

7. Diskussion

Hypertensive Erkrankungen in der Schwangerschaft gehören zu den häufigsten geburtshilflichen Komplikationen und bergen hohe Risiken für Mutter und Kind. Ihre Ätiologie ist nach wie vor ungeklärt, eine begrenzte Zahl psychosomatischer Studien sowie die Ergebnisse aus dem in den letzten Jahren intensiver beforschten pathophysiologischen Feld liefern Bruchstücke eines, wie es scheint, hochkomplexen Entstehungsbildes.

In meiner Arbeit untersuchte ich das Erleben von Schwangerschaft und Geburt einer Gruppe von zehn Frauen mit SIH im Schwangerschaftsverlauf. Die mit den Frauen mehrere Monate post partum geführten Interviews, in denen sie von Schwangerschaftsplanung, -verlauf, sozialen Bindungen, ihren Lebensverhältnissen und Problemen in dieser Zeit berichteten, wertete ich qualitativ nach der Methode von P. Mayring aus und verglich sie mit einer Kontrollgruppe von elf Frauen mit normalem Schwangerschaftsverlauf.

Zusätzlich erhob ich soziale Daten der interviewten Frauen: deren Alter, das Qualifikationsniveau, den Familienstand und ihre Schwangerschaftsanamnese.

Dabei stellt die Anzahl von insgesamt 21 befragten Frauen selbstverständlich keine repräsentative Zahl für eine statistische Erhebung dar.

7.2 Diskussion der sozialen Daten

7.1.1 Alter und Familienstand

In der Literatur wurde wiederholt gezeigt, dass im geburtshilflichen Sinne junge und ältere Frauen verstärkt zu Schwangerschaftskomplikationen neigen. (z.B. Kloss 1991) /70/ Erwartungsgemäß kann dies bei der vorliegenden geringen Anzahl von Daten in dieser Studie nicht bestätigt werden. Das Durchschnittsalter der Frauen mit SIH im Schwangerschaftsverlauf (26,8 Jahre) und der Frauen mit normalem Schwangerschaftsverlauf (26,6 Jahre) differiert nur sehr geringfügig; in der Gruppe der Frauen mit SIH im Schwangerschaftsverlauf findet sich eine im geburtshilflichen Sinne alte Frau (37 Jahre alt). Auch in Bezug auf den Familienstand lassen sich zwischen den beiden Gruppen keine nennenswerten Unterschiede feststellen.

7.1.2 Qualifikationsniveau

Auf den Zusammenhang zwischen einem niedrigeren Qualifikationsniveau und Schwangerschaftskomplikationen wird in der Literatur hingewiesen. /71/ Ein niedrigeres Qualifikationsniveau kann in der Folge dazu führen, dass belastende, auch häufiger körperlich belastende Arbeiten ausgeübt werden; auch geht ein niedrigeres Qualifikationsniveau häufiger mit einer finanziell schwierigen Situation einher, die einen weiteren externen Stressor in der Schwangerschaft darstellen kann. Die in der Literatur zitierte Verteilung der Qualifikationsniveaus lässt sich in dieser Arbeit bestätigen: bei den Frauen mit SIH im Schwangerschaftsverlauf findet sich ein niedrigeres Qualifikationsniveau (eine Frau mit Hochschulabschluss, drei Frauen ohne beruflichen Abschluss) als bei den Frauen mit normalem Schwangerschaftsverlauf (vier Frauen mit Hochschulabschluss, eine Frau ohne beruflichen Abschluss).

7.1.3 Schwangerschaftsanamnese

Junge Primipara gelten in der Literatur als Risikogruppe für die Entwicklung einer Gestose. /44/ Einer Schwangerschaft vorangehende Fehlgeburten sind Erlebnisse, die für die folgende Schwangerschaft eine erhebliche Angstbelastung darstellen können. Vorangegangene Schwangerschaftsunterbrechungen können unter Umständen von einer ambivalenten oder ablehnenden Einstellung der Frau einer Schwangerschaft gegenüber zeugen. In dieser Studie stellen sich beide Gruppen in Bezug auf ihre Schwangerschaftsanamnese jedoch relativ einheitlich dar. Die Anzahl der Primipara ist in beiden Gruppen annähernd gleich (sieben Primipara unter den zehn Frauen mit SIH im Schwangerschaftsverlauf; acht Primipara unter den elf Frauen mit normalem Schwangerschaftsverlauf). In der Gruppe der Frauen mit SIH im Schwangerschaftsverlauf finden sich drei Frauen, die bereits Kinder geboren haben, zwei Frauen, die Fehlgeburten erlitten haben, und drei Frauen, die Schwangerschaftsunterbrechungen haben durchführen lassen. In der Gruppe der Frauen mit normalem Schwangerschaftsverlauf haben drei Frauen bereits Kinder geboren, drei Frauen haben Fehlgeburten erlitten, zwei Frauen haben Schwangerschaftsunterbrechungen durchführen lassen.

7.1.4 Einzel- und Mehrlingsschwangerschaften

In der Gruppe der Frauen mit SIH im Schwangerschaftsverlauf finden sich drei Frauen, die jeweils Zwillinge ausgetragen haben. In der Gruppe der Frauen mit normalem Schwangerschaftsverlauf gab es keine Zwillingsschwangerschaften. In der Literatur gelten Mehrlingsschwangerschaften als Risikofaktor für die Entwicklung einer Gestose. /44/ Folgt man den Ausführungen Redmans, der die Entwicklung einer Gestose als systemische Entzündungsreaktion des mütterlichen Organismus auf nekrotische Trümmer, abgelöst von der Oberfläche der Plazenta, beschreibt, die durch eine große Plazenta, einen abnormalen Stimulus einer kleinen Plazenta, oder eine exzessive mütterliche Sensitivität für einen solchen Stimulus forciert wird, wäre die Reaktion auf eine Zwillingsschwangerschaft, mit evtl. zwei Plazenten ebenfalls als Reaktion auf einen größeren Stimulus denkbar.

Jedoch kann eine Zwillingsschwangerschaft ebenso eine psychische Belastung darstellen. Frau H4 erlebt die Nachricht, dass sie Zwillinge erwartet, als großen Schock, den sie die ganze Schwangerschaft hindurch nicht richtig verarbeiten kann, während ihr Mann sich sehr freut. Frau H7 beschreibt vor allem die Reaktion ihres Mannes auf die Zwillinge als sehr erschreckt, berichtet auch von der Belastung durch die doppelte Arbeit nach der Geburt und von sich daraus ergebenden, partnerschaftlichen Problemen. Für Frau H8, die eigentlich gar kein Kind haben wollte, ist die Tatsache, dass sie Zwillinge erwartet, ein zusätzlicher Druckfaktor diese auszutragen, da ihre kürzlich verstorbene Mutter sich Zwillinge gewünscht hat. In jedem dieser Fälle bedeutet die Zwillingsschwangerschaft eine Verschärfung eventuell schon bestehender Angst oder ablehnender Gefühle gegenüber der Schwangerschaft und erhöht den Stress der werdenden Mütter.

