

Schwangerschaftsvorsorge durch Hebammen bei Anorexia nervosa



Ursina Meyer

Berner Fachhochschule

Fachbereich Gesundheit

Studiengang Hebamme HF

Bern 2008

| | |
|--|-----------|
| 1. Inhaltsverzeichnis | |
| 2. Einleitung | 3 |
| 3. Theoretische Grundlagen zu Anorexie | 4 |
| 3.1 Anorexia nervosa | 4 |
| 3.1.1 Definition | 4 |
| 3.1.2 Epidemiologie | 4 |
| 3.1.3 Ursachen | 4 |
| 3.1.4 Diagnose | 5 |
| 3.1.5 Symptome | 5 |
| 3.1.6 Körperwahrnehmung, Körperschema und Körperbild | 6 |
| 3.1.7 Therapie | 6 |
| 3.1.8 Prognose | 8 |
| 3.1.9 Prävention | 8 |
| 3.1.10 Bedeutung in der Schwangerschaft | 8 |
| 3.2 Bestehende Empfehlungen zur Betreuung von anorektischen Schwangeren | 9 |
| 4. Schwangerenvorsorge bei gesunden Frauen | 10 |
| 4.1 Schwangerenvorsorge | 10 |
| 4.2 Beziehungsaufbau und Kommunikation in der Hebammenarbeit | 11 |
| 4.3 Die Salutogenese | 12 |
| 5. Aktuelle Praxis | 13 |
| 5.1 Methode | 13 |
| 5.2 Ergebnisse | 13 |
| 6. Diskussion | 16 |
| 7. Schlussfolgerungen | 20 |
| 9. Literaturverzeichnis | 22 |
| 9.1 Literaturverzeichnis | 22 |
| 9.2 Bildverzeichnis | 24 |
| 10. Abkürzungsverzeichnis und Glossar | 24 |
| 10.1 Abkürzungsverzeichnis | 24 |
| 10.2 Glossar | 24 |
| 11 Anhang | 27 |
| Empfehlungen für Schwangerschaftsvorsorge bei Anorexia nervosa | 27 |
| Beispiel eines Behandlungsvertrages für Schwangerschaftsvorsorge bei Anorexia nervosa | 30 |

2. Einleitung

Anorexia nervosa- auch Magersucht genannt- wird laut Pschyrembel (2004) als psychisch bedingte Erkrankung beschrieben, die in unserem Kulturkreis vor allem Mädchen im Jugendalter betrifft. In den letzten Jahrzehnten ist die Anzahl anorektischer Frauen in unserer Gesellschaft bei 13- 25 Jährigen auf 1% angestiegen (Switala 2007).

Betroffene führen durch Nahrungsverweigerung, Erbrechen und Abführen gewollt einen massiven Gewichtsverlust bei. Ihr Körperschema ist gestört und das Verhalten auffällig. Körperliche Symptome wie eine I° oder II° Amenorrhö e, Wachstumsstop, Skeletzerfall und andere sind häufig. Bloemeke et al.(2007) beschreibt das Verhalten von Magersüchtigen als triebhaft. Durch das Hungern gelingt es ihnen Macht und Wille zu demonstrieren. Das ganze Verhalten ist auf das Hungern fokussiert.

Krebs (2000) nennt als Ursache der Erkrankung ein multifaktorielles Gefüge, in dem biologische, genetische, familiäre und soziale Einflussfaktoren mitspielen. Die Diagnose wird durch die Beurteilung von Kriterien wie Verhaltensmuster und körperlichen Symptomen gestellt.

Zur Therapie gehören dementsprechend interdisziplinäre Betreuung mit Psychotherapie, Körpertherapie und Wiederaufbau eines physiologischen Körpergewichtes (Beckermann 2004). 30% der Erkrankten entwickeln laut Pirke (1999) eine chronische Anorexie. 50% erleiden, auch trotz regelmässiger Nachkontrollen, Rückfälle. Von Betroffenen, die 10- 20 Jahre magersüchtig sind, sterben 15- 20% an Herztod oder Suizid.

Gemäss Beckermann et al. (2004) tritt eine Schwangerschaft bei anorektischen Frauen nur dann ein, wenn ihr Gewicht nicht zu stark gesunken ist um den Menstruationszyklus zu beeinflussen oder aber bei Anwendung einer Hormontherapie. Wie viele es sind, ist unbekannt.

Da in der Schwangerschaft viele Veränderungen geschehen, können die Frauen aufgrund des zunehmenden Körperumfangs verstärkte Symptome aufweisen. Manchmal infolge einer durch die Schwangerschaft ausgelöste Identitätskrise. Risiken bestehen laut Beckermann (2007) insbesondere für das Ungeborene. Nachgewiesen wurden bei Kindern von magersüchtigen Frauen bisher ein vermindertes Geburtsgewicht, Wachstumsretardierung und Mikrozephalie. Ausserdem wurden erhöhte Sectioraten und fraglich mehr Postpartumdepressionen verzeichnet.

Oberndörfer (2007) erwähnt, dass folgende Schwangerschaftskomplikationen vermehrt im Zusammenhang mit Anorexie beobachtet werden konnten: Wachstumsretardierung, Frühgeburten, Hyperemesis gravidarum, Hypertonie, Kindstod und verminderte Stillfähigkeit. Schwangerschaftskomplikationen und perinatales Outcome von Mutter und Kind werden in Studien verschieden diskutiert und noch weiter untersucht. (Siehe Kapitel 3.1.10)

Aufgrund der zunehmenden Anzahl an magersüchtigen Frauen ist es unabdingbar das Krankheitsbild der Anorexie und deren Folgen auf eine Schwangerschaft zu kennen. Eine Hebamme muss sich bewusst sein, welche Massnahmen die Schwangerenvorsorge bei einer anorektischen Frau erfordert und welche Kompetenzen für die Betreuung wichtig sind. In dieser Diplomarbeit werden daher Empfehlungen für Hebammen erarbeitet. Erforderliche Massnahmen, Betreuungsgestaltung und Abgrenzung der Hebamme sollen abgedeckt werden. Aufgrund der multifaktoriellen Ätiologie ist die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen notwendig. Auch diesbezüglich werden Empfehlungen erarbeitet.

Das Ziel dabei ist eine verbesserte, bedürfnisorientierte Schwangerenvorsorge durch die Hebammen, um den Frauen die Kraft zu geben sich selbst zu helfen, jedoch auch um die Kinder zu schützen.

Die Arbeit befasst sich zu Beginn mit der Theorie von Anorexia nervosa, der Schwangerschaftsvorsorge und der Salutogenese. Anschliessend wird zur aktuellen Praxis ein Bezug hergestellt. Die Analyse und der Vergleich zweier Interviews, die mit einer

Spitalhebamme und einer freipraktizierenden Hebamme aus der Schwangerenvorsorge geführt wurden, sollen praktische Aspekte aufdecken.

Aus der Theorie und der Praxis leiten sich in der Diskussion schliesslich die Empfehlungen für Hebammen ab.

Die Schlussfolgerung fasst die wichtigsten Aspekte der Arbeit zusammen, und setzt sich mit den Konsequenzen für die Hebammentätigkeit auseinander.

Da nur wenig Literatur vorhanden ist und niemand mit Erfahrung sich zum Thema äussern konnte, handelt es sich bei den Empfehlungen um einen ersten Entwurf. Sie sollen als Denkanstoss dienen und Hebammen zur weiteren Beschäftigung mit dem Thema ermuntern. Aufgrund der geringen Anzahl Interviews sind diese lediglich als Einblick in die Praxis zu betrachten.

3. Theoretische Grundlagen zu Anorexie

Die Erläuterung der theoretischen Grundlagen über das Krankheitsbild von Anorexia nervosa dient als Basis für die Erarbeitung der Betreuungsempfehlungen. Bereits bestehende Empfehlungen für die Schwangerenvorsorge bei Anorexie werden auch erläutert.

3.1 Anorexia nervosa

3.1.1 Definition

Laut Dilling und Freyberger (1999) ist Anorexie eine Essstörung, die hauptsächlich von selbst herbeigeführtem Gewichtsverlust geprägt ist. Die psychopathologische Störung betrifft vor allem heranwachsende Frauen. Sie leiden an starker Angst dick zu werden. Die Krankheit äussert sich durch Unterernährung verschiedener Schweregrade, welche sekundäre metabolische und endokrine Störungen mit sich bringt.

3.1.2 Epidemiologie

Die Häufigkeit der Erkrankung wird in der Literatur unterschiedlich angegeben. Beckermann (2004) schreibt, dass 0,2- 2% der Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 23 Jahren an Anorexie erkranken- davon 95% Frauen. Pirke (1999) erwähnt, dass in unserem Kulturkreis 1% der Mädchen zwischen 12 und 18 Jahren magersüchtig ist.

Zur Prävalenz von Magersucht bei Schwangeren oder Anzahl Schwangerschaften bei anorektischen Frauen sind keine Angaben bekannt.

3.1.3 Ursachen

Experten- Netzwerk Essstörungen Schweiz (ENES) (2006) nennt für die Entwicklung von Essstörungen folgende Ursachen:

- Genetische Veranlagung
- Intrapsychische Umstände wie Angst vor dem Erwachsenwerden, Sexualität, Hang zu Perfektionismus, Kontrollbedürfnis und hohe Leistungsanforderung.
- Familiäre Einflüsse: Trennungen, Todesfälle, Konfliktverdrängung.
- Gewalterlebnisse oder sexueller Missbrauch.
- Weitere gesellschaftliche Einflüsse wie Normen.
- Auslösende Faktoren: Überforderung, Verlust, initiales Mobbing wegen Übergewicht.

Anorektikerinnen und Anorektiker zeigen oft ähnliche psychodynamische Muster. Sie haben einen hohen Anspruch die Kontrolle und Perfektion zu haben. Die Kontaktaufnahme gestaltet sich schwierig.

Durch das Hungern können sie ihren Kontrolltrieb ausleben und steigern dadurch zu Beginn der Erkrankung ihr Selbstwertgefühl. Die Einsicht, dass eine schwere Erkrankung vorliegt, wird bei Betroffenen nicht zugelassen.

