2. Hauptthema: Sektio-Indikationen

Gynäkol Geburtsh Rundsch 1992;32(Suppl 1):70-71

Psychische Aspekte der Sectio caesarea

M.		Longer
----	--	--------

I. Univ.-Frauenklinik Wien (Stellv. Vorst.: Prof. Dr. E. Kubista)

Univ.-Doz. Dr. M. Langer, I. Univers.-Frauenklinik, Spitalgasse 23, A-1090 Wien

Die Geburt ist eine zentrale Erfahrung im weiblichen Lebenszusammenhang. Man kann daher erwarten, daß eine gravierende Abweichung vom erwarteten Ablauf", wie sie die Sektio darstellt, auch bedeutende Folgen haben kann und psychische Verarbeitungsprozesse nach sich zieht. Darüberhinaus haben sich in den letzten 10 Jahren unabhängig voneinander, aber gleichzeitig zwei Entwicklungen in der Geburtshilfe vollzogen: ein Trend zu einer familienorientierten Geburt mit kritischer Betrachtung geburtshilflicher Technik, und ein Anstieg der Rate an Schnittentbindungen. Man kann also vermuten, daß ein größer werdender Anteil von Frauen sich auf eine bewußt erlebte und gestaltete Spontan-Geburt vorbereitet, aber dann aus medizinischer Indikation per Sektio entbunden wird. Die Kenntnis der psychischen Verarbeitung eines Kaiserschnitts und eventueller negativer Folgen ist daher von großer Bedeutung, um die „psychosoziale Morbidität“ der Geburtshilfe (Oakley 1983) zu verringern. Zum Verständnis psychischer Folgen der Sektio können auch jene Frauen beitragen, bei denen ohne zureichenden somatischen Grund eine Sektio aus „psychosozialer Indikation“ durchgeführt wird. Bei der Bewältigung einer Sektio können verstärkt (passagere) depressive Reaktionen im Wochenbett auftreten. Verantwortlich dafür sind unter anderem der Bewußtseinsverlust und die „Erinnerungslöcher“ in der so eminent wichtigen Phase der Geburt des Kindes, die ausgesprochen belastend für Frauen mit Allgemeinanästhesie sein können (Affonso 1981). Hingegen waren Frauen nach einer Sektio in Epiduralnarkose, also bei erhaltenem Bewußtsein und erhaltener Kontinuität der Erinnerung, signifikant weniger depressiv und erlebten die Geburt positiver als Frauen mit Allgemeinanästhesie (Garel 1987).

Selbst wenn das Neugeborene nicht auf eine Kinderstation transferiert werden muß, verläuft vor allem die sehr frühe Mutter-Kind-Beziehung nach Sektio beeinträchtigt. Der erste Kontakt zwischen Mutter und Kind und das erste Stillen vollziehen sich signifikant später, und – noch unter dem Eindruck der Operation – können die Frauen sich nur mehr ungenau daran erinnern (Garel 1987). Es muß allerdings betont werden, daß bereits nach 6 Tagen, also meist noch vor der Spitalsentlassung, Frauen mit Kaiserschnitt das Kind in gleicher Weise wahrnahmen wie Frauen nach Spontangeburt.

Durch die Diskrepanz zwischen den Erwartungen und Normalitätsvorstellungen der Schwangeren hinsichtlich der Geburt und dem späteren Geburtsverlauf kann das Selbstwertgefühl beeinträchtigt und die Identitätsfindung als Frau erschwert sein (Ringler 1985). Für viele Frauen stellt das Bewältigen der „Aufgabe“ Geburt einen wesentlichen Anteil ihrer Vorstellungen von Weiblichkeit dar. Besonders jene Frauen, die hohe Leistungsanforderungen an sich selbst stellen, sich intensiv auf die Geburt vorbereiten und ein eher rigides Bild von einer „richtigen Geburt“ und einer „guten Mutter“ haben, erleben einen Kaiserschnitt oft als Fehlschlag oder Mißerfolg und als eine Kränkung ihrer generativen Fähigkeiten als Frau.