7.2 Diskussion der Auswertung der Kategorien

7.2.1 Schwangerschaft und Stressbelastung

Eine Schwangerschaft ist eine Zeit großer Veränderungen im Leben einer Frau. Geplant oder ungeplant erfordert eine Schwangerschaft eine Neuorientierung und Anpassung an eine veränderte Lebenssituation.

Mit den Veränderungen in der Lebenssituation, ändern sich auch die Beziehungen zu den engen Bezugspersonen, wie zur Familie oder zum Partner.

Dass das Auftreten von Schwangerschaftskomplikationen und -beschwerden durch während der Schwangerschaft auftretende Stressereignisse und Belastungen beeinflusst wird, ist in der Literatur allgemein anerkannt. Auch dass diese stressenden Einflüsse durch soziale Unterstützung, aber vor allem auch durch Persönlichkeitsmerkmale der Schwangeren, moduliert werden können, wie z.B. eine ängstliche Grundeinstellung ein verstärktes Erleben von Stress bedingt, gilt als gesichert. /24/ /39/ /41/

Wimmer-Puchinger fasst die Ergebnisse zahlreicher Studien zu dieser Thematik folgendermaßen zusammen: „Stressereignisse, Ängstlichkeit, Einstellung zur Schwangerschaft und erfahrene soziale Unterstützung wirken in vielfältiger Weise auf den Schwangerschaftsverlauf ein.“ /3/

Mit Stress, als einem Auslöser von Hypertonie, beschäftigen sich im Feld der Hypertonusforschung v.a. Studien, die den Zusammenhang zwischen Arbeitsstress und Blutdruckerhöhung behandeln. Dabei weisen mehrere aktuelle Studien einen Zusammenhang zwischen hohem Arbeitsstress und einem Anstieg der Blutdruckwerte nach (z.B. Schnall et al. 1998; Sheldon et al 2005), eine Studie von Fauvel, M'Pio et. al. (2003) bestätigt diese Ergebnisse allerdings nicht. /53/ /56/ /54/

Auch die Beforschung hypertensiver Erkrankungen in der Schwangerschaft hat sich in den letzten Jahren vermehrt mit Stress und Belastung in den Schwangerschaften mit hypertensiven Verläufen beschäftigt.

Wenderlein wies schon 1983 darauf hin, dass an Gestose erkrankte Schwangere oft an schweren Stresssituationen finanzieller und beruflicher Art litten. /30/ Andere Studien bestätigen die Annahme, dass Schwangerschaften von SIH-Patientinnen vermehrt stressbelastet sind, oder von den Schwangeren als stressbelastet erlebt werden. /27/ /31/ /35/ Nissel et al. fanden jedoch keinen signifikanten Unterschied zwischen Frauen mit hohen und Frauen mit niedrigen Stresswerten, in Bezug auf das Auftreten hypertensiver Komplikationen. /32/

Dagegen belegen aktuelle Studien einen Zusammenhang von stressintensiven, beruflichen Tätigkeiten und dem Auftreten hypertensiver Erkrankungen in der Schwangerschaft, vor allem bei unqualifizierten Arbeiten, die einen niedrigen Entscheidungsspielraum und eine geringe Komplexität beinhalten. (Landsbergis et al. 1996, Klonoff-Cohen et al. 1996) /33/ /35/

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass Stress als Faktor für die Entstehung von Schwangerschaftskomplikationen, und in engerem Sinne auch als Risikofaktor für die Entstehung eines Schwangerschaftshypertonus angesehen werden kann.

Stress kann in einer Schwangerschaft durch vielfache Ereignisse entstehen oder verstärkt werden. Zum einen kann die Schwangerschaft selber als Belastung wirken, z.B., wenn sie nicht geplant und unerwünscht eintritt, oder durch in ihrem Verlauf entstehende Komplikationen, ihre Konsequenzen und mit ihnen verbundene Ängste. Konflikte mit engen Bezugspersonen können eine große Belastung darstellen. Die Reaktionen des weiteren Umfeldes können als positiv oder negativ empfunden werden. Die Arbeit kann als willkommene Beschäftigung und Abwechslung oder als weiterer Belastungsfaktor erlebt werden. Die medizinische Begleitung in der Schwangerschaft kann als entlastend, oder als Ärgernis und Stressor erlebt werden.

Dass eine Schwangerschaft ab dem Moment, in dem eine Schwangerschaftskomplikation diagnostiziert worden ist, als stressbelasteter erlebt wird, als eine komplikationslos verlaufende Schwangerschaft, scheint einsichtig.

Auch bei Schilderungen, die Ereignisse vor dem Einsetzen der Schwangerschaft schildern, muss natürlich bedacht werden, dass es sich um die Schilderung einer Erinnerung von Frauen handelt, deren Schwangerschaft entweder komplikationslos oder komplikationsbehaftet verlaufen ist. Der Verlauf der Schwangerschaft kann die Erinnerung an den Beginn und die Planung derselben modifiziert haben, z.B. bestehende Schwierigkeiten retrospektiv als besonders bedeutsam oder eben vernachlässigungswürdig erscheinen lassen.

Auffällig ist dennoch, wie unterschiedlich sich in den vorliegenden Interviews die Periode der Planung und des Beginnes der Schwangerschaft in den beiden befragten Gruppen darstellt.

Der Großteil der Frauen mit normalem Schwangerschaftsverlauf schildert ihre Schwangerschaften als gewünscht und geplant. Die Reaktion der Frauen auf ihre Schwangerschaft fällt zumeist freudig aus, bedeutsam scheint, dass dem auch so ist, wenn die Reaktion ihres Partners oder ihrer Mutter zurückhaltend oder gar ablehnend ausfällt. Es scheint bei diesen Frauen einen starken, eigenen Wunsch nach einem Kind zu geben, der sich auch gegen ein negatives Feedback der Umgebung durchgesetzt hat. Dabei sind in diesen Interviews in einem Großteil der Fälle Frau und Kindsvater einig, was die Schwangerschaft betrifft.

Probleme und Veränderungen, die die Schwangerschaft mit sich bringt, werden gesehen und ausgesprochen, wie bei Frau N3, die schildert, lange mit sich gerungen zu haben, bis der Wunsch nach einem weiteren Kind ihre Sorgen um ihre berufliche Situation überwogen hat.

Dass die Einstellung einer werdenden Mutter zur Mutterschaft Einfluss auf das Auftreten geburtshilflicher Komplikationen hat, ist gut vorstellbar, und in der Literatur mehrfach beschrieben worden. (z.B. Laukaran et al. 1980) /23/

Chalmers wies 1984 darauf hin, dass das Bewusstmachen und Aussprechen negativer Aspekte einer Schwangerschaft sich positiv auf den Schwangerschaftsverlauf auszuwirken scheint. /40/ In diesem Sinne könnte in dieser Gruppe die Gewünschtheit der Schwangerschaft und das Aussprechen von Konflikten oder Belastungen positive Auswirkungen auf den Schwangerschaftsverlauf haben; eine Unterdrückung von Kritik oder das Verleugnen von Belastung könnte im Umkehrschluss negative Auswirkungen auf den Schwangerschaftsverlauf haben. Von der unterschiedlichen Affekt- und Konfliktartikulation in den beiden Gruppen wird später noch ausführlicher die Rede sein.