3.1.4 Diagnose

Beckermann (2004) erläutert die Klassifizierung der Symptome zur Diagnosestellung nach ICD10. Sie nennt folgende Kriterien:

Das Körpergewicht liegt mindestens 15% unter dem zu erwartenden Normalgewicht. Der Gewichtsverlust ist selbständig herbeigeführt. Er wird durch Nahrungsverweigerung, Erbrechen, Verwendung von Laxanzien, Appetitzüglern oder Diuretika sowie starker körperlicher Betätigung erreicht. Betroffene haben meist eine Körperschemastörung, die zu einer verzerrten Körperwahrnehmung führt. Sie haben trotz Untergewicht grosse Angst dick zu werden. Endokrine Störungen auf der Hypothalamus- Hypophysen- Gonaden- Achse führen bei Frauen zu I° oder II° Amenorrhoe. Pubertäre Entwicklungen werden verhindert. Es wird ausserdem in Typen eingeteilt: Anorexie mit oder ohne aktive Massnahmen zur Gewichtsreduktion und atypische A. nervosa bei der ein Symptom fehlt.

Die Diagnosestellung erfolgt laut ENES (2006) durch einen Psychologen anhand einer problemorientierten Anamnese. Angaben über Gewichtsverlauf, Zeitraum der Erkrankung, Ess- und Trinkgewohnheiten, körperliche Aktivität, gynäkologische Anamnese, Medikamenteneinnahme, allgemeine Anamnese, körperliche Beschwerden, Selbstbild, Zukunftswünsche und soziales Umfeld werden gesammelt. Auch Erkrankungen und psychische Auffälligkeiten in der Familie werden erfragt.

Die somatische Untersuchung dient der Erfassung körperlicher Symptome.

3.1.5 Symptome

ENES (2006) nennt folgende zentrale Komplikationen der Anorexie:

- Dehydratation
- Hypoglykämie,
- Elektrolytstörungen
- kardiovaskulär: Hypotonie, Bradykardie, Arrhythmie, plötzlicher Herztod
- Hypercholesterinämie
- Gastroenterologisch: Obstipation, Abdominalschmerzen, herabgesetzte Peristaltik
- Neurologisch: ZNS- Atrophie, Konvulsionen
- Endokrinologisch: verminderte Schilddrüsenhormone, tiefe GnRH folglich verzögerte Pubertät, verminderte Ausschüttung von antidiuretischem Hormon
- Hämatologisch: Anämie, Leukopenie, Thrombozytopenie, B12- und Eisenmangel
- Muskulo- Skeletär: Osteopenie, Stressfrakturen, Muskelschwäche
- Renal: tiefere glomeruläre Filtration, Proteinurie, Nephropathie, Hämaturie
- Gynäkologisch: atrophe Vaginitis, Fertilitätsstörungen (Siehe Kapitel 3.1.4)

Ausserdem wird häufig eine weitere Krankheit diagnostiziert. Es handelt sich um eine sogenannte Komorbidität.

Depressive Verstimmungen, Zwangssymptome (dauerndes Denken an Essen und Gewicht), Angststörungen, Abhängigkeiten (substanzgebunden, Erbrechen, Abführen etc.) und Persönlichkeitsstörungen treten am häufigsten auf.

Bezüglich des Verhaltens sind laut Beckermann (2004) Auffälligkeiten vorhanden. Fast der ganze Tagesinhalt dreht sich um die Gewichtsreduktion: Hungern, körperliche Betätigung, Erbrechen und Abführen. Die Angst vor einer Gewichtssteigerung bestimmt das Denken, Fühlen und Handeln. Die verzerrte Wahrnehmung der eigenen Körperform führt zu einer Körperschemastörung. Betroffene nehmen nicht wahr, in welcher Gefahr sie sich befinden.

Der starke Bewegungsdrang dient zur Beruhigung des innerlichen Spannungszustandes, denn der stete Hunger versetzt einen Menschen in Aktionsbereitschaft. Ist jedoch die Anorexie stark fortgeschritten, treten Schwäche und Depression in den Vordergrund.

Werden Magersüchtige nicht durch das Umfeld gedrängt, gehen sie mit sich selbst einen Kompromiss ein und lassen ein Gewicht einpendeln (Bloemeke et al. 2007).

Beckermann (2004) beschreibt, dass sich mit fortschreitender Magersucht die Motive für die Aufrechterhaltung der Krankheit verändern. Die Kontrollfähigkeit des Hungers steigert immer mehr das Selbstwertgefühl. Soziale Isolierung, Freudlosigkeit und Veränderungen am Körper

lenken den Fokus erneut auf die Beschäftigung mit dem Essen. Die Betroffene sieht sich immer mehr als Opfer der Triebkontrolle, wodurch Leere zu Verzweiflung und gar zu Suizid führen kann.

3.1.6 Körperwahrnehmung, Körperschema und Körperbild

Die gesellschaftliche Haltung gegenüber Körperidealen nimmt Einfluss auf uns. Auch während der Schwangerschaft verändert sich der Körper und dessen Betrachtung.

In diesem Kontext beschreibt das folgende Kapitel diese Begriffe nach Forster (2002).

In ihrer Arbeit erwähnt sie, dass eine einheitliche Abgrenzung der Bedeutungen schwierig ist, da keine allgemein gültigen Definitionen existieren. Sie nennt die Körperwahrnehmung als Oberbegriff und erklärt dass neurophysiologische, psychische, emotionale, verhaltensmässige und soziale Einflüsse vorhanden sind.

Das Körperschema ist durch Perzeption geprägt. Es geht daher um die Wahrnehmung und Einschätzung der Körperdimensionen. Diese Einschätzung ist abhängig von Alter, Geschlecht, Stimmung, Selbstsicherheit, Sehvermögen und Grösse.

Das Körperbild hingegen ist affektiv- kognitiv und entspricht einer subjektiven Bewertung des Körpers. Gefühle, Gedanken und Einstellungen, moralische Urteile sowie Zufriedenheit über den eigenen Körper werden beeinflusst von Feedbacks anderer, Selbstachtung, geschlechtsspezifische Sozialisation, sexuellem oder physischem Missbrauch usw. Hier fliessen Normwerte der Gesellschaft ein- z.B. durch Medien.

Das Körperbild kann einen veränderten Lebensstil bewirken: häufiges Wiegen, Messen des Körperumfangs, Spiegelkontrollen oder Vermeidung enganliegender Kleider. Das Körperbild eines Menschen ist in stetem Wandel.

Die Körperwahrnehmungsstörung bei Anorektikerinnen und Anorektikern zeigt sich im Glauben, dass sie nicht durch Persönlichkeitsmerkmale sondern durch ihr Äusseres bewertet würden. Eine allgemeine Unzufriedenheit mit dem Körper ist ebenso vorhanden, wie das permanente Gefühl dick zu sein.

An Anorexie erkrankte Menschen haben Mühe sich zu betrachten, zu berühren und verdecken ihre Figur häufig durch weite Kleider. Die fokussierte Beschäftigung mit Themen wie Essen, Gewicht und Körper sind typisch. Viele Anorektikerinnen und Anorektiker trennen Körper und Geist und empfinden ihren Körper als fremd, seltsam oder gar tot.

Die Entstehung der Körperwahrnehmungsstörung ist komplex, und bisher ist unklar ob sie Teil der Ätiologie oder sekundäre Folge der Anorexie ist.

Die mangelnde Körperzufriedenheit ist Ursache der Essstörung. Folglich ist deren Förderung bei einer Therapie primäres Ziel, um eine langfristige Heilung anzustreben.

3.1.7 Therapie

Folgende Angaben über die Therapiemöglichkeiten bei Anorexie stammen von ENES (2006). Diese Richtlinie stützt sich unter anderem auf die Guideline des National Institute for Health and Clinical Excellence (UK) mit dem Titel "Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders" sowie "Guideline for the treatment of patients with eating disorders" der American Psychiatric Association (Yager 2007).

Die Motivation für eine Therapie ist von Ambivalenz geprägt, weil sie oft auf Druck der Mitmenschen basiert. Aus Angst vor einer Gewichtszunahme entstehen Widerstände. Die Einsicht, dass eine schwere Krankheit vorliegt ist selten vorhanden, weil die Kontrolle des Hungertriebs als Leistungsbeweis das Selbstbewusstsein fördert. Daher ist es nicht erstaunlich, dass meist erst mehrere Anläufe zu einer erfolgreichen Therapie führen.

Die Psychotherapie ist aufgrund der psychogenen Ätiologie der Anorexie eine wichtige Grundlage der Behandlung.

In einem Therapievertrag können die gegenseitigen Erwartungen festgehalten werden. Definiert werden z.B. Häufigkeit und Ort der Gewichtskontrollen, die Bandbreite des Zielgewichtes, die minimale wöchentliche Gewichtszunahme, das Führen eines

Essprotokolls, das Ausmass an sportlichen Aktivitäten sowie Kriterien für einen Abbruch der ambulanten Therapie oder die Notwendigkeit einer stationären Therapie.

Bei jungen Patienten ist die Familie in eine Therapie einzubeziehen. Weiter werden klassische Therapieansätze mit anderen kombiniert: Körperwahrnehmungs- und Bewegungstherapie, kreative Therapien wie Tanz-, Musik- und Kunsttherapie sowie Ergo-, Massage- und Physiotherapie kommen zum Einsatz.

Zur somatischen Abklärung und Begleitung gehören regelmässige Gewichtskontrollen in Abhängigkeit vom Schweregrad. Auch das Kreislaufsystem, Laborkontrollen und allenfalls ein Sportverbot werden überprüft.

Der Nahrungsaufbau erfolgt in Zusammenarbeit mit Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberatern, die Erfahrung mit Essstörungen haben. Ein Ess- und Trinkprotokoll wird zur Verlaufsbeurteilung geführt. Eintretende Beschwerden wie Blähungen und Verstopfung wegen der Nahrungsaufnahme sind zu beachten. Es wird eine ausgewogene Ernährung angestrebt. Einzig die Supplementation von Vitamin D und Kalzium zur Osteoporoseprophylaxe hat sich als sinnvoll erwiesen.

