Hyperemesis als Abgrenzungsversuch – ein Fallbericht

L.	Lieselotte	Winkler
H.		Graeff

Frauenklinik der TU München (Vorst.: Prof. Dr. H. Graeff)

Dipl.-Psych. Lieselotte Winkler, Frauenklinik der TU München, Ismaningerstraße 22, D-8000 München 80

Meine österreichischen Kolleginnen Ringler, Krizmanits und Wimmer-Puchinger [1, 2, 3] weisen in ihren Studien auf eine Reihe von Übereinstimmungen bei Hyperemesispatientinnen hin: die Tendenz zur Beschönigung von Problemen und Harmonisierung von Beziehungen, sowie eine Überangepasstheit und starke Identifizierung mit der Mutter. Erbrechen korreliert positiv mit den Elternbesuchen. Diese mit Fragebogen erhobenen Daten werden in der Arbeit am Einzelfall interpretierbar und verständlicher. Bei unserem Fall handelt es sich um eine 25jährige Versicherungsangestellte, verheiratet, bisher ohne Kinder. Sie befindet sich in der 8. SSW, erlitt vor 2 Jahren einen Abort in der 12. Woche. Sie kam am Wochenende mit massivem Erbrechen und ist bei unserem ersten Gespräch fast wieder beschwerdefrei. Als ich sie nach schwierigen Situationen in der letzten Zeit frage, antwortet sie aus voller Überzeugung, daß alles ganz normal gewesen sei. Erst als ich intensiver nachbohre, erfahre ich, daß sie sich von ihrem Chef aufgrund der Schwangerschaft fallengelassen fühlt und Angst vor einem neuerlichen Abort hat. Sie verbringt außerdem jedes Wochenende auf dem Land, wo sie sowohl von der Mutter als auch von der Schwiegermutter schon mit Riesenansprüchen erwartet wird. Als wir so auf die Wichtigkeit der eigenen Wünsche zu sprechen kommen, weint sie und merkt, daß sie sich völlig überfordert fühlt. Sie wird 2 Tage später entlassen, kommt jedoch 5 Stunden später mit massiven Brechanfällen in die Klinik zurück. In den folgenden 2½ Wochen erbricht und würgt sie fast halbstündig, auch nachts und verstärkt an den Wochenenden. Ihr zunehmender Verfall und der verzweifelte Blick bringen auch das Personal an seine Grenzen.

Die Beziehung zwischen mir und der Patientin reduziert sich auf die entwicklungsge-schichtlich früheste Form des Mutter-Kind-Kontakts. Ich bin jeden Tag für eine gewisse Zeit bei der Patientin, soll nur „da“ sein, ohne eigenen Anspruch, soll ihr Leiden sehen und es aushalten. Ich muß spüren, wann meine Hand gebraucht wird, und wann ich gehen soll, wann ich mir einen Stuhl zum Sitzen nehmen darf und wann ich nur „jederzeit verabschied-bar“ neben dem Bett hocken darf. Jeder Versuch, mit Worten dem Sinn des Symptoms näherzukommen, wird durch Brechattacken unterbunden. Die unbewußte Frage an mich lautet: Darf ich krank sein, ganz im Mittelpunkt stehen, auf deine Wünsche (ein psychologi-sches Verstehen) pfeifen, und bleibst du dann trotzdem da?

In der 4. Woche des Aufenthalts erinnert die Patientin erstmals einen Traum. Es entspinnt sich ein langes Gespräch daraus, in dem uns viele Zusammenhänge mit der Geschichte der Patientin deutlich werden. Die Mutter litt viele Jahre unter schweren Depressionen. Sie war mit ihrer eigenen Not und Bedürftigkeit so beschäftigt, daß die kleine Tochter mit ihren Wünschen auf der Strecke blieb. Nur wer starker litt als die Mutter, war vorübergehend wichtig.

Freie Vorträge (Psychosomatik)

Zur momentanen Verschlechterung der Symptomatik fällt der Patientin nun ein, daß sich, gegen ihren Willen, die Mutter für einen Besuch am Wochenende angekündigt hat. Die Patientin befürchtet, in ihrem schon gebesserten Zustand wieder die Mutter trösten zu müssen.

Am folgenden Montag sitzt die Patientin lachend im Bett. Sie hat mit den Eltern telefoniert und den Besuch verschieben können.

In der 6. Woche zwingt ein Rückfall die Patientin in die Defensive. Sie schickt mich weg, will nicht sprechen. Sie deutet nur an, daß sie den ausstehenden Besuch der Eltern nun endlich über sich ergehen lassen will. Ich bleibe zum ersten Mai hart, spreche konkret das

Abgrenzungsproblem mit der Mutter an, was bei der Patientin zu heftigem Weinen und Erbrechen führt. Sie will schließlich, daß ich die Eltern anrufe, ich aber sage ihr meine Unterstützung zu, falls sie beim eigenen Versuch scheitern sollte. Der Versuch gelingt. Sie erreicht eine längere Schonzeit, die Symptomatik klingt noch am selben Nachmittag ab.

Als sie sich in der 7. Woche gegen eine aufdringliche Patientin abgrenzen kann, erkennt sie, daß sie jetzt genug Kraft hat, sich dem Leben wieder zu stellen. Sie verläßt nach 8 Wochen Aufenthalt die Klinik, kehrt auch an den Arbeitsplatz zurück, und verbringt die Zeit bis zur Entbindung nur noch von wenigen Brechepisoden begleitet.

Der geschilderte Fall ist ein fast büderbuchmäßiges Beispiel für die These, daß in der Schwangerschaft bisher unverarbeitet gebliebene Konflikte neu belebt werden und in verschiedenen Formen zur Bearbeitung drängen.

Nicht minder interessant als die hier dargestellte Mutter-Tochter-Problematik wäre die Beziehung der Patientin zum schwerstbehinderten Ehemann. Sie hatte die Mutter nur für einen noch pflegebedürftigeren Mann ohne Schuldgefühle verlassen können.

Literatur

Ringler, M.; Krismanits, A.: Zur Psychosomatik der Emesis Gravidarum: Wahrnehmungs- und Einstellungsmuster von Frauen in der Frühschwangerschaft. Z. Geburtsh. u. Perinat. 187: 246–249 (1983).

Ringler, M.; Krismanits, A.: Zur Psychosomatik der Emesis Gravidarum: Die somatische und psychosoziale Situation von Frauen in der Frühschwangerschaft. Z. Geburtsh. u. Perinat. 188: 234–238 (1984).

Wimmer-Puchinger

B.: Zur Bedeutung der Mutter-Tochter-Beziehung in der Schwangerschaft am Beispiel der Hyperemesis gravidarum

in: Fedor-Freyberg (ed.): Prä-natale und perinatale Psychologie und Medizin. München Saphir 67–76 (1987).