Zur Geplantheit der Schwangerschaft bei SIH-Patientinnen finden sich in der Literatur keine Angaben. Jedoch fällt in den vorliegenden Interviews auf, dass die Mehrzahl der Schwangerschaften ungeplant oder nicht zu diesem Zeitpunkt geplant eingetreten ist. Dass eine Schwangerschaft, die ungeplant eingetreten ist, zunächst zu einer stressbelasteten Situation führt, ist leicht vorstellbar. Die Frau muss sich kurzfristig über ihre Wünsche klar werden, muss eine Entscheidung für oder gegen eine Schwangerschaft treffen und sich mit den Wünschen und Reaktionen ihres Umfeldes auseinandersetzen.

Alle Frauen, die in dieser Gruppe von einer ungeplanten Schwangerschaft berichten, berichten gleichzeitig auch von einer ablehnenden Reaktion ihrerseits, als sie von ihrer Schwangerschaft erfahren. Überhaupt reagieren in dieser Gruppe nur zwei Frauen freudig auf ihre Schwangerschaft. Auffällig ist in der Gruppe der Frauen mit SIH im Schwangerschaftsverlauf auch, dass bei einer ablehnenden Haltung ihres Partners oder ihrer Mutter gegenüber der Schwangerschaft, die Reaktion der Partnerin bzw. Tochter ebenfalls ablehnend oder zumindest zurückhaltend ausfällt.

Gleichzeitig gibt es hier eine Häufung der Konstellation eines über die Schwangerschaft sehr erfreuten Kindsvaters und einer ablehnend reagierenden Frau; auch die Kombination einer positiv reagierenden Mutter und eines positiv reagierenden Partners, die einer ablehnend oder zumindest zurückhaltend reagierenden Partnerin bzw. Tochter gegenüberstehen, kommt vor. All diese Konstellationen - sowohl die Ablehnung der Schwangerschaft durch die engsten Bezugspersonen als auch eine freudige Bejahung der Schwangerschaft durch dieselben, während

die Frau ablehnend reagiert, ist als sehr belastend und druckvoll für die Frau und Schwangere vorstellbar.

Die Reaktionen der engen Bezugspersonen scheinen in dieser Gruppe eine deutlich wichtigere und einflussreichere Rolle zu spielen als in der Gruppe der Frauen mit normalem Schwangerschaftsverlauf.

Bei den geplanten Schwangerschaften in der Gruppe der Frauen mit SIH im Schwangerschaftsverlauf ist die Planung gehäuft mit einer ambivalenten Einstellung verbunden, wie bei Frau H3, die sich als Reaktion auf die heftige Ablehnung ihrer Schwangerschaftspläne durch ihre Mutter kurzfristig wieder gegen eine Schwangerschaft entscheidet, Frau H5, die sich aufgrund einer partnerschaftlichen Krise kurzfristig ebenfalls wieder gegen eine Schwangerschaft entscheidet und Frau H4, die schildert, dass sie zum Schwangerschaftszeitpunkt nicht mehr schwanger haben werden wollen, da sie sich in der Zwischenzeit mit ihrem Partner auseinander gelebt hatte.

Auch hier ist es wieder die Auseinandersetzung mit den Bezugspersonen Mutter oder Partner, die zu einem Wechsel in der Entscheidung für oder gegen eine Schwangerschaft führt.

Überhaupt scheint die Schwangerschaft in dieser Gruppe häufig mit einem evtl. durch sie ausgelösten oder zumindest in ihrem Kontext symptomatisch gewordenen Konflikt mit einer der engsten Bezugspersonen verbunden zu sein.

7.2.2 Bezugspersonen und Konflikte

7.2.2.1 Mutter

Die Mutter ist naturgemäß für viele Frauen in ihrer Schwangerschaft eine wichtige Bezugsperson, kann aber auch Teil sich im Rahmen des Schwangerschaftsprozesses entwickelnder Konflikte sein.

Wimmer-Puchinger spricht davon, dass in der Schwangerschaft ein Bild von der eigenen Mütterlichkeit entsteht und es im Rahmen dieses Prozesses zur Auseinandersetzung mit der eigenen Mutter und zur Aktualisierung der Beziehung zur eigenen Mutter in der Kindheit kommt. /3/ Berger-Oser entwickelte 1984 in einer psychoanalytischen Studie in der 10 Patientinnen mit Hilfe von psychoanalytisch-diagnostischen Interviews untersucht worden waren, das Modell einer „malignen Symbiose“ zwischen SIH-Patientinnen und ihren Müttern.

Die Patientinnen hätten Mütter gehabt, die unfähig waren, ihren Töchtern Liebe und Aufmerksamkeit zu geben, von Beginn an hätte sich eine Mutter-Kind-Einheit gebildet, die von einer Atmosphäre des Zu-kurz-kommens und der Furcht, sich opfern zu müssen oder den anderen durch seine Bedürfnisse zu überfordern, geprägt gewesen sei. Die beidseitig daraus resultierenden, massiven, aggressiven Impulse müssten aber unterdrückt bleiben, weil in einer solchen Einheit jeder Angriff gleichzeitig eine Selbstzerstörung bedeuten würde. Es komme zu der malignen Symbiose, bei der die Mutter die Tochter in Abhängigkeit halten müsse, um sich vor deren freiwerdenden Vorwürfen zu schützen, und die Tochter gleichermaßen in Abhängigkeit und Idealisierung der Mutter verharren müsse, um sich selber vor ihrer eigenen massiven Wut und Traurigkeit zu schützen. In der Schwangerschaft erhalte diese Konstellation neue Aktualität. Die Frauen hielten Mutterschaft für erstrebenswert, jedoch entspreche es nicht ihrem inneren Bild einer abhängigen Tochter und führe somit zu neuen Konflikten. /28/

Auch bei Hypertoniepatienten finden sich Hinweise auf eine konflikthafte Mutter-Tochter-Beziehung: Perini et al. beschrieb, dass Hypertoniepatienten, die aus einengenden, überbeschützenden Familien stammten, also Hinweise auf eine gestörte Mutter-Kind-Beziehung gaben, in Konflikten negative Gefühle wie Hass, Wut oder Neid gegen die Person, von der sie innerlich abhängig waren, als Gefahr erlebten, die Angst vor Objektverlust und Schuldgefühle auslöste. /50/