Um Osteoporose zu vermeiden soll auf strikte Bettruhe verzichtet werden. Eine Hormonbehandlung ist nicht evidenzbasiert, kann jedoch bei jungen Patientinnen einem vorzeitigen Wachstumsabschluss vorbeugen.

Zur oralen Kontrazeption wird eine Mikropille mit mindestens 30µg Ethinylestradiol empfohlen.

Der Einsatz von Psychopharmaka hat sich nicht als wirksam erwiesen. Einzig die Behandlung einer vorbestehenden oder trotz Gewichtszunahme persistierenden Depression ist angezeigt.

Eine ambulante Behandlung wird unter Berücksichtigung psychischer und körperlicher Aspekte gestaltet. Die zusammenarbeitenden Disziplinen sollen regelmässigen Austausch haben und über das weitere therapeutische Vorgehen bestimmen.

Als Indikation für eine stationäre Behandlung gelten lebensbedrohliche somatische Situationen, aber auch psychiatrische und psychosoziale Komplikationen:

- Suizidalität
- Fehlendes Ansprechen auf die ambulante Psychotherapie
- Zusammenbruch des sozialen Umfeldes (Isolierung, Abbruch der Ausbildung, Verlust der Arbeitsstelle, Überlastung des Umfeldes)
- Depressive Verstimmung
- Zwanghafte Verhaltensweisen
- Ängste, Ausufern der Symptomatik
- Schlaflosigkeit
- Selbstverletzendes Verhalten, Substanzabhängigkeit
- Subjektiver Wunsch.

In der stationären Behandlung wird eine Gewichtszunahme von 0.5- 1.5kg wöchentlich angestrebt. Das intensive psychotherapeutische Angebot wird durch Gruppentherapien erweitert. Die Aufenthaltsdauer wird vom Verlauf der Therapie, dem Austrittsgewicht, dem Essverhalten und der emotionalen Stabilität abhängig gemacht.

Die Behandelnden stehen Problemen wie Ekel und Unverständnis gegenüber. Es ist schwierig den Bedürfnissen einer engen Begleitung nachzukommen, ohne die Autonomie der Patienten einzuschränken.

Krebs (2000) erklärt, dass die Schwierigkeit bei der Magersucht darin liegt, dass das Suchtmittel „Nahrungsverweigerung“ nicht entzogen werden kann.

Er beschreibt folgende Therapieziele einer Psychotherapie:

- Veränderung des Lebensentwurfes: Aktive Auseinandersetzung mit der Biografie, der Gegenwart und Zukunft.
- Verstehen und „Anfreunden mit den Symptomen“: Kennenlernen des Essverhaltens - insbesondere im Zusammenhang mit der Lebenssituation. Deuten von Esskrisen als Anzeiger für Krisen.
- Gewichtsstabilität gewinnen: Das Erreichen von Stabilität ist primär wichtiger als ein Normalgewicht.
- Positives Körperbild: Lernen hinzuschauen und Verbesserung des Selbstwertgefühls durch Reifung. Körperpflege kann bewusst ausgeübt werden.
- Symptomreduktion: Grössere Krisenintervalle werden erreicht.
- Freude und Genuss an Lebensmitteln gewinnen: Diese sollen nicht als Sucht- sondern als Lebens-Mittel anerkannt werden. Eine eigene Esskultur mit Vorlieben soll entstehen (z.B. internationale Küche).

3.1.8 Prognose

Pirke (1999) beschreibt die Prognose der Therapien wie folgt: Bei einer regelmässigen ambulanten Nachkontrolle wurde eine Rückfallrate von 50% beobachtet.

Laut ENES (2006) sind frühes Erkennungsalter und früher Therapiebeginn prognostisch günstige Faktoren. Bei 25% der Patientinnen und Patienten tritt eine Chronifizierung ein und ca. 5% sterben an medizinischen Komplikationen oder durch Suizid.

3.1.9 Prävention

ENES (2006) erläutert wichtige Aspekte der Prävention von Essstörungen. Langfristige gesundheitsökonomische Folgen können vermieden werden.

Soziale Einflüsse verringern:

- Gesetzgeberische Initiativen gegen Werbung mit überschulden Körpermassen.
- Öffentliche/ private Kritik an Diäten.

Stärkung von Risikogruppen:

- Entscheidungsfähigkeit von Jugendlichen stärken.
- Selbstakzeptanz fördern.
- Integration solcher Themen in den schulischen Unterricht und in Jugendarbeit.

Erreichung der Jugendlichen über Lehrer, Jugendarbeiter, Eltern, Pfarrer, Sporttrainer etc. Folgende Inhalte sind zentral:

- Talente und Fähigkeiten stärken.
- Nicht abschrecken, sondern aufklären über die Auswirkungen von Essstörungen auf den Körper.
- Positives Körpergefühl vermitteln.
- Natürliches Hunger- und Sättigungsgefühl fördern.
- Schönheitsideale hinterfragen.
- Leistungsdruck mindern.

3.1.10 Bedeutung in der Schwangerschaft

Eine Schwangerschaft tritt laut Beckermann (2004) bei Anorexie selten ein. Die Symptome der Anorexie können sich aufgrund des zunehmenden Gewichtes und der Identitätskrise verschlimmern. Eine Schwangerschaft birgt jedoch als Krise nicht nur eine negative Perspektive, sondern ein grosses Weiterentwicklungspotential. Eine magersüchtige Schwangere kann durchaus auch positive Gefühle verspüren: Sie fühlt sich nicht mehr innerlich „hohl“ und gewinnt an Selbstvertrauen, weil ihr Körper neues Leben entstehen lässt. Einige Anorektikerinnen verspüren einen Kinderwunsch, weil sie als Schwangere „erlaubterweise“ essen und zunehmen dürfen.

Trotzdem birgt eine Schwangerschaft bei Anorexie für Mutter und Kind Risiken. Im folgenden Abschnitt werden einige Studien dargestellt.

Ekéus et al. (2006) hat in Schweden in einer retrospektiven Datenanalyse nachgewiesen, dass das Geburtsgewicht der Babys von Anorektikerinnen tiefer liegt als bei gesunden Frauen. Das Untersuchungsfeld dieser Studie war mit insgesamt 827582 Probandinnen zwar gross, ist jedoch wegen der unvollständigen Erfassung der anorektischen Frauen nur beschränkt relevant, denn die Fälle der Betroffenen beschränken sich so auf ein ausgeprägtes Krankheitsbild.

Kouba et al. (2005) haben in ihrer quantitativen Vergleichsstudie 49 anorektische oder bulimische Schwangere mit 68 gesunden Schwangeren verglichen. Sie fanden ein signifikant tieferes Geburtsgewicht und einen verminderten Kopfumfang bei den Kindern der essgestörten Schwangeren. Es waren auch vermehrt Mikrozephalie, IUWR und Hyperemesis gravidarum zu finden. Im Vergleich zur Kontrollgruppe wurden keine Unterschiede bezüglich Frühgeburtenrate, Geburtsmodus oder APGAR festgestellt. Die Studie ist zwar wissenschaftlich gut gestaltet, untersuchte jedoch nur wenige Probandinnen.

Franko et al. (2001) untersuchte die Daten von 246 Frauen. Sie stellte bei Anorektikerinnen eine erhöhte Rate an Sectios und postpartalen Depressionen fest. Da die Gruppe verhältnismässig klein ist und die psychischen Zustände der Frauen vor der Schwangerschaft unbekannt, muss die erhöhte Rate an postpartalen Depressionen hinterfragt werden.

Oberndörfer (2007) erwähnt ausserdem, dass die Stillfähigkeit vermindert sein kann.

Die verzerrte Wahrnehmung des Körpers kommt laut Slade (1977) nicht nur bei Anorektikerinnen vor, sondern auch zu Beginn der physiologischen Schwangerschaft. Die Einschätzung der Körperdimensionen wurde in der Studie von Frauen im vierten Schwangerschaftsmonat überschätzt. Interessanterweise überschätzten hingegen Frauen im achten Monat nur selten ihre Körperdimensionen. Dass sich die verzerrte Wahrnehmung bei Anorektikerinnen während der Schwangerschaft kumuliert, wäre denkbar.

3.2 Bestehende Empfehlungen zur Betreuung von anorektischen Schwangeren

Im folgenden Kapitel werden erste Empfehlungen für die Betreuung von anorektischen Schwangeren durch Hebammen nach Switala (2007) zusammengefasst.

Eine Behandlung soll somatische, psychische und soziale Ansätze beinhalten. Es geht hauptsächlich um organisatorische Bereiche der Betreuung, aber auch um die Abgrenzung der Hebamme gegenüber der Patientin.

Das gemeinsame Festlegen von Behandlungsvereinbarungen kann zwischen der Hebamme und der Schwangeren für klare Vorstellungen sorgen und eine gute Zusammenarbeit fördern. Zu Beginn steht ausserdem die Konfrontation der Patientin mit ihrer Gefährdung und den erforderlichen Behandlungen. Diese Phase ist oft problematisch, weil die Patientin Widerstand leistet.

Das Wiederauffüttern soll die gesundheitliche Schädigung vermeiden, ist jedoch nur Symptombekämpfung. Ziel ist das Sollgewicht minus 10%. Erreicht werden soll dies unter anderem durch Analysieren des Essverhaltens.

Der Schwangeren soll bewusst gemacht werden, dass sie die alleinige Verantwortung für sich und ihr Ungeborenes trägt. Hierdurch kann die Hebamme entlastet werden. Um das Vertrauen nicht zu stören sollen Versprechen gehalten werden. Das Festlegen einer Gewichtsgrenze nach unten verhindert Machtspiele der Anorektikerin und soll eine weitere Gefährdung des Kindes ausschliessen. Da Anorexie- Kranke ihre Symptome verstärken, wenn man sie zum Essen auffordert, soll dies nie getan werden.

Die Hebamme hat die Aufgabe einmal zu Beginn der Betreuung über die Konsequenzen einer mangelhaften Ernährung zu sprechen und sie auf eine ausreichende Vitamin- und

Mineralstoffversorgung hinzuweisen (allenfalls Supplementierung). Um die Empfehlungen umzusetzen, muss die Frau die Hintergründe verstehen und bereit sein.

