativen oder qualitativen Design vorlagen, eingeschlossen.

### Prozess der Datengewinnung

Keine Angaben dazu vorhanden

### Datendetails

Keine Angaben dazu vorhanden

### Risiko der Verzerrung in den einzelnen Studien

Keine Angaben dazu vorhanden

### Effektschätzer

Keine Angaben dazu vorhanden

## Synthese der Ergebnisse

Keine Angaben dazu vorhanden

## Risiko der Verzerrung über Studien hinweg

Keine Angaben dazu vorhanden

## Zusätzliche Analysen

Keine Angaben dazu vorhanden

## **Ergebnisse**

---

### Auswahl der Studien

Keine Angaben dazu vorhanden

### Studienmerkmale

Keine Angaben dazu vorhanden

### Risiko der Verzerrung innerhalb der Studien

Keine Angaben dazu vorhanden

### Ergebnisse der einzelnen Studien

#### Prävalenz

Sechs Studien berichten, dass rund 2.8% bis 5.6% der Frauen sechs Wochen postpartum Kriterien einer PTBS erfüllen. Sechs Monate postpartum verringert sich jedoch das Vorkommen bis auf 1.5%. Es wurde bei den oben genannten Studien vergleichbare Messmethoden, die sich an den Kriterien des DMS-IV orientierten, angewandt.

## Risikofaktoren

Eine Studie kam zum Schluss, dass psychische Vorerkrankungen bzw. Behandlungen, Nulliparität, negative Geburtserfahrungen oder inadäquate Unterstützung des medizinischen Personals Risikofaktoren darstellen, welche das Auftreten einer PTBS begünstigen. In einer anderen Studie wurde gezeigt, dass psychische Probleme, Angst, Panik, der mütterliche Kontrollverlust oder geringe Unterstützung des Partners Risikofaktoren sind, welche Symptome einer PTBS begünstigen.

Weiter stellte eine Studie fest, dass zusätzliche medizinische Interventionen Risikofaktoren für das Auftreten einer PTBS sind. Laut einer weiteren Studie stellen eine schwierige Schwangerschaft, eine PDA, erschwerte Schmerzverarbeitung ebenso signifikante Risikofaktoren dar.

## Sectio

Ein Notfallkaiserschnitt oder eine vaginal operative Entbindung kann bei den betroffenen Frauen Symptome einer PTBS auslösen, wobei bei einer normalen vaginalen Entbindung oder bei einer elektiven Sectio keine PTBS Symptome nachgewiesen werden konnten. Weiter sind Frauen, welche positive Erwartungen gegenüber ihrer bevorstehenden Geburt haben im Vergleich zu Frauen ohne konkrete Erwartungen zum Geburtsverlauf öfter von Symptomen einer PTBS betroffen.

## Methodische Eigenschaften bezüglich der Prävalenz

### Untersuchungszeitpunkt

In einer Studie wurden die Frauen bereits vier bis sechs Wochen postpartum auf die Kriterien der PTBS untersucht, es wurde eine Prävalenz von 5.6% festgestellt. Diese Studie ist die einzige, die bereits zu diesem frühen Zeitpunkt eine Untersuchung durchgeführt hat. Eine andere Studie zeigt, dass die Zahl der betroffenen Frauen im Laufe der Zeit abnehmend ist. Dieses Phänomen lässt sich durch die mögliche Spontanheilung der PTBS erklären. Beispielsweise zeigten Frauen eine Prävalenz von 2.8% nach sechs Wochen und lediglich eine Prävalenz von 1.5% nach sechs Monaten.



## Verwendete Messmethoden

In allen Studien wurde ein Fragebogen verwendet, welcher von den Frauen selbst ausgefüllt werden konnte. Den Forschern wurde so die Möglichkeit genommen, Erklärungen abzugeben oder weitere Fragen zu stellen. Lediglich zwei Studien haben den TES Fragebogen verwendet, welcher alle sechs Kriterien des DSM-IV einschliesst. Drei weitere Studien haben Fragebögen verwendet, welche das A Kriterium des DSM-IV ausgeschlossen haben. Weiter wurde der PSS Fragebogen verwendet, welcher das Kriterium A und F des DSM-IV ausschliesst. Der PTDS-Q Fragebogen und der IES Fragebogen wurden eingesetzt, um Gefühle der Ablehnung und wiederkehrende Gedanken zu untersuchen. Ebenfalls wurden Teile des GHQ-28 Fragebogens verwendet.