Viele Elemente einer ähnlich konflikthafte konfigurierten Mutter-Tochter-Beziehung lassen sich in den vorliegenden Interviews der Frauen mit SIH im Schwangerschaftsverlauf wiederfinden. Während die Frauen mit normalem Schwangerschaftsverlauf ihre Mütter teilweise gar nicht erwähnen und, wenn sie dies tun, diese, und eventuell mit ihren Müttern bestehende Konflikte, zumeist eher distanziert und reflektiert schildern, präsentieren die Frauen der Gruppe mit SIH im Schwangerschaftsverlauf ein von starker Identifikation geprägtes Verhältnis zu ihrer Mutter. In den Schilderungen ihrer Tochter taucht die Mutter immer wieder als affektive Stellvertreterin auf, die die Reaktionen und Affekte zeigt, die in diesem Moment eigentlich von der Tochter zu erwarten wären. Konflikte mit der Mutter, wie sie z.B. Frau H3 und Frau H6 erleben, deren Mütter auf die Schwangerschaft der Tochter mit heftiger Ablehnung reagieren, scheinen als existenziell bedrohlich erlebt zu werden. In der Wiedergabe der Konflikte zwischen Mutter und Tochter findet sich allerdings eine große Variationsbreite: Es stehen Schilderungen, in denen der Konflikt mit der Mutter in einem hastigen, von Wiederholungen und Originalzitate geprägten Erzählstil wiedergegeben wird, der den inneren Aufruhr der Frau angesichts dieses Konfliktes

erkennen lässt, neben Interviews, in denen ein Konflikt oder Affront durch die Mutter nur noch erzählt wird, ohne dass dieser von der Tochter selbst als solcher erkannt oder benannt zu werden scheint. Dabei fällt auf, dass die Töchter jeweils versuchen, erklärende Konstrukte für das häufig eingreifende oder ablehnende Verhalten ihrer Mutter zu finden; mehrfach wird erklärt, die Mutter „wolle nur das Beste“ für ihre Tochter. Es wirkt, als dürfte die Mutter nicht kritisiert werden.

Die in den Interviews auffällige Identifizierung mit der Mutter, die sich, u.a., auch in den Versprechern äußert, in denen sich Frau H4, Frau H5 und Frau H6 mit ihrer eigenen Mutter in ihrer Erzählung verwechseln, die affektive Stellvertreterfunktion, in der die Mutter präsentiert wird und die Erklärungskonstrukte, mit denen die Töchter das Verhalten ihrer Mütter begründen, könnten Teil eines Schutzmechanismus sein, der die Mutter-Tochter-Beziehung in ihrer gegenwärtigen Form unterhält und weiter möglich macht.

Die Tatsache, dass sowohl die Mutter von Frau H3 als auch die von Frau H6 auf die Schwangerschaft ihrer Tochter mit heftigster Ablehnung reagieren, könnte dafür sprechen, dass eine Schwangerschaft hier als äußerst bedrohlich für die bestehende Mutter-Tochter-Beziehung empfunden wird. Auch der Konflikt zwischen Frau H10 und ihrer Mutter, der der aktuellen Schwangerschaft vorangegangen ist, behandelt eine Veränderung in der Mutter-Tochter-Beziehung im Sinne eines Emanzipationsversuches der Tochter: gegen den Willen ihrer Mutter heiratet Frau H10 einen von den Eltern abgelehnten Mann und zieht aus. Der von ihr selber als sehr bedrohlich erlebte Schritt aus der elterlichen Abhängigkeit, und der Obhut einer, wie sie beschreibt, dominanten Mutter, wird nach einer erlittenen Fehlgeburt von ihr wieder rückgängig gemacht. Die aktuelle Schwangerschaft spielt sich im Rahmen der „wieder hergestellten“ Mutter-Tochter-Beziehung ab; Ressentiments gegen die Mutter finden sich in der Erzählung, offene Kritik wird dagegen nicht geübt.

7.2.2.2 Partner

Wie die Beziehung zur Mutter wandelt sich auch die Beziehung zum Partner durch die Schwangerschaft. Aus einer Zweier- wird eine Dreierbeziehung, gemeinsame Verantwortung muss übernommen werden. /19/

Eine Schwangerschaft wird von beiden Partnern oft unterschiedlich erlebt. Ein offener Austausch der Partner, der das Teilen gemachter Erfahrungen und auch gegenseitige Hilfe bei Belastungen ermöglicht, wird sicherlich von beiden Partnern als stützendes Element während einer Schwangerschaft erlebt werden. Mehrere Autoren vertreten die Ansicht, dass zwischen dem Auftreten von Schwangerschaftskomplikationen und einer gestörten Partnerschaft Wechselbeziehungen bestehen. /72/ /83/

In psychosomatischen Studien zur Entstehung eines SIH finden sich so gut wie keine Ergebnisse, die sich mit dem Verhältnis zwischen SIH-Patientinnen und ihren Partnern beschäftigen.

Eine Ausnahme bildet Berger-Oser, die das Verhältnis ihrer Patientinnen zu ihren Vätern und Männern solcherart beschreibt: „Die Väter wurden als farblose, sich dem Einfluss der Mutter unterwerfende oder sich der Familie entziehende Männer beschrieben. In ähnlicher Weise schilderten die Patientinnen auch ihre Partner: blass, ohne ausgeprägte Individualität und Männlichkeit.“ /28/

In den vorliegenden Interviews kann dieser Eindruck der Partner der Frauen mit SIH im Schwangerschaftsverlauf als „farblos“ nicht ohne weiteres bestätigt werden. Im Gegenteil scheint der Partner, als zweite wichtige Bezugsperson neben der Mutter, zumindest in einem Teil der Schwangerschaftsverläufe eine wichtige Rolle gespielt zu haben.

Die Gruppe der Frauen mit SIH im Schwangerschaftsverlauf berichtet zudem von tief greifenden, belastenden Konflikten in der Partnerschaft. Dabei scheinen sich die Konflikte in dieser Gruppe jeweils um die Schwangerschaft zu formieren, oder in deren Zusammenhang ausdiskutiert zu werden: z.B. der Konflikt zwischen Frau H1 und ihrem Partner, der die Schwangerschaft rigoros ablehnt, ein Konflikt, der Frau H1 die ganze Schwangerschaft hindurch belastet; die Beziehungskrise zwischen Frau H5 und ihrem Partner, die der Grund ist, dass Frau H5 die Einnahme der Pille wieder aufnimmt; oder Frau H4, die zum Zeitpunkt der Schwangerschaft von ihrem Partner getrennt lebt, diesen nach eigenen Aussagen aber noch liebt, und nach eingetretener Schwangerschaft durchsetzt, dass die Beziehung wieder aufgenommen wird.

Es könnte sich hier also um eine Verquickung einer aus verschiedenen Gründen schon vor der Schwangerschaft problematischen Beziehung und einer in diesem Kontext eingetretenen Schwangerschaft handeln, die, oder schon deren Planung, wiederum starken Einfluss auf die Beziehung hat, deren Einfluss auf die Beziehung als destabilisierend erlebt wird oder die zum Aufbruch alter und neuer Konflikte führt.

Dabei werden Konflikte gehäuft mit Hilfe von distanzierten und entfremdeten Formulierungen beschrieben, auch bildhafte Beschreibungen affektiver Momente kommen vermehrt vor; beides könnte ein Zeichen dafür sein, dass diese Konflikte als zu bedrohlich erlebt werden, und somit nur in dieser Form sprachlicher Distanz präsentiert werden können.