Da die Erkrankung psychopathologisch ist, muss eine Hebamme interdisziplinär arbeiten. Die Therapie kann sich aus verschiedenen Anteilen zusammensetzen. Damit die Kommunikation unter den Betreuungspersonen stattfinden kann, muss die schwangere Frau eine schriftliche Einwilligung abgeben. Die Entwicklung von Flussplänen für die Arbeit wird vorgeschlagen.

Die Körpertherapie setzt bei den Symptomen an, hilft jedoch bei der Konfrontation mit dem Körperbild. Videos, Fotos und Spiegel dienen als Hilfsmittel. Die Familientherapie ist sinnvoll, wenn alle Beteiligten zu einer Veränderung bereit sind.

Die Schwierigkeit der Betreuung von anorektischen Schwangeren liegt in Gegenübertragungsreaktionen. Dies sind emotionale Antworten des Therapeuten auf das Verhalten der Patientin. Anorektische Schwangere lösen beispielsweise Gefühle wie Mitleid, Besorgnis, Widerstände aber auch Wut aus. Switala beschreibt daher, dass die Hebamme sich aus dem Karpman- Dreieck heraushalten muss, um eine optimale Betreuung zu gewährleisten. Supervision soll emotionale Verstrickung verhindern. Bleibt die Betreuung ohne Fortschritte, soll sie an eine weitere Person übergeben werden.

Das Karpman- Dreieck wird nach Wikipedia (2008) auch Dramadreieck genannt. Das Modell erklärt das Beziehungsmuster zwischen drei Personen mit den Rollen Opfer, Täter und Retter. Sie folgen Verhaltensregeln welche z.B. die Nähe und Distanz regulieren. Die Rollen können sich verschieben.

In einer Guideline des National Institute for Health and Clinical Excellence (UK) zum Thema „Antenatal and postnatal mental health“ nach Tomson et al. (2007) wird bei Essstörungen auf die Guideline „Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders“ verwiesen (Siehe Kapitel 3.1.7). Ansonsten empfehlen sie enge Kommunikation unter Patient, Behandelnden und Umfeld. Kontinuität, Bedürfnisabklärung und aktive Beteiligung an Entscheidungen sind Schwerpunkte. Je nach Situation soll der werdenden Mutter eine Unterbringung in einer Mutter- Kind- Institution vorgeschlagen werden.

4. Schwangerenvorsorge bei gesunden Frauen

4.1 Schwangerenvorsorge

Dieses Kapitel bezieht sich auf Höfer (2005), die den Hebammen empfiehlt, bei der Schwangerschaft von einem natürlichen Lebensprozess auszugehen.

Die Beschreibung der Schwangerenvorsorge ist wichtig, um Aspekte herauszufinden, die für die Betreuung bei magersüchtigen Frauen bedeutsam sind.

Kommunikative Voraussetzungen und Beziehungsaspekte werden im folgenden Kapitel beschrieben.

Die Rolle der Hebamme liegt in der psychischen, medizinischen und sozialen Begleitung von Frau, Kind und Umfeld. Hier die wichtigsten Faktoren:

Psychische Begleitung:

- Einbezug in die Behandlung und Förderung der Entscheidungsfindung.
- Vorbereitung auf das Elternsein und Veränderungen in der Beziehung, Beziehung zum Kind.
- Wahrnehmung fördern, Bedürfnisse und Gefühle erkennen und aussprechen.
- Geburtsvorbereitung: Kurse anbieten, z.B. Informationen bezüglich Geburtsvorgang, Geburtsort und –art, Schmerzerleichterungsmöglichkeiten, Vorbereitung auf das Stillen, Umgang mit dem Neugeborenen, Information über vaginal- operative und Kaiserschnitt-Entbindungen und Verlauf des Wochenbettes.

Medizinische Begleitung:

- Wohlbefinden erfragen, über Massnahmen und Veränderungen des Körpers informieren.
- Feststellung und Überwachung der Schwangerschaft im physiologischen Bereich, Erkennen von Normabweichungen und Ableiten von Massnahmen.
- Zusammenarbeit mit anderen Fachpersonen.
- Gesundheit der Frau:
 - Risikoabklärung anhand medizinischer, gynäkologischer, psychosozialer und familiärer Anamnese.
 - Körperliche Untersuchung: Vitalzeichen, Blutwerte (bei rhesusnegativen Müttern Anti- D- Prophylaxe), Serologien, Gewicht und Zunahme, VU, Brust, Beckenmasse, Schwangerschaftsbeschwerden etc.
 - Information über Risikofaktoren.
- Untersuchung des Kindes:
 - Herztätigkeit, Kindsbewegungen, Wachstum und Lage.
- Information zur Pränataldiagnostik: US empfohlen, weitere Untersuchungen gemäss Risikoprofil und Wunsch des Paares. Bewusstsein welche Konsequenzen die Untersuchungen zur Folge haben können.
- Physische Geburtsvorbereitung: Dammvorbereitung.
- Beratung zu folgenden Themen:
 - Ernährung: Wichtigkeit, Art
 - Körperpflege
 - Medikamente
 - Genussmittel und Drogen
 - Sport, Reisen
 - Sexualität
- Beratung bei Schwangerschaftsbeschwerden wie Ödeme, Infektionsanfälligkeit, Übelkeit, Sodbrennen, Verstopfung, Miktionsprobleme, Kreislaufbeschwerden, Varizen, Hämorrhoiden, Schmerzen im Rücken, Bauch oder an der Symphyse.

Soziale Begleitung

- Beratung zur Arbeitssituation abhängig von gesundheitlicher Situation und Belastung.
- Abklärungen zur finanziellen Sicherheit.
- Abklärung der Partnerschaft und Unterstützung aus dem Umfeld.
- Ggf. Vermittlung an Sozialhilfe, Beratungsstellen etc.
- Vorbereitungen für das Kind: Informationen über die notwendige Infrastruktur.

Da die Kommunikation und Beziehung zwischen Hebamme und Frau für den Erfolg der Behandlung wegweisend sind, werden sie im nächsten Kapitel erläutert.

4.2 Beziehungsaufbau und Kommunikation in der Hebammenarbeit

Es handelt sich um Kompetenzen, welche für eine gute Zusammenarbeit mit den schwangeren Frauen notwendig sind.

Der personenzentrierte Ansatz von C.R. Rogers als Hilfsmittel in der Schwangerschaftsbetreuung beschreibt den Kontaktaufbau und die Beziehungsgestaltung. Rogers geht davon aus, dass jeder Mensch eine Selbstverwirklichungstendenz hat und sich in einem förderlichen Klima entwickeln kann. Folgende Bedingungen sind in der Hebammenarbeit zu erfüllen um ein solches Klima zu schaffen:

- Bedingungslose positive Zuwendung ohne Wertschätzung.
- Echtheit: Verhalten und Haltung müssen übereinstimmen.
- Empathie: Einfühlung in das Gegenüber.
- Kongruenz: die Hebamme und die Frau ziehen am selben Strick.

Die Konsequenz dieses Modelles liegt darin, dass die Schwangeren als Persönlichkeiten unterstützt werden (Rogers, Schmid 1998)

Wie Veränderungen bei Personen unterstützt werden können, beschreibt das Empowerment- Konzept nach Wagner (2001). Mit diesem Ansatz für eine umfassende Betreuung sollen scheinbar hilflose Personen unterstützt werden, ihre Situation zu erkennen und Fähigkeiten zur Bewältigung zu entdecken und anzuwenden. Der Leitgedanke ist die Stärkung eines Menschen, damit er über sein Leben bestimmen kann. Jeder Mensch besitzt Ressourcen.

Empowert man eine Person, so traut man ihr die Bewältigung des Problems zu und nimmt sie ernst. Man schafft Bedingungen, damit die Person ihre Ressourcen ausschöpfen kann.

Unterstützt man folglich eine Person, so gestaltet man die Betreuung der Lebenssituation angepasst und achtet auf angemessene Informationen.

4.3 Die Salutogenese

Die Beschreibung des von A. Antonovsky (Medizinsoziologe) begründeten Konzeptes stützt sich auf Aussagen von Bengel et al. (2001). Das Konzept erklärt die Entstehung von Gesundheit. Daraus kann abgeleitet werden, wie man einen Menschen unterstützen kann seine Gesundheit zu erhalten oder verbessern. Da Hebammen in der Schwangerenvorsorge Frauen diesbezüglich unterstützen, wird dieses Konzept erläutert.

Der Mensch steht in einem Kontinuum von Gesundheit und Krankheit und hat demnach kranke als auch gesunde Anteile im Körper.

Wichtiger Aspekt der Salutogenese ist das Kohärenzgefühl.

Der Gesundheitszustand eines Menschen wird nebst Umwelteinflüssen durch die Grundhaltung gegenüber der Welt und dem Leben beeinflusst. Diese Grundhaltung ist individuell, und unterliegt aufgrund neuer Lebenserfahrungen einer steten Veränderung. Das Kohärenzgefühl bestimmt, wie gut ein Mensch über Ressourcen verfügen kann, um seine Gesundheit zu schützen.

Das Kohärenzgefühl setzt sich aus drei Faktoren zusammen:

- Gefühl von Verstehbarkeit: Bekannte und unbekante Reize können als Information verarbeitet werden.
- Gefühl von Handhabbarkeit: Überzeugung, dass Ressourcen zur Bewältigung einer Anforderung vorhanden sind.
- Gefühl von Sinnhaftigkeit: Ausmass in dem das Leben als sinnvoll betrachtet wird. Probleme gelten als Herausforderung. Wichtigster Aspekt, da dieser der Motivation entspricht.

Die Aussage, dass das Kohärenzgefühl sich bis zum 30. Lebensalter entwickelt und stabilisiert, wurde von Jager (2000) widerlegt.

Das Kontinuum von Gesundheit und Krankheit wird von Stressoren und Widerstandsressourcen beeinflusst. Stressoren können die Balance stören und erfordern eine Handlung. Sie sind physikalischer, biochemischer oder psychosozialer Art, wobei letztere in Industriestaaten im Vordergrund steht. Bei ausgeprägtem Kohärenzgefühl scheinen mehr Situationen bewältigbar. Die Reaktion auf einen Stressor fällt angemessener aus, als bei einer Person mit tieferem Kohärenzgefühl. Denn diese reagiert z.B. mit Wut, wodurch eine zielorientierte Handlung schwierig wird.