Die Bearbeitung dieser intensiven Gefühle im Wochenbett wird dann erschwert, wenn von ärztlicher Seite ausschließlich darauf hingewiesen wird, daß wegen der richtigen und notwendigen Sektioindikation „alle froh sein können, daß es noch einmal gut gegangen ist“. Gerade weil die betroffene Frau dies weiß und den Einsatz der Ärzte und Hebammen durchaus schätzt, fällt es ihr schwer, die negativen Anteile der ambivalenten Gefühle ihnen gegenüber zu äußern.

Deutliche Unterschiede haben sich zwischen der Verarbeitung einer geplanten und einer Sektio nach Wehenbeginn gezeigt. Die Möglichkeit, sich auf die Schnittentbindung vorzubereiten und sie antizipatorisch zu verarbeiten, drückte sich in einer größeren Zufriedenheit mit dem Geburtserlebnis aus (Lipson u. Tilden 1980, Affonso 1981).

Die Motive zu einer „psychosozialen“ Sektioindikation unterstreichen diesen letzten Befund: bei Mehrgebärenden steht die Angst vor einer neuerlichen Notfallsektio mit 50 % aller Motive an erster Stelle, gefolgt von Ängsten vor traumatischen Spontangeburt. Bei Erstgebärenden führen massive Geburtsängste vor schweren Persönlichkeitsstörungen.

Aus diesen Überlegungen lassen sich eine Reihe von praktischen Konsequenzen ableiten. Bei geplanten, elektiven Kaiserschnitten sollten die Schwangeren vermehrt auf

die Möglichkeit einer Epiduralanästhesie aufmerksam gemacht werden. Bei Notfallsektionen sollte durch empathische Informationsvermittlung, kontinuierliche Betreuung durch eine dafür abgestellte Person und durch Stützung des Partners alles getan werden, um das an sich unvermeidliche Trauma so gering wie möglich zu halten.

Für die Gespräche im Wochenbett sollten offene Fragen Gesprächsbereitschaft auch über ambivalente Anteile des Sektioerlebnisses signalisieren; ein Beispiel dafür wäre etwa: „Wenn Sie jetzt an die Geburt zurückdenken, welche Gedanken und Gefühle fallen Ihnen dann ein?“

Für die Schwangerenbetreuung und vor allem die Geburtsvorbereitung gilt, daß offene, flexible Vorstellungen eines „geglückten“ Geburtsablaufes, die auch die Möglichkeit medizinischer Interventionen bis hin zur Sektio

miteinbezieht, vermittelt werden sollten. (Vermieden werden sollten sinngemäß rigid-idealisierte Vorstellungen einer völlig „natürlichen“ Geburt, innerhalb derer bereits der unterstützende Einsatz von Wehenmitteln als Mißerfolg gilt und die so neue Leistungsanforderungen an die Gebärende einführen.)

Treten während der Schwangerschaft massive Geburtsängste auf, sollte die Schwangere unbedingt zu einer psychosomatischen Beratung und/oder Geburtsvorbereitung zugewiesen werden. Bei jener sehr geringen Anzahl von Frauen, bei denen trotz dieser Beratung unüberwindliche Geburtsängste und ein daraus resultierender Sektiowunsch bestehen, schlage ich eine offene Deklaration der Sektioindikation als „psychosoziale“ vor, anstatt sie -in der besten Absicht – hinter Verlegenheitsindikationen zu verbergen.

Literatur

Affonso, DD: Impact of Cesarean Childbirth. Davis. Philadelphia 1981. Garel M, Lelong N and Kaminski M: Psychological consequences of caesarean childbirth in primiparas. J. Psychosom Obstet Gynecol 6: 197-209.

Langer M: Somatopsychische Gynäkologie. Grundlagen und Patientenbetreuung Springer Verlag 1991.

Lipson, JG and Tilden VP: Psychological Integration of the Cesarean Birth Experience. *Amer J Orthopsychiat* 50: 598-609, 1980. Ryding EL: Psychosocial indication for Cesarean Section: a retrospective study *Acta obst gynecol scand* (70) 47-51, 1991.