Dagegen berichten die Frauen mit normalem Schwangerschaftsverlauf eher von alltagsbezogenen Konflikten. Kritik wird deutlich an den Partnern geübt, die Frauen berichten häufiger offen von Sorgen, dass die Arbeit mit den Kindern „an ihnen hängen bleiben“ könnte, üben Kritik an der mangelnden Unterstützung ihres Partners, berichten von Frustrationen darüber, dass sie in ihren beruflichen Karrieren zurückstecken müssen. Arbeit und Arbeitslosigkeit beider Partner sind hier wichtige Themen.

Der offene Umgang mit den sich in der Schwangerschaft entwickelnden Konflikten und die Artikulation auch negativer Gefühle gegenüber dem Partner ist als entlastende Form des Umganges mit den eigenen Affekten vorstellbar.

7.2.3 Konflikte, Angst, und Affektausdruck

Wie in den vorhergehenden Abschnitten beschrieben, vermitteln die Schwangerschaften der an SIH erkrankten Frauen, im Unterschied zu ihrer Kontrollgruppe, das Bild einer von belastenden Konflikten geprägten Schwangerschaft und in besonderem Maße eines stark konflikthaften Schwangerschaftsbeginnes. Während die Frauen mit normalem Schwangerschaftsverlauf häufiger über Probleme im Alltag, Schwangerschaftsbeschwerden und Sorgen um die berufliche Zukunft berichten, scheint es sich bei den von den Frauen mit SIH im Schwangerschaftsverlauf geschilderten Konflikten zumeist um tief greifende Probleme mit den engsten Bezugspersonen zu handeln - in den vorliegenden Interviews sind dies Mutter und Partner - in denen, wie zumindest bei Frau H1, Frau H3, Frau H4, Frau H5, Frau H6 und Frau H10 der Fall, in irgendeiner Weise explizit oder implizit auch die Trennung von der Bezugsperson mitverhandelt wird; eine Perspektive, die bei den Frauen massive Ängste auszulösen scheint.

Dabei ist die Form, in der diese Konflikte dargestellt werden, und überhaupt die Präsentation eigener Affekte in der Schwangerschaft, als relativ auffällig zu beschreiben.

Wenn man den Affektausdruck und die Artikulation von Konflikten und Ängsten in den beiden vorliegenden Interviewgruppen betrachtet, muss natürlich bedacht werden, dass sich ein Teil der Ängste auf eingetretene Schwangerschaftskomplikationen beziehen, die in der Gruppe der Frauen mit normalem Schwangerschaftsverlauf naturgemäß keine große Rolle gespielt haben. So wäre es sicherlich fahrlässig, einen quantitativen Vergleich der Ängste beider Gruppen zu versuchen. Dagegen finden sich allerdings grundlegende Unterschiede in der Präsentation dieser Ängste, und auch ihre inhaltliche Thematik differiert.

Bei den Frauen mit normalem Schwangerschaftsverlauf behandeln die beschriebenen Ängste fast immer konkrete Probleme. Die Frauen ängstigen sich um die Gesundheit ihres Kindes, haben Angst vor einer neuerlichen Fehlgeburt, wenn sie vorher eine erlitten haben. Auch die Umstellung auf einen neuen Lebensabschnitt spielt eine thematische Rolle, die Veränderung in der Beziehung zum Partner wird erwähnt. Sorgen werden relativ direkt angesprochen, und werden als Teil des eigenen Empfindens und des Schwangerschaftsprozesses erlebt. Gleichzeitig wird in dieser Gruppe immer wieder explizit die Schwangerschaft als „schön“ beschrieben, und es wird großes Gewicht auf die Feststellung gelegt, dass sie vollkommen normal verlaufen ist.

Auch in der Kategorie „Arbeit“ stellt sich diese Darstellungsform sehr deutlich dar: In den Interviews der Frauen mit normalem Schwangerschaftsverlauf wird sowohl die Arbeit, als auch das Zuhausebleiben mit dem Kind vermehrt explizit als positiv eingeschätzt. Gleichzeitig findet sich hier eine klare Benennung der Schwierigkeiten und ihrer eigenen Ambivalenz, die der Rollenwechsel von einer arbeitenden Frau zur Hausfrau und Mutter bei ihnen auslöst.

SIH-Patientinnen berichten dagegen von ihrem Arbeitsleben und dem schwangerschaftsbedingten Aussetzen der Arbeit, ohne das eine oder andere positiv zu werten. Gleichzeitig werden keine Schwierigkeiten benannt, die die Kombination von Arbeit und Familie und der eigene Rollenwechsel mit sich gebracht haben könnte.

Bei den Frauen mit SIH im Schwangerschaftsverlauf finden sich zwei Formen mit Angst und Belastung umzugehen: die einen insistieren in ihrer Schilderung der Schwangerschaft auf dem die Schwangerschaft begleitenden und prägenden Symptom „Angst“, ohne diese Angst aber weiter zu konkretisieren. „Angst“ ist in dieser Gruppe ein Kriterium, das für sich alleine steht oder in Zusammenhang mit relativ unkonkreten bzw. nicht auf die aktuelle Situation bezogenen

Befürchtungen auftaucht. Ist die Angst im Zusammenhang mit einem Konflikt mit einer Bezugsperson entstanden, so werden hier kaum aggressive Impulse oder Kritik geäußert, sondern wiederum nur Angst und Belastung erwähnt. Auch dort, wo die Angst, wie in der Gruppe der Frauen mit normalem Schwangerschaftsverlauf, mit einer konkreten Befürchtung, wie einer neuerlichen Fehlgeburt, verbunden ist, liegt die Betonung auf der Angst, als wäre diese die eigentliche Beschwerde.

Die anderen Frauen dieser Gruppe sprechen so gut wie gar nicht über ihre psychischen Vorgänge. Die Tatsache, es könnte Ängste oder Belastungen gegeben haben, wird kategorisch verneint, die Erzählung weitgehend mit Tatsachenschilderungen und der Beschreibung alltäglicher Aktivitäten in der Schwangerschaft ausgefüllt. Stressige oder belastende Situationen werden als wenig bedeutsam dargestellt, Konflikte mit Bezugspersonen verneint, auch wenn die Situationsschilderung auf solche hindeuten könnte (z.B. berichtet Frau H4, dass ihre Mutter der Meinung gewesen sei, ihre Tochter komme „nicht mal mit nem Hund klar“ und sei deshalb noch weniger imstande, die Verantwortung für ein Kind zu übernehmen. Diese Begebenheit wird berichtet, ohne dass diese Ansicht der Mutter als evtl. verletzend von der Tochter in der Schilderung gewertet wird.).

Emotionale Vorgänge werden häufig nur im Zusammenhang mit anderen Personen dargestellt, z.B. wenn Partner oder Mutter emotionale Bewegung zeigen.