Die Widerstandsressourcen sind individuelle, soziale und kulturelle Faktoren, die die Widerstandsfähigkeit eines Menschen steigern. Es gehören z. B. Intelligenz, körperliche Fähigkeiten, Familie und finanzielle Möglichkeiten dazu. Die Faktoren prägen die Lebenserfahrung und ermöglichen ein gesteigertes Kohärenzgefühl. Sie können jedoch auch als Lösungspotential eines Spannungszustandes dienen.

Ein Mensch mit hohem Kohärenzgefühl kann seine Gesundheit positiv beeinflussen, weil er Stressoren erkennt und Ressourcen ausschöpft, um gesundheitsschädliches Verhalten zu vermeiden und gesundheitsfördernde Massnahmen zu ergreifen.

5. Aktuelle Praxis

Ursprünglich sollten in diesem Kapitel Hebammen über ihre Erfahrungen in der Schwangerenvorsorge bei anorektischen Frauen berichten. Nach verschiedenen Anfragen in Zentrumsspitalern der Schweiz wurde jedoch klar, dass grosse Bereitschaft zur Beteiligung jedoch wenig Erfahrung vorhanden ist. Ein Grund dafür kann sein, dass Anorektikerinnen zum einen selten schwanger werden und zum anderen eher zum Gynäkologen in die Schwangerenvorsorge gehen.

Aufgrund dieser Situation wurden die Schwerpunkte der Interviews verändert. Das Ziel war herauszufinden, wie die Hebammen mit einer solchen Situation umgehen, wenn sie noch nicht Erfahrung sammeln konnten. Auch der Vergleich der Aussagen von Hebammen aus verschiedenen Arbeitsfeldern war von Interesse. Die Aussagen sollen die Erklärungen aus der Literatur ergänzen.

Da nur je eine Hebamme aus den Arbeitsbereichen „freiberuflich“ und Spitalhebamme befragt wurde, ist die Aussagekraft beschränkt. Um weitere Aussagen zu gewinnen wären weitere Befragungen notwendig. Dies war aus zeitlichen Gründen nicht möglich.

5.1 Methode

Es wurden zwei Hebammen befragt. Bekanntschaft und die Nähe zu den Interviewpartnerinnen waren Kriterien zur Auswahl der Hebammen.

Zum Vergleich wurde je eine Spitalhebamme aus einem Zentrumsspital und eine freipraktizierende Hebamme ausgewählt. Sie wurden für die freiwillige Teilnahme telefonisch oder persönlich angefragt. Sie waren damit einverstanden, dass ihre Angaben vertraulich behandelt werden.

Das Interview mit einer freipraktizierenden Hebamme (A) entstand bei ihr zu Hause. Es wurde auf Tonband aufgezeichnet und dauerte ungefähr 45 Minuten. Es gab keine Unterbrechung.

Das Interview mit einer Spitalhebamme (B) entstand in einem Kontrollzimmer der Schwangerenberatungsstelle. Das Gespräch wurde nie unterbrochen, es dauerte ca. 40 Minuten und wurde auf Tonband registriert.

Die Interviews wurden in ein Word- Dokument transkribiert. Die Sprache wurde von Mundart in Schriftdeutsch gewechselt. Lückenfüller wie z.B. „ehm“ wurden ausgelassen. Alle Passagen des Gesprächs waren verständlich.

Die Interviews erfolgten mithilfe eines Fragebogens welcher Leitfragen enthielt. Die Hebammen sollten durch die Fragen zum freien Erzählen bewogen werden. Eine individuelle Anpassung der Fragen wurde so ermöglicht.

Das Interview sollte praxisnahe Aussagen, und durch die Analyse ausserdem einen Vergleich unter den verschiedenen Arbeitsbereichen ermöglichen.

Die Interviews wurden nach der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring (2003) analysiert. Dabei werden die Aussagen Satz für Satz zusammengefasst und im Zusammenhang mit dem Thema interpretiert.

Die Aussagen werden in einem ersten Schritt paraphrasiert und auf eine höhere Abstraktionsebene gebracht. Dabei kann Unwichtiges herausgefiltert werden, und ein Vergleich der Aussagen erfolgen. Es werden weiter Haupt- und Untergruppen gebildet. Durch eine erneute Zusammenfassung der abstrahierten Aussagen wird die Grundlage für die Diskussion erarbeitet.

5.2 Ergebnisse

Hintergrund der befragten Personen: A hat einige Jahre im Gebärsaal in zwei Spitälern gearbeitet bevor sie vor sieben Jahren in die Freiberuflichkeit einstieg. Sie ist seit 1990 Hebamme. Zurzeit arbeitet sie in der Schwangerschaftsberatung und Wochenbettbetreuung,

leitet Hausgeburten und gibt Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskurse. Sie ist an eine Hebammenpraxis angegliedert.

B ist seit 1991 diplomierte Hebamme und seither im Zentrumsspital tätig. Sie hat längere Zeit im Gebärsaal und dann im Turnus Wochenbett- Gebärsaal gearbeitet. Inzwischen ist sie seit zwei Jahren zu 30% in der Schwangerenberatung tätig.

Es wurden neun Kategorien aus den Interviews herausgefiltert. Sie werden in den folgenden Unterkapiteln dargestellt.

Bedeutung des Gewichtes einer Schwangeren für die Hebamme

Sowohl Teilnehmerin A und B räumen dem Gewicht nicht sehr viel Wichtigkeit ein, ausser zur Erkennung von Anzeichen einer Schwangerschaftskomplikation.

Betreuung von Frauen mit Gewichtsproblemen

Beide Hebammen haben bereits adipöse Frauen betreut, jedoch noch nie magersüchtige Schwangere.

„Was es jedoch öfters gibt, sind Frauen die normalgewichtig sind, sich jedoch stark mit ihrer Gewichtszunahme befassen.“ (B: Zeile 10-12)

Kommunikation in der Schwangerenberatung

Beide Hebammen haben im Interview geäußert, dass die Kommunikation in der Beratung einen Einfluss auf den Erfolg hat. Für beide ist das Wissen über korrekte Ernährung ein wichtiger Teil der Beratung und zählt zu den notwendigen Kompetenzen.

Hebamme A weist auf das Erheben einer ganzheitlichen Anamnese hin. Bezüglich Sport meint sie:

„(...) untergewichtige Frauen (...) überschreiten immer wieder eigene Grenzen. Ihnen würde ich eine Einschränkung bezüglich Sportart und Anzahl Trainingsstunden auferlegen.“ (A: Zeile 69-71)

Sie versucht die Schwangerschaft als einen physiologischen Prozess zu betrachten.

Hebamme B legt Wert auf die Beratung bei übermässiger Gewichtszunahme:

„Frauen die sehr rasch sehr viel Gewicht zunehmen, spreche ich gezielter darauf an, um ihr bewusst zu machen, welche Risiken dies fördert. Ich fordere sie auf Fastfood und gezuckerte Getränke zu meiden etc.“ (B: Zeile 26-28)

Auch die Beratung zur Hygiene erscheint ihr bei Frauen mit massiven Gewichtsproblemen wichtig.

Sie erwähnt ausserdem, dass sie sich Schwierigkeiten in der Kommunikation vorstellt:

„Es kommt auch auf die Bereitschaft der Frau an, wie viel sie erzählen mag.“ (B: Zeile 35-36)

Sie weist darauf hin, dass Empathie, Kongruenz und Wertschätzung bei der Hebamme durch negative Gefühle vermindert sein können.

Vorgehen bei der Betreuung einer Frau mit schweren Gewichtsproblemen

Interdisziplinäre Zusammenarbeit wird als Aspekt genannt.

Die Überweisung der Patientin an Fachpersonen wird durch Hebamme B präzisiert: sie nennt z.B. Ernährungsberatung und Psychologin oder Psychologe als fachliche Hilfe.

Hebamme A legt Wert auf das Erkennen des Hintergrundes der Frau: Anhand der Anamnese kann erkannt werden, welche Behandlungen die Frau bisher durchlaufen hat, sodass das Verständnis für die Situation der Frau gefördert wird.

Ihr ist der Miteinbezug der Schwangeren wichtig, damit die Planung der Begleitung gemeinsam erfolgt:

„(...) würde ich mit ihr besprechen wie man nun weitergeht.“ (A: Zeile 39-40)

Psychische Begleitung

Hebamme B äussert, dass die Frau für das Gelingen der Zusammenarbeit Verantwortung übernehmen muss.

Hebamme A erklärt auch, dass die Frau für ihr Gewicht bei Beginn der Schwangerschaft verantwortlich ist, weil die Hebamme dies nicht beeinflussen kann. Sie versucht ihnen Verhaltensänderungen nahezu legen:

„Ich spreche auch an, dass sie dieses Verhalten nicht weiterführen kann, weil sie sonst sich selbst und dem Kind schadet.“ (A: Zeile 52-53)

Beiden ist wichtig, dass magersüchtige Frauen mit Gefahren ihres Verhaltens konfrontiert werden.

Die Förderung des Körpergefühls ist zentral. Die beiden Hebammen haben zu diesem Thema unterschiedliche Aussagen gemacht.

Hebamme A erklärt, dass sie anhand von Äusserungen und am Umgang mit dem Körper erkennt, ob die Schwangere ein gutes Körpergefühl hat. Um das Körpergefühl zu fördern unternimmt sie folgendes:

„Ich versuche die Frauen zu führen, indem ich ihnen Dinge erkläre, anhand von Bildern zeige, es mit den Händen zu spüren gebe. In Kursen sind Wahrnehmungsübungen sinnvoll. Mit Atemübungen kann man Stellen erreichen, mit Gedankenreisen durch den Körper wandern, oder durch an- und entspannen Muskeln spüren.“ (A: Zeile 82-85)

Ihr Ziel ist es, durch ganzheitliche Schwangerschaftsvorsorge das Körpergefühl zu steigern. Ausserdem erwähnt sie, dass das Körperbild einer Frau auch durch das Fremdbild beeinflusst wird. Das Verhältnis des Partners zum Körper der Frau kann ihr Verhältnis zum eigenen Körper verändern.