## Eigenschaften der Population

Gewisse eingeschlossene Studien weisen kleine Stichproben auf, wodurch keine allgemeingültigen Aussagen bezüglich der gesamten Population möglich sind. Weiter wurden in einigen Studien lediglich Primiparae eingeschlossen, somit waren keine Aussagen bezüglich Multiparae möglich. In einer anderen Studie wurden nur Frauen berücksichtigt, welche nach der Entbindung hospitalisiert wurden. Weiter berücksichtigte eine Studie ausschliesslich Frauen, welche einen Geburtsvorbereitungskurs besucht hatten. Ebenfalls konnte in den vorliegenden Studien festgestellt werden, dass Frauen, welche frühzeitig aus der Studie ausschieden, deutlich jünger und schlechter gebildet waren, einen tieferen sozioökonomischen Schicht angehörten, mehrere Kinder hatten und öfter getrennt oder geschieden waren. Daraus lässt sich schliessen, dass diese Frauen mit mehr Alltagsproblemen konfrontiert sind, weniger Zeit haben und einem höheren Stressniveau ausgesetzt sind und daher ein erhöhtes Risiko für das Auftreten einer PTBS haben.

## Methodische Eigenschaften bezüglich der Risikofaktoren

### Persönliche Eigenschaften

In mehreren Studien wurden vorbestehende Angststörungen als ein wesentlicher Risikofaktor für das Auftreten einer PTBS identifiziert. Über andere persönliche Eigenschaften lassen sich bislang keine signifikanten Aussagen machen.

## Geburtshilfliches Prozedere

Verschiedene geburtshilfliche Interventionen wie ein Notfallkaiserschnitt, eine Forceps-Entbindung, eine Vacuumgeburt, eine PDA und eine Episiotomie erhöhen das Auftreten einer PTBS. Es ist jedoch zu beachten, dass auch eine Spontangeburt zu einer PTBS führen kann.

## Schmerz

In der Literatur wird der Schmerz als ein möglicher Risikofaktor für die Entstehung einer PTBS erwähnt, jedoch ist in nur einer Studie belegt, dass Schmerz unter der Geburt ein signifikanter Risikofaktor darstellt. In zwei weiteren Studien kam heraus, dass der Geburtsschmerz zwar das Gefühl der Not bzw. Verzweiflung erhöht, jedoch nicht in einem direkten Zusammenhang mit der PTBS steht. Jedoch kann der mütterliche Kontrollverlust das Risiko des Auftretens einer PTBS erhöhen.

## Interaktionen zwischen Frauen und dem medizinischen Personal

In den vorliegenden Studien konnte gezeigt werden, dass eine negative Interaktion zwischen der Frau und dem medizinischen Personal in einem direktem Zusammenhang mit der posttraumatischen Belastungsstörung und deren Symptomen steht.

## Die Geburt als traumatisches Ereignis

1/3 der befragten Frauen erfüllten das A Kriterium des DSM-IV. Ein wesentlich kleinerer Teil der Frauen erfüllte das gesamte PTBS- Profil. Es konnten auch Frauen identifiziert werden, welche die Geburt nicht als traumatisch empfanden, jedoch Symptome einer PTBS aufwiesen. Dies kann durch Verdrängung, welche mit einer PTBS einhergehen kann oder eine vorliegende Amnesie, welche ebenfalls durch eine PTBS ausgelöst werden kann, begründet.

## Ergebnissynthese

Keine Angaben dazu vorhanden

## Risiko von Verzerrung über Studien hinweg

Keine Angaben dazu vorhanden

Zusätzliche Analyse

Keine Angaben dazu vorhanden

## Diskussion

---

### Zusammenfassung der Evidenz

#### Prävalenz

Die Prävalenz der PTBS sechs Wochen postpartum liegt zwischen 2.8% und 5.6% und nach sechs Monaten bei 1.6%.

#### Präpartale Risikofaktoren bezüglich PTBS

- Bereits bestehende psychische Probleme
- vorgängiges traumatisches Geburtserlebnis
- Ängstlichkeit
- Angststörungen

#### Peripartale Risikofaktoren bezüglich PTBS

- Mütterlicher Kontrollverlust
- Erhöhtes Stressniveau
- Mangelnde Unterstützung durch das medizinischen Personal oder den Partner

#### Einschränkungen

Keine Angaben dazu vorhanden

#### Schlussfolgerungen

##### Wesentliche Resultate

- PTBS kann nach einer Entbindung entstehen und sollte vom medizinischen Personal in Zukunft bedacht werden
- Primäre und sekundäre Prävention ist ein wichtiger Teil zur Verhinderung einer PTBS
  - Primäre Prävention → realistische Geburtsvorbereitung (mögliche geburts-  
hilfliche Interventionen und deren Vor-/ Nachteile), eine umfassende Anam-  
neseerhebung
  - Sekundäre Prävention → Untersuchung auf mögliche Symptome einer PTBS  
nach der Entbindung, ein Nachgespräch führen

Es wird weitere Forschung für ein umfassendes Verständnis der posttraumatischen Belastungsstörung und möglichen begünstigenden Risikofaktoren benötigt. Weiter fehlen bislang Studien, welche über einen längeren Zeitraum als sechs Monate postpartum durchgeführt wurden.

### **Finanzielle Unterstützung**

---

Finanzielle Unterstützung

Keine Angaben dazu vorhanden