Beide Gruppen scheinen nur auf den ersten Blick wirklich unterschiedlich. Näher betrachtet ist ihnen die Distanziertheit und unpräzise, entfremdete Form gemein, in der hier die eigenen psychischen Vorgänge geschildert werden; Metaphern und stereotype Ausdrücke kommen gehäuft vor. Es könnte sein, dass jede Ausdrucksform, die die Angst und Belastung mehr als Teil ihrer selbst beschreiben würde, als zu bedrohlich und damit unmöglich erlebt würde. Gemeinsam könnte ihnen auch sein, dass bestehende Kritik, aggressive oder negative Gefühle gegenüber den Bezugspersonen nicht als solche dargestellt werden können, da sie zu einer Gefährdung oder gar Sprengung der bestehenden Bindungen führen könnten, und deshalb Angst entweder gar nicht, oder eben als ein ohne Zusammenhang mit stattfindenden Konflikten für sich allein stehendes Symptom geschildert werden muss.

Angst wird in der Literatur häufig in Zusammenhang mit dem Auftreten von Schwangerschaftskomplikationen genannt. (z.B. Wimmer-Puchinger 1992, Rizzardo 1985). /3/ /39/ In psychosomatischen Studien zur Entstehung eines arteriellen Hypertonus, und auch in Studien zur Ätiologie hypertensiver Schwangerschaftserkrankungen finden sich jedoch vor allem bestimmte Angst- und Konfliktverarbeitungsmuster wieder, die auf der Unterdrückung von

Affekten beruhen. Selbstverständlich sind Studien zur Entstehung eines arteriellen Hypertonus nicht einfach auf die Entstehung des schwangerschaftsinduzierten Hypertonus übertragbar. Parallelen in Bezug auf Ätiologie und pathophysiologische Mechanismen sind dennoch naheliegend, und sollten zum Verständnis beider Krankheitsbilder herangezogen werden.

Schon F. Alexander wies 1939 darauf hin, dass Blutdruckerhöhung auf einem unspezifischen Konflikt zwischen aggressiven Tendenzen gegen Objekte beruhen könnte, von denen die Patienten innerlich abhängig seien. Negative Gefühle müssten in diesem Zusammenhang aus Angst vor Objektverlust und Schuldgefühlen unterdrückt werden.

Das Bild von einer Blutdruckerhöhung als Antwort auf eine Unterdrückung negativer Affekte ist in zahlreichen Studien seitdem aufgegriffen worden. /43/ /48/

Dabei findet sich immer wieder der Begriff der „Hostility“ (Feindseligkeit), die Hypertoniepatienten vermehrt aufweisen sollen (z.B. Yan et al. 2006). /55/

Auch in Studien zu Persönlichkeitsmerkmalen von SIH-Patientinnen gibt es gehäuft Hinweise auf eine derartige Copingstrategie mit Konflikten und Affekten.

Hier beschreibt Rippmann 1968 in Fallvorstellungen dreier an Gestose erkrankter Patientinnen diese als „äußerlich ruhig, innerlich aber gespannte, brennende Patientin“. /29/

Vermehrter Ärger, vermehrte Ängste und depressive Wesenszüge sind in verschiedenen Studien nachgewiesen worden. /25/ /27/

Auch der Begriff der „Hostility“ taucht hier wieder auf. Passloer (1991) beschreibt ein verstärkt ängstlich-feindseliges Verhalten von SIH-Schwangeren in seiner Studie, und führt dieses auf schwangerschaftsbegleitende oder -bedingte Konflikte zurück. Er entwickelt im Folgenden ein Ätiologiemodell, in dem eben dieses ängstlich-feindselige Verhalten im Verlauf über eine Katecholaminerhöhung zu einer Blutdruckerhöhung führen könnte, die dann über eine Stimulierung der Prostaglandinsynthese zu der für den SIH charakteristischen Imbalance zugunsten Thromboxan und Prostaglandin Fs führe. /51/

Berger-Oser führt als Auslöser für die EPH-Gestose Enttäuschungen in Beziehungen, oder den drohenden Verlust von Personen an, auf welche die Patientinnen innerlich angewiesen seien. Die Schwangerschaft sei in diesem Zusammenhang als Versuch zu sehen, eine neue Form der Symbiose herzustellen, könne diese Erwartungen aber nicht erfüllen. /28/

Sowohl das Vorkommen vermehrter Konfliktsituationen in der Schwangerschaft an SIH erkrankter Patientinnen als auch das gleichzeitige Unvermögen, diese Konflikte und Affekte auszudrücken, finden sich in meiner Studie wieder. Es entsteht das Bild von Frauen, die - durch von ihnen als sehr belastend erlebte Konfliktsituationen unter Druck geraten - für die in ihnen ausgelösten affektiven Bewegungen und aggressiven Impulse keine Ausdrucksmöglichkeit finden. Eine solche innerliche Spannung könnte sich im Verlauf über die Aktivierung von physiologischen Stressreaktionen in einer Erhöhung des Blutdruckes ausdrücken.

7.2.4 Bindung, Bezugspersonen und Umgang mit Stress

Die Belastung, die sich in den vorliegenden Interviews der Frauen mit SIH im Schwangerschaftsverlauf herausarbeiten lässt, könnte also aus zwei Komponenten bestehen: zum Einen der durch die Schwangerschaft ausgelöste, aktualisierte oder zumindest mit ihr in Zusammenhang stehende Konflikt mit einer engen Bezugsperson, der bei der Frau massive Ängste auslöst; zum Anderen ein verminderter Ärger- und Angstaussdruck, der in dieser Situation zu einer starken, inneren Anspannung führen könnte.

Das Bild einer, bei gleichzeitiger starker innerer Bewegung, äußerlich ruhigen, distanzierten Persönlichkeit, wie es in der Literatur immer wieder von Gestosepatientinnen gezeichnet wird, lässt in Zusammenhang mit der offensichtlich konflikthafter Beziehung, die diese Patientinnen zu ihren Bezugspersonen unterhalten, an Modelle der „unsicheren Bindung“ aus der Bindungstheorie denken.

Die Bindungstheorie, 1975 von Bowlby entworfen, hat als zentrale Aussage die Bedeutung früher Bindungserfahrungen für die Entstehung und Aufrechterhaltung von seelischer Gesundheit und die negativen Einflüsse einer gestörten Bindung zwischen Kind und Bezugsperson auf die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes hervorgehoben. /73/ Forschungsergebnisse zahlreicher empirischer Studien der letzten Jahre haben gezeigt, dass das Kleinkind bereits im ersten Lebensjahr aus seinen körperhaften Beziehungserfahrungen weitgehend stabile, generalisierte Erwartungsstrukturen in der Beziehung zu seinen Bezugspersonen ausbildet. Diese Erwartungsstrukturen (inner working models) werden zunächst in nonverbalen Gedächtnisformen zerebral gespeichert, und prägen das Interaktionsverhalten. Mittels standardisierter Verhaltensbeobachtung - der von Mary Ainsworth und Mitarbeitern 1978 entworfenen „Fremden Situation“, in der ein 12-18 Monate altes Kind einem zunehmenden

Trennungsstress von Mutter oder Vater ausgesetzt wird - konnten im Kleinkindesalter drei Klassen solcher Erwartungsstrukturen voneinander abgegrenzt werden, die mit unterschiedlichen Bindungsverhaltensstrategien assoziiert sind: Das sichere, das unsicher-vermeidende und das unsicher-ambivalente Bindungsmuster. /74/ /75/ Eine weitere Kategorie des Bindungsverhaltens ist das später zusätzlich beschriebene unsicher-desorganisierte Bindungsverhalten.