Auch Hebamme B nennt die Beziehung als einen Aspekt. Sie erwähnt eine mögliche Folge von Adipositas.

„Bei Übergewichtigen Frauen kann es Beziehungsprobleme geben.“ (B: Zeile 62)

Hebamme B erkennt das Körpergefühl der Frauen auch anhand von Äusserungen über Veränderungen. Und:

„Die Bereitschaft zu Dammassage ist bei Frauen die ihren Körper kennen höher. Dies ist eine Möglichkeit, um in Hinsicht auf die Geburt das Körpergefühl zu fördern.“ (B: Zeile 43-44)

Ob die Mutter- Kind- Beziehung besteht, erkennen die Hebammen beim Herzton- Hören.

Hebamme A spricht mit dem Kind, egal ob der Bauch schon sichtbar ist oder nicht. So ermuntert sie die Frau mit ihrem Kind Kontakt aufzunehmen.

„Viele Frauen haben Angst vor negativen Gefühlen wie Wut oder Frust. Ich erzähle ihnen, dass man ihrem Kind lieber solche Gefühle zumutet als Verdrängung.“ (A: Zeile 101- 103)

Hebamme B denkt, dass die Art der Mutter- Kind- Beziehung von der Persönlichkeit der Mutter abhängt. Sie ermuntert die Frauen sich mit dem Mutter- Werden auseinanderzusetzen und einen Geburtsvorbereitungskurs zu machen, um die Bindung zu fördern.

Essstörungen und das soziale Umfeld

Beide Hebammen sprechen das Umfeld als Einflussfaktor an und sind sich einig, dass das Umfeld in die Betreuung einbezogen werden muss.

Hebamme A glaubt, dass das Umfeld über die Ernährung mitbestimmt und daher einen wesentlichen Einfluss hat.

Hebamme B ging auf die Folgen der Essstörungen ein: Die möglichen Beziehungsprobleme wurden bereits genannt.

„Der Druck und die Sorge bei einer Magersüchtigen sind sicher viel grösser.“ (B: Zeile 61-62)

Wissen über die Anorexie

Beide Hebammen haben in der Ausbildung Anorexia nervosa nicht behandelt.

Hebamme A erwähnt, dass Betroffene oft einen langen Krankheitsverlauf haben. Ausserdem ist ihr bekannt, dass die Ursachen psychosozial sind. Sie kennt Betroffene.

Hebamme B gibt nicht an Wissen über die Erkrankung zu haben. Trotzdem erklärt sie, dass die Entstehung der Magersucht durch das nahe Umfeld und Normen der Gesellschaft beeinflusst wird.

Klientel der Hebammen

Zu diesem Thema hat sich Hebamme A geäussert:

„Bei meiner Klientel handelt es sich oft um eher intellektuelle Paare, die sich eben auch mit Ökologie, Ernährung und Gesundheit auseinandersetzen.“ (A: Zeile 27-29)

Stressoren in der Schwangerschaft

Hebamme A erklärt, dass Stress als Auslöser der meisten Schwangerschaftskomplikationen gilt und daher Stressoren erkannt und ausgeschaltet werden müssen.

6. Diskussion

Dieses Kapitel setzt sich mit Erkenntnissen aus der oben beschriebenen Literatur und den Interviews zusammen. Es dient zur Herleitung der Betreuungsempfehlungen, die im Anhang aufgelistet sind. Es soll ausserdem ein Vergleich zwischen den Aussagen der Spitalhebamme und der freipraktizierenden Hebamme erfolgen, um Unterschiede in den Arbeitsbereichen herauszufinden.

Hebamme A und B sind 17 bzw. 16 Jahre diplomiert und haben beide auf verschiedenen Abteilungen gearbeitet. Hebamme A ist seit sieben Jahren freiberuflich in Schwangerschafts-, Geburts- und Wochenbettbetreuung tätig, während Hebamme B seit zwei Jahren in der Schwangerenberatung eines Zentrumsspitals arbeitet.

Da Hebamme B weniger Aussagen gemacht hat, schränkt es die Auswertung weiter ein. Die Hebammen haben sich bei keiner Frage widersprochen, sondern eher ergänzt.

Die psychogene Erkrankung Anorexia nervosa betrifft laut Literatur vor allem junge Frauen im gebärfähigen Alter und kommt immer häufiger vor. So sind in unserem Kulturkreis Frauen zwischen 13 und 25 Jahren zu 1% betroffen. Tatsächlich kann aber eine Schwangerschaft nur dann eintreten wenn das Untergewicht den Menstruationszyklus nicht beeinflusst oder bei Anwendung einer Hormonbehandlung. Da es jedoch nur wenige sind, ist es schwierig Erfahrungen zu sammeln. Dies wurde durch beide Hebammen beim Interview bestätigt. Es ist nur wenig hebammenspezifische Literatur zum Thema Schwangerenvorsorge bei Anorexia nervosa vorhanden. Die Mehrzahl ist aus ernährungsmedizinischer und psychologischer Sicht verfasst.

Einige hebammenspezifische Studien existieren, sind jedoch aufgrund von Mängeln im Studiendesign oder wegen kleiner Teilnehmerinnenzahl nicht sehr aussagekräftig. Hebammen sollten das Krankheitsbild mit den Komplikationen kennen, um eine sichere Schwangerschaftsvorsorge leisten zu können. Anorexia nervosa ist noch kein Thema in der Ausbildung, allerdings hat das 2007 erschienene Buch von Bloemeke et al. darauf

hingewiesen, dass Hebammen sich mit psychischen Erkrankungen der Schwangeren auseinandersetzen müssen.

Anorexie hat hauptsächlich psychosoziale Ursachen. Bestimmte familiäre und persönliche Strukturen, Identitätssuche oder auslösende Erlebnisse sind bekannt für die Entwicklung einer Magersucht. Faktoren, die zur Entwicklung der Anorexia nervosa führen, sind jedoch oft auch an der Entstehung von geburtshilflichen Komplikationen beteiligt und daher als Stressoren zu werten.

Diagnostisch wird die Anorexie anhand von Kriterien festgestellt. Beurteilt werden das Verhaltensmuster, die körperliche Untersuchung und die psychische Beurteilung.

Die Symptome bei Anorexie sind vielseitig. Das Verhalten von Magersüchtigen ist auf das Hungern fokussiert. Sie können durch das Verweigern von Nahrung ihren Willen demonstrieren. Oft isolieren sie sich und gelangen in einen Teufelskreis, weil durch mangelnde soziale Kontakte erneut die Beschäftigung mit Hungern in das Zentrum rückt. Jedoch auch körperliche Folgen der Unterversorgung von Nährstoffen und Kalorien zeigen sich. Durch Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes, sowie endokrinen Störungen sind viele Organe betroffen.

Die Diagnosestellung liegt nicht im Aufgabenbereich der Hebammen. Werden jedoch Symptome bei einer Frau entdeckt, sollen Abklärungen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Weg geleitet werden. Die Funktion der Hebamme liegt in der Früherkennung von körperlichen oder verhaltensmässigen Auffälligkeiten und Kontaktaufnahme zu entsprechenden Fachpersonen wie Psychotherapeuten oder Ernährungsberatern.

Hebamme A weist darauf hin, dass eine genaue Anamnese das Verständnis für die Situation der Frau erleichtert. ENES (2006) schlagen gar konkrete Fragen vor. Die Anamnese kann beim Weiterleiten an Fachpersonen wichtige Vorinformationen bieten.

Hebamme A hat in ihren Aussagen auf die Schwangerschaft als physiologischer Prozess hingewiesen. Sie geht vom salutogenetischen Konzept aus.

Je nach Schweregrad der Magersucht befindet sich die Frau gemäss dem salutogenetischen Modell näher an der Gesundheit oder der Krankheit. Eine Frau, die an Anorexie leidet, hat ein vermindertes Kohärenzgefühl, weil sie durch Gewichtsverlust Autonomie zu erreichen versucht und nicht andere Ressourcen nutzt. Auch depressive Stimmungen sind unter Betroffenen verbreitet und deuten an, dass das Gefühl der Sinnhaftigkeit nur mangelhaft vorhanden ist.

Das Kohärenzgefühl zu steigern, bedeutet also eine Gesundheitsförderung. Indem die Frau umfassende Informationen über ihre Risiken erhält, steigert sich das Gefühl der Verstehbarkeit. So kann sich die Kooperationsbereitschaft steigern. Indem man ihr zutraut ihre Situation zu verändern, kann man ihr Gefühl der Handhabbarkeit unterstützen. Gespräche über Ursachen der Krankheit und Chancen können das Gefühl der Sinnhaftigkeit begünstigen. So erhält die anorektische Schwangere ein besseres Kohärenzgefühl und ist eher fähig gesundheitsfördernde Massnahmen einzuleiten und gesundheitsschädliche zu meiden.

Die Kommunikation mit der Frau hat für beide Hebammen in der Schwangerenberatung einen wichtigen Stellenwert. Welche Punkte zu beachten sind, wird von den Hebammen nicht erläutert. Ob das Wissen dazu fehlt oder lediglich nicht genauer darauf eingegangen wurde, ist nicht bekannt. Hebamme A ist es wichtig, sich in die Situation der Frau einzufühlen. Sie geht somit auf Empathie ein, welche eine bedürfnisorientierte Betreuung ermöglicht.

Der Beziehungsaufbau kann bei Anorexie erschwert sein. Er gelingt besser, wenn wir eine Frau aktiv in die Betreuung einbeziehen, sie empowern und ihr die Bewältigung von Problemen zutrauen. Es ist wichtig, dass die Frau ihre Situation erkennt, Ressourcen entdeckt und die Situation aus eigener Kraft bewältigt. Als Hebamme haben wir die Aufgabe ihr den Rahmen für diesen Prozess zu gestalten.

Hebamme B erwähnt, dass es für Hebammen schwierig sein kann empathisch, kongruent und wertschätzend zu sein, wenn gegenüber der magersüchtigen Frau negative Gefühle auftreten. Auch laut Literatur kann die Betreuung für die Behandelnde schwierig sein. Nähe und Distanz sollen ausgeglichen sein um eine emotionale Verstrickung zu verhindern. Einbezug anderer Fachpersonen und Supervision helfen dem Karpman- Dreieck vorzubeugen.

Ein hoher Kontrollanspruch ist eines der typischen psychodynamischen Muster bei Anorexie. Dies kann ein Nachteil in der Behandlung sein, weil die Betroffene Widerstand leistet. Widerstand gegen die Therapie kann durch mangelnde Motivation oder Angst vor einer Gewichtszunahme auftreten. Indem die Frau in ihre Behandlung miteinbezogen wird, kann ihr Kontrolle zurückgegeben werden.

Damit die anorektische Frau ihr Kind nicht durch starke Gewichtsabnahme (Machtspiel) gefährdet, kann die Erarbeitung eines Behandlungsvertrages sinnvoll sein (siehe Anhang). Die klare Kompetenzenverteilung und Aufteilung der Verantwortung gibt der Betroffenen Halt.

Anorexie betrifft mit den Symptomen -ähnlich wie die Schwangerschaft aufgrund der Anpassungen- den gesamten Körper. Nebst dem Schweregrad der Erkrankung bestimmen auftretende Komorbiditäten (Sucht, Depression usw.) über die Risiken bei Mutter und Kind. Aus diesem Grund ist eine genaue Anamnese wichtig, um Risikosituationen und allfällige Komplikationen frühzeitig zu erkennen. Folglich kann auch die Beratung angepasst und falls notwendig weitere Untersuchungen eingeleitet werden. Um Risikosituationen erkennen zu können, müssen Hebammen über eine umfassende Fachkompetenz verfügen.

Da durch die Unterernährung Risiken für Mutter und Kind bestehen, ist bei Kontrollen Achtsamkeit gefragt. Auch die Symptomatik soll stets neu beurteilt werden, weil durch die Schwangerschaft eine Identitätskrise und der wachsende Körperumfang zu verstärkter Symptomatik führen können. Die Risiken, die aufgrund von Anorexie in einer Schwangerschaft auftreten können, müssen genauer erforscht werden. Ein niedrigeres Geburtsgewicht, IUWR und Mikrozephalie sind die Hauptgefahren für die Neugeborenen. Bei der Frau sind eine höhere Rate an Sectio cesarea, vermehrt Hyperemesis gravidarum und fraglich mehr Postpartum- Depressionen zu verzeichnen.

Die Therapie bei Anorexia nervosa im Allgemeinen zählt nicht zum Arbeitsbereich der Hebamme. Wichtigste Schwerpunkte sind die Psychotherapie, körperliche Abklärungen, Stabilisierung und der Einbezug des Umfeldes. Die Behandlung erfolgt meist ambulant. Ziele werden ebenfalls durch den Behandlungsvertrag geregelt.

Physiologische Schwangerschaftsbeschwerden wie Obstipation, Kreislaufbeschwerden, Übelkeit und Infektanfälligkeit können sich wegen dem geschwächten Allgemeinzustand stärker bemerkbar machen als üblich.

Informationen über Vorgänge im Körper fördern das Verständnis der Frau. Die Linderung der Beschwerden soll wie bei gesunden schwangeren Frauen erfolgen.

Zum Körpergefühl haben sich die Hebammen unterschiedlich geäußert. Hebamme A versucht den Schwangeren Vorgänge zu erklären und fordert sie zum Spüren auf, während Hebamme B anhand von Äusserungen das Körpergefühl der Frau feststellt. Sie hat die Erfahrung gemacht, dass Frauen mit einem besseren Körpergefühl offener für Dammmassage sind, und so wiederum das Körpergefühl fördern können.

Die Körperwahrnehmung bei anorektischen Frauen kann gestört sein. Die Unzufriedenheit mit dem Körperbild entsteht, weil dieses mit Leistungsfähigkeit gleichgesetzt wird. Lebenssituation, Gesellschaft und weitere Einflüsse führen zur Wahrnehmungsstörung, die wiederum verstärkte Symptome zur Folge hat. Die Frau soll aufgefordert werden ihren Körper losgelöst von allen Einflüssen zu betrachten.

Auch zu Beginn der physiologischen Schwangerschaft werden die Körperdimensionen von vielen Frauen überschätzt. Eine Kumulation der Wahrnehmungsstörung bei einer anorektischen schwangeren Frau wäre denkbar. Folglich können sich durch den Wachstum des Körperumfanges die Symptome verstärken.

Die Frau kann an ihren Körper zurückgeführt werden, indem sie über Veränderungen berichten soll. Man gibt ihr so das Vertrauen, dass ihre Beobachtungen wichtig sind. Informationen über Veränderungen, die mit der Schwangerschaft verbunden sind, fördern das Gefühl der Verstehbarkeit. Auch die Körperpflege kann ein Mittel sein, um die Verbindung von Geist und Körper zu fördern, weil sich die Frau mit ihrem Körper auseinandersetzen muss.

Da sich eine magersüchtige Frau durch die Schwangerschaft nicht mehr „hohl“ fühlt oder über das entstehende Leben in sich freut, kann es auch zu einer Verminderung der Symptome kommen. Einige freuen sich gar „essen zu dürfen“.

Haben schwangere Anorektikerinnen ein distanziertes Verhältnis zu ihrem Körper, nehmen sie in einer Schwangerschaft Veränderungen nicht so bewusst wahr wie andere Frauen. Die Mutter- Kind- Bindung und Bereitschaft zur physischen Geburtsvorbereitung (Dammvorbereitung) können vermindert sein.

Nebst den Massnahmen zur Förderung des Körpergefühls soll die Betroffene erfahren, dass sie durch Geburtsvorbereitung Informationen erhält, damit sie bei der Geburt und im Wochenbett freier Entscheidungen treffen kann und bereits vieles kennt, was auf sie zukommt.

Die befragten Hebammen erkennen vorallem beim Herztonhören wie die Beziehung der Frau zum Kind ist. Hebamme A denkt, dass die Kommunikation mit dem Kind und das Äussern der Gefühle die Verbindung stärken. Sie beschreibt auch, dass sie der Frau die Kommunikation mit dem Kind an das Herz legt und ihr Körpergefühl durch bestimmte Massnahmen fördert.

Hebamme B denkt, dass die Schwangere durch die Auseinandersetzung mit Schwangerschaft und Geburt dem Kind näher kommt.

Da Anorexie ein vielseitiges Krankheitsbild hat, müssen verschiedene Fachpersonen gemeinsam unter regelmässiger Absprache die Betreuung übernehmen. Das Betreuungsteam einer anorektischen Schwangeren setzt sich aus Psychiaterinnen und Psychiatern, Ärztinnen und Ärzten, Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberatern, Hebammen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern und allenfalls weiteren Fachpersonen zusammen. Die Koordination des Austausches soll von Vorteil durch den Psychotherapeuten übernommen werden.

Bezüglich des Vorgehens bei der Betreuung einer magersüchtigen Frau erwähnen die interviewten Hebammen die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Sie erklären diese jedoch nicht detailliert.

Eine Hebamme übernimmt ihre Aufgaben in der Schwangerenvorsorge und ist an weiteren Untersuchungen beteiligt (z.B. Laborkontrollen). Um eine sichere Schwangerenvorsorge zu gewährleisten ist es wichtig, Komplikationen interdisziplinär zu besprechen.

Für werdende Eltern ist eine Schwangerschaft mit Ambivalenz verbunden. Ein gemeinsames Ziel der Behandlung ist also die emotionale und körperliche Stabilisierung. Die Earbeitung eines neuen Lebensentwurfes in Hinblick auf die Mutterschaft soll für eine bessere Mutter-Kind- Beziehung sorgen.

Die Ernährungsberatung übernimmt eine grosse Verantwortung indem sie beim Nahrungsaufbau eine ausgewogene Ernährung anstrebt. Ziel ist die Vermeidung von Unterversorgung für Plazenta- und Wachstum des Kindes. Eine Supplementierung zur Vermeidung von Fehlbildungen und Osteoporose wird diskutiert. Wichtig ist auch, dass bei vorzeitigen Wehen auf Bettruhe möglichst verzichtet wird, da Bewegung zur Osteoporoseprophylaxe zählt. Enkin (1998) schreibt im Übrigen, dass bisher eine Senkung der Frühgeburtenrate dank Bettruhe nicht nachgewiesen wurde.

Der Miteinbezug des sozialen Umfeldes wird seitens der Literatur und von den interviewten Hebammen empfohlen, wenn die Betroffenen für Veränderungen Bereitschaft zeigen.

Da bei Anorexie oft eine Chronifizierung eintritt, muss einer Hebamme bewusst sein, dass die Krankheit die Frau lebenslang beeinflussen kann.

Es ist daher äusserst wichtig, dass die interdisziplinäre Nachsorge nach der Geburt gewährleistet ist. Die Weiterbetreuung durch die Hebamme soll sich wie bei gesunden Frauen im selben zeitlichen Rahmen gestalten. Als Schwerpunkt in der Beratung gelten die aktuellen Bedürfnisse, die Familienplanung sowie die Ernährung des Kindes.

Das Stillen soll unter Berücksichtigung des mütterlichen Zustandes und dem kindlichen Wachstum erfolgen. Volles Stillen während den ersten sechs Monaten und ergänzend während weiteren 18 Monaten ist wie üblich zu empfehlen. Verschlechtert sich der mütterliche Zustand, oder gedeiht das Kind nicht, muss die Frau umfassend über Gründe und Konsequenzen aufgeklärt werden.

Um die tendenziell zunehmende Krankheit in unserer Gesellschaft zu bekämpfen, liegt die Aufgabe der Hebammen auch in der Prävention. Ziel ist die Gesundheitsförderung bei Frauen und deren Familien. Auch gesundheitspolitisches Engagement ist zu diesem Zweck sinnvoll.

7. Schlussfolgerungen

In diesem Thema werden die Konsequenzen für die Hebammentätigkeit aus der Arbeit zusammengefasst.

Zum Thema Schwangerenvorsorge bei Anorexie besteht wenig hebammenspezifische Literatur. Dies, weil nur wenige Magersüchtige schwanger werden und bisher wenig Erfahrung gesammelt werden konnte.