Erfährt ein Kind konsistent verlässliche und verständnisvolle Unterstützung, so entwickelt es Vertrauen in seine soziale Umwelt, und entwickelt ein positives Selbstbild. Emotionale Sicherheit ermutigt zu Offenheit, Neugier und Exploration. Dies bezeichnet die Bindungstheorie als sichere Bindung.

Dagegen kann die kontinuierliche Erfahrung fehlender emotionaler Unterstützung, mangelnden Rückhaltes und häufiger Zurückweisung dazu führen, dass sich das Kind dauerhaft emotional von der Umwelt zurückzieht, und seine Bedürfnisse nach Kontakt, Nähe und Zuwendung unterdrückt. Dieses Muster wird als unsicher-vermeidende Bindung bezeichnet.

Dagegen entsteht die unsicher-ambivalente Bindung aus der Erfahrung von unvorhersagbaren, elterlichen Verhaltensweisen. Aus der Unsicherheit, wie die Eltern reagieren werden, entsteht eine übermäßige Anhänglichkeit; die Suche nach Aufmerksamkeit und Nähe wird besonders stark und kann sich mit dem Ärger der Eltern mischen.

Die desorganisierte Bindung kann aus einem zeitweisen Zusammenbruch von Bindungsstrategien entstehen, der bei besonders risikoreicher Eltern-Kind-Beziehung, wie bei Misshandlungen und traumatischen Verlusten in der Familiengeschichte, vorkommen kann. /76/

Mit Hilfe des von George et al. 1985 entwickelten Adult-Attachment-Interviews konnten, analog zu den Bindungsstrategien im Kleinkindesalter, vier Hauptformen der Bindungsrepräsentation im Erwachsenenalter differenziert werden: die sicher-autonome, die unsicher-distanzierte, die unsicher-ambivalente und die desorganisierte Bindungsrepräsentation. /74/ /77/ Neben dem Adult-Attachment-Interview hat sich als weiteres Untersuchungsinstrument der Bindungsstrukturen das Erwachsenen-Bindungsprototypen-Rating (EBPR) etabliert, das von Strauß et al. für den deutschen Sprachraum adaptiert wurde. /81/

Signifikante Zusammenhänge zwischen unsicheren Bindungsstilen und Depressionen, Agoraphobien, Angst, Depressionen, Einsamkeit und körperlicher Befindlichkeit konnten in den letzten Jahren aufgezeigt werden. /78/

Auch lässt sich ein Zusammenhang zwischen Bindungsstil und physiologischer Stressreaktion nachweisen. Maunder et al. (2001) diskutieren in ihrer Studie über den Einfluss eines unsicheren Bindungsstiles auf die Entwicklung von Krankheit neben anderen Mechanismen den Weg über eine stärkere Empfänglichkeit unsicher-distanziert gebundener Personen für Stress. Da ein unsicher-distanzierter Bindungsstil mit einem Misstrauen gegenüber zwischenmenschlichen Beziehungen einhergeht, könnten Situationen, die Intimität oder Vertrauen erfordern, als bedrohlich wahrgenommen werden. Maunder et al. weisen auch darauf hin, dass ein distanziert-vermeidender Bindungsstil mit einer erniedrigten Bereitschaft einhergehen könne, soziale Unterstützung in Stresssituationen zu suchen. Die Dauer und Intensität einer physiologischen Stressreaktion kann ebenfalls in Zusammenhang mit einer unsicheren Bindung verstärkt sein. /79/

Mehrere Studien bestätigen die vermehrte kardiovaskuläre und endokrine Reaktion auf akute Stressreaktion bei unsicher-gebundenen Kindern. (z.B. Nachmias et al. 1996) /82/ Eine Studie aus dem Jahre 2000 gibt Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Bindungsstilen bei Erwachsenen und Stressreaktionen: in einer Patientengruppe mit Torticollis spasmodicus fand sich bei der unsicher-gebundenen Gruppe eine Erhöhung des Speichelcortisols als Antwort auf eine Stresssituation; diese fand sich nicht in einer gesunden Kontrollgruppe. /80/

Eine Schwangerschaft bedeutet für eine Frau eine Zeit der Umorientierung, die, neben freudigen Gefühlen, auch Stress und Belastung, die Notwendigkeit einer Beschäftigung mit dem eigenen Selbstbild, und Veränderungen in der Beziehung zu Anderen mit sich bringen kann. Die oben beschriebenen Ergebnisse aus der Bindungsforschung könnten helfen, einen Erklärungsansatz zur Entstehung einer schwangerschaftsinduzierten Hypertonie zu finden. Folgt man den Argumentationen der Bindungstheorie, so könnte ein unsicherer Bindungstyp in einer beginnenden Schwangerschaft gleich in mehrerer Hinsicht relevant sein:

- die durch die Schwangerschaft aktualisierte Beziehung zur eigenen Mutter in der Kindheit kann zum Aufbruch negativer Gefühle und alter Konflikte führen, die - sowohl nach dem Modell einer unsicher-distanzierten Bindung, als auch nach dem Modell der „malignen Symbiose“ - unterdrückt werden müssen und zu innerer Anspannung führen.
- Durch die Schwangerschaft entstehende Stressmomente, wie die Auswirkungen der Schwangerschaft auf das Berufsleben, Veränderungen in der Paarbeziehung und im sozialen Umfeld bedeuten Belastungen, die von Frauen mit einem unsicher-distanzierten Bindungstyp nicht im selben Maße geäußert werden könnten, wie dies Frauen mit einem

sicher-autonomen Bindungstyp tun würden. Auch würde Hilfe und Unterstützung des sozialen Umfeldes weniger offensiv eingefordert. All dies könnte dazu beitragen, dass der entstehende Stress weniger durch adäquate Copingstrategien abgefangen werden und sich in Form körperlicher Symptome äußern könnte.

- die durch eine Schwangerschaft fast notwendigerweise entstehende Intimität (Intimität zum eigenen Körper, dessen Veränderungen mit fortschreitender Schwangerschaft nicht übersehbar sind; zu Bezugspersonen, wie zum Partner und zur Mutter, die an der Schwangerschaft teilnehmen, oder sie auch vereinnahmen können; notwendigerweise zum Arzt bei den Kontrollterminen) könnte von unsicher-distanziert gebundenen Patientinnen als Bedrohung erlebt werden, auf die sie mit einer verstärkten, pathophysiologischen Stressreaktion reagieren.

Die hier vorgestellte Verknüpfung eines unsicheren Bindungsverhältnisses als Grundlage einer schwangerschaftsspezifischen Stressreaktion im Sinne einer schwangerschaftsinduzierten Blutdruckerhöhung ist natürlich nur der Versuch einer Modellbildung. Die Hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen sind ein hochkomplexes Krankheitsbild, deren Entstehung noch umfangreicher Beschäftigung bedarf. Jedoch könnte eine Untersuchung von SIH-Patientinnen mit einem Untersuchungswerkzeug aus der Bindungsforschung- wie dem Adult-Attachment-Interview oder dem Erwachsenen-Bindungsprototypen-Rating (EBPR)- helfen, die Bindungsrepräsentationen von SIH-Patientinnen näher zu untersuchen und vielleicht im Verlauf ein größeres Verständnis für die psychischen Mechanismen, die Einfluss auf die Entstehung eines SIH haben, zu entwickeln.

7.2.5 SIH-Patientinnen und medizinische Betreuung

Das von SIH-Patientinnen geschilderte Erleben der medizinischen Betreuung in ihrer Schwangerschaft kann Quelle wichtiger Informationen sein, die zur Erarbeitung besserer Betreuungsstrategien dieser Patientinnen durch das medizinische Personal beitragen.

Vorab muss gesagt werden, dass Schwangerschaftsbetreuung allgemein sich in den letzten Jahren drastisch gewandelt hat. Eine zunehmend gerätekonzentrierte Medizin, eine engmaschigere Überwachung und ein umfangreicher Risikokatalog führen dazu, dass sich der

Anteil der Frauen, deren Schwangerschaft als risikoträchtig eingestuft wird, innerhalb von 25 Jahren von 15 Prozent auf bis zu 80 Prozent erhöht hat. /84/

Patientinnen erleben ihre Betreuung zunehmend als automatisiert, und nicht auf sie konzentriert. Dieses Erleben spiegelt sich in den Schilderungen beider befragter Frauengruppen dieser Studie wieder: sowohl Frauen mit normalem Schwangerschaftsverlauf, als auch Frauen mit einem SIH im Schwangerschaftsverlauf, kritisieren die Überversorgung durch die Medizin in der Schwangerschaft, beklagen das Gefühl der industriellen Abfertigung und äußern gehäuft den Verdacht, bestimmte medizinische Untersuchungen setze der Arzt allein des finanziellen Vorteiles wegen ein.

In den Schwangerschaften der Frauen mit SIH im Schwangerschaftsverlauf spielt der betreuende Arzt oder die betreuende Ärztin jedoch eine deutlich wichtigere und emotional stärker besetzte Rolle, als das in den Interviews der Frauen mit normalem Schwangerschaftsverlauf der Fall zu sein scheint. Dies ist zum einen dadurch erklärlich, dass die Arztbesuche in dieser Gruppe durch die sich entwickelnde Komplikation häufiger ausfallen und die ärztliche Kontrolle und Betreuung vor dem Hintergrund der Komplikation und evtl. drohender Krankenhauseinweisungen deutlich angstbesetzter ist.

Dennoch fällt auf, dass in der Schilderung der Gruppe der Frauen mit SIH im Schwangerschaftsverlauf die Tatsache, dass die Betreuung zumeist nur auf die apparative Untersuchung beschränkt war, Ängste und Probleme nicht ernst genommen wurden und sich Patientinnen abgefertigt fühlten, eine viel größere Rolle spielt. Dass die ambulante Betreuung in den meisten Fällen die Zuwendung, die sich diese Frauen wünschten, nicht im eingeforderten Maße leistet, wird als großes Defizit, Grund zu erheblichen Ressentiments gegen den Arzt und seinerseits wieder als Angst verstärkende Komponente empfunden. Inwieweit die Frauen, die mit ihren Ärzten unzufrieden waren, dies tatsächlich auch in der Sprechstunde geäußert bzw. in welchem Maß sie die gewünschte Aufmerksamkeit und das Verständnis des Arztes tatsächlich eingefordert haben, bleibt dabei weitgehend ungeklärt.

Auch hier könnte eine Befragung von niedergelassenen Gynäkologen ihre Wahrnehmung der von ihnen behandelten SIH-Patientinnen betreffend, zum Verständnis des Verhältnisses und der Interaktion von Arzt und Patientin bei diesem spezifischen Krankheitsbild beitragen.

Während in der Gruppe der Frauen mit normalem Schwangerschaftsverlauf nur ein Arztwechsel entschieden und dann auch tatsächlich vollzogen wird, sind in der Gruppe der Frauen mit SIH im

Schwangerschaftsverlauf zwei Arztwechsel vollzogen, drei weitere aber geplant und bis zum Interviewtermin nicht umgesetzt worden. Die nach der Schwangerschaft vollzogenen und geplanten Arztwechsel sprechen für ein tief gestörtes Vertrauensverhältnis zu dem ärztlichen Personal, das diese Frauen durch die Schwangerschaft begleitet hat. Die geplanten, aber nicht umgesetzten Arztwechsel könnten auf eine gewisse Hemmung hindeuten, dieses gestörte Vertrauensverhältnis zum offenen Bruch zu führen, was zu dem Bild einer Kritik- und Aggressionshemmung in Konflikten, wie sie diese Frauen in den Beziehungen zu ihren nahen Bezugspersonen zeigen, in Einklang zu bringen wäre.

Während eine misslungene Arzt-Patient-Beziehung zur emotionalen Destabilisierung in einem Teil der Schwangerschaften noch beigetragen zu haben scheint, wirkt eine tatsächliche Vertrauensbasis mit der Ärztin/dem Arzt, wie sie in zwei Interviews geschildert wird, als großer Beruhigungsfaktor in diesen stark angstbesetzten Schwangerschaften. Die Unterstützung, die Frau H2 und Frau H6 von ihrer betreuenden Ärztin erhalten, und auch die Begleitung, die Frau H8 von der sie betreuenden Hebamme erfährt, scheinen in hohem Maße stabilisierend und hilfreich gewesen zu sein. In diesem Sinne wäre eine Unterstützung von SIH-Patientinnen während der Schwangerschaft sicherlich hilfreich und wünschenswert.

Da diese unterstützende Begleitung nur in seltenen Fällen von der ambulant betreuenden Gynäkologin/dem ambulant betreuenden Gynäkologen im nötigen Ausmaße geleistet werden kann, sollte eine Sensibilisierung im ambulanten sowie stationären Bereich erreicht werden, SIH-Patientinnen frühzeitige, zusätzliche Hilfe anzubieten. Diese könnte in Form einer ambulanten, stützenden Psychotherapie erfolgen oder auch in Form von Gruppentherapien. Dabei sollte so weit wie möglich auf die Bedürfnisse der Patientin eingegangen werden. Wird eine Gruppentherapie als weitere, belastende, soziale Anforderung erlebt, könnte eine Einzeltherapie unter Umständen hilfreicher sein. Auch sollte, soweit die Abschätzung des medizinischen Risikos Spielraum bietet, vorsichtig mit der Frau abgestimmt werden, ob eine stationäre Einweisung oder ein vorläufiger Verzicht unter engmaschiger, medizinischer Kontrolle für die Frau eine geeignetere Maßnahme zur Stressreduzierung darstellt.