Weil Statistiken aus Industrieländern auf eine Zunahme der Erkrankung bei Frauen im gebärfähigen Alter hinweisen, muss sie in Zukunft von Hebammen mehr beachtet werden. Erst durch Kenntnisse über das Krankheitsbild und notwendige Betreuungsmassnahmen kann eine sichere Geburtshilfe gewährleistet werden, weil Komplikationen früh erkannt oder behandelt werden können.

Aus diesem Grund entwickelte sich die Zielsetzung Empfehlungen für Hebammen zu erarbeiten. Anorektische schwangere Frauen sollen dadurch bedürfnisorientierter betreut und ihre Kinder geschützt werden. Die Empfehlungen sind im Anhang angefügt und beschäftigen sich mit der Betreuungsgestaltung, Abgrenzung der Hebammen und mit interdisziplinärer Zusammenarbeit.

Die Arbeit soll ausserdem die Aufmerksamkeit der Hebammen wecken, um die Folgen der Anorexie auf eine Schwangerschaft weiter zu erforschen. Erkenntnisse sollen die Betreuung durch angepasste Massnahmen und Umgangsformen optimieren.

Da Anorektikerinnen dazu neigen sich zu isolieren, ist der Beziehungsaufbau oft erschwert. Erleichtert wird die Behandlung wenn die Betroffene ab Beginn in die Planung einbezogen wird. Für die gemeinsame Zielsetzung wurde ein Beispiel für einen Behandlungsvertrag im Anhang erarbeitet. Das Einhalten der gegenseitigen Versprechen fördert eine vertrauensvolle Beziehung.

Das Empowern der Frau gibt ihr Vertrauen, sich selbst zu helfen und Verantwortung für sich und ihr Kind zu übernehmen. Empathie, Kongruenz und bedingungslose Wertschätzung sind in der Hebammenarbeit zentrale Schlüsselbegriffe und haben insbesondere bei der Betreuung der magersüchtigen schwangeren Frauen eine wichtige Rolle.

Die salutogenetische Betrachtung ermöglicht der Hebamme nebst der pathologischen Anorexie die physiologischen Prozesse der Schwangerschaft zu entdecken. So brauchen auch anorektische Schwangere gleich wie gesunde Informationen zu Themen wie Sport, Hygiene, Reisen, Arbeiten, Finanzielles, physiologische Schwangerschaftsbeschwerden usw.

Das Kohärenzgefühl als Aspekt der Salutogenese beschreibt die Fähigkeit eines Menschen auf Anforderung flexibel zu reagieren und seine Gesundheit zu erhalten bzw. fördern. Hebammen haben die Aufgabe durch umfassende Informationen, Gespräche und Empowern dieses zu unterstützen. Die Hebamme gestaltet den Rahmen, damit die Frau lernt ihre Ressourcen zu entdecken und nutzen, um Stressoren zu bewältigen.

Dank guter Information der Frauen wird die autonome Entscheidungsfindung ermöglicht. Auch die Förderung des Körpergefühls und der Mutter- Kind- Beziehung profitiert davon, weil das Gefühl der Verstehbarkeit unterstützt wird.

Da die Betreuung von anorektischen Frauen problematisch sein kann, müssen Hebammen Bewältigungsmethoden kennen. Kommunikative Fähigkeiten, Supervision und interdisziplinäre Zusammenarbeit können allfälligen Problemen entgegenwirken.

Hebammen sind für die selbständige Betreuung der Frauen im physiologischen Bereich zuständig. Da die Magersucht mit ihren möglichen Komplikationen ausserhalb der Kompetenzen liegt, ist die Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften unverzichtbar. Hebammen müssen ihre Kompetenzen kennen, Komplikationen erkennen und erste Massnahmen ergreifen. Im Gegenzug gelten Hebammen als Expertinnen für die Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Fachliche Weiterbildungen und gemeinsame Reflexion sorgen für Qualitätssicherung.

Da das soziale Umfeld u.U. Einfluss nimmt auf die Entstehung einer Magersucht, soll es in die Behandlung miteinbezogen werden. Die Hebamme soll alle Betroffenen ermutigen ihre Probleme gemeinsam anzugehen.

Hebammen verfolgen eine ganzheitliche Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und sind daher verpflichtet die Frau während der Schwangerenvorsorge auf die Geburt und die kommende Elternschaft vorzubereiten. Vorsorgende Massnahmen, Beratung und Planung für die kommende interdisziplinäre Betreuung sind zentral.

Da Hebammen auch die Aufgabe haben Gesundheit bei Frauen und deren Familien zu fördern, ist gesundheitspolitisches Engagement gefordert. Öffentliche Vorträge, Aufklärung in Schulen und Ernährungsberatung im Rahmen der Schwangerenvorsorge sowie Wochenbettbetreuung sollen für Folgen von Essstörungen sensibilisieren.

Die Interviews mit der Spitalhebamme und der freipraktizierenden Hebamme haben aufgrund der geringen Teilnehmerzahl eingeschränkte Gültigkeit. Die Aussagen sind eher als Hinweise zu werten, wo Defizite bestehen und trugen daher zur Entwicklung der Betreuungsempfehlungen bei.

Die Hebammen weisen keinerlei Erfahrung mit der Betreuung von magersüchtigen schwangeren Frauen auf, und haben während der Ausbildung nie über das Krankheitsbild Anorexia nervosa gesprochen. Für beide ist die Kommunikation ein wichtiger Bestandteil der Schwangerenvorsorge. Über Prävention von Anorexia nervosa oder Details bezüglich Betreuungsplanung oder wie die Kommunikation auszusehen hat, sind keine Äusserungen gemacht worden.

Wesentliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Arbeitsbereichen der befragten Hebammen sind nicht ersichtlich. Allerdings geht Hebamme A vermehrt auf salutogenetische Aspekte und Bedürfnisse der Frau ein, während Hebamme B sich mit Grenzen der Betreuung und kognitiven Ansätzen auseinandersetzt.

9. Literaturverzeichnis

9.1 Literaturverzeichnis

- Beckermann M J 2004 Essstörungen In: Beckermann M J, Perl F M (Hrsg) *Frauen-Heilkunde und Geburtshilfe* Schwabe Verlag, Basel (S) 559-583
- Bengel J, Strittmatter R, Willmann H 2001 *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese- Diskussionsstand und Stellenwert* Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 6, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Bloemeke V J et al. (2007) 2007 Essstörungen In: Bloemeke V J et al (Hrsg) *Psychologie und Psychopathologie für Hebammen* Hippokrates Verlag, Stuttgart (S) 75-78
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001 *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese- Diskussionsstand und Stellenwert* Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Köln
- Bryar R 2003 *Theorie und Hebammenpraxis* Hans Huber Verlag, Bern
- Cole SA, Bird J 2000 *The Medical Interview – The Three Function Approach* 2. Aufl Mosby, St. Louis Missouri USA
- Dilling H, Freyberger HJ 1999 F50 Essstörungen In: Dilling H, Freyberger HJ (Hrsg) *Taschenführer zur ICD-Klassifikation psychischer Störungen: mit Glossar und diagnostischen Kriterien* Weltgesundheitsorganisation, Verlag Hans Huber, Bern (S) 190-193
- Ekéus C et al. 2006 Birth outcomes and pregnancy complications in women with a history of anorexia nervosa [online] *BJOG An Journal of Obstetrics and Gynaecology* **113** (8):925-929 Verfügbar unter: [http:// www.blackwell-synergy.com /toc/bjo/113/8](http://www.blackwell-synergy.com/toc/bjo/113/8) [09.08.2007]
- Enkin M W, Keirse M J N C, Renfrew M J, Neilson J P 1998 Vorzeitige Wehen In: Gross_M M, Dudenhausen J W (Hrsg) *Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt* Ullstein Medical Verlagsgesellschaft, Wiesbaden S 197-209
- Experten- Netzwerk Essstörungen Schweiz (ENES) 2006 *Behandlungsempfehlungen Essstörungen*
- Forster J 2002 *Körperzufriedenheit und Körpertherapie bei essgestörten Frauen* Centaurus Verlag, Herbolzheim
- Franko D et al. 2001 Pregnancy Complications and Neonatal Outcomes in Women With Eating Disorders [online] *American Journal of Psychiatry* **158** (9):1461-1466 Verfügbar unter: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/158/9/1461> [09.08.2007]
- Höfer 2006 Schwangerschaft In: Geist C, Harder U, Stiefel A (Hrsg) *Hebammenkunde, Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* Hippokrates Verlag, Stuttgart, (S) 126-181
- Jager B, Roether D 2000 Berufsbiografische Einflussfaktoren auf die Persönlichkeitsentwicklung und das gesundheitliche Befinden In: Martin P, Ettrich K U, Lehr U, Roether D, Martin M, Fischer- Cyruilies A (Hrsg) *Perspektiven in der Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter: Ergebnisse der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE)* Steinkopf, Heidelberg

- Gowers S et al. 2004 Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders [online] <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg009niceguidance.pdf> Verfügbar unter: [Zugegriffen 04.01.2008]
- Kouba S et al. 2005 Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders [online] *Obstetrics and Gynaecology* **105** (2):255-260 Verfügbar unter: <http://gateway.ut.ovid.com/gw2/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=FPDDNCMJAPK NKOOD&returnUrl=ovidweb> [09.08.2007]
- Krebs B 2000 Ambulante Psychotherapie bei Essstörungen/ Essucht- Praxisbericht In: Gross W, Poppelreuter S (Hrsg) *Nicht nur Drogen machen süchtig* Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim (S) 57-72
- Mayring P 2003 Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 8.Aufl. Weinheim: Beltz
- Oberndörfer K 2007 Essstörungen In: Bloemeke V J et al (Hrsg) *Psychologie und Psychopathologie für Hebammen* Hippokrates Verlag, Stuttgart (S) 75-78
- Pirke K M 1999 Psychosomatische Essstörungen In: Biesalski H K et al (Hrsg) *Ernährungsmedizin Georg Thieme Verlag, Stuttgart (S) 332-337*
- Pschyrembel klinisches Wörterbuch 2004 260. Aufl Walter de Gruyter,
- Rogers CR, Schmid P F 1998 *Person- zentriert Grundlagen von Theorie und Praxis* 3. Aufl Matthias- Grünewald- Verlag, Mainz
- Slade P D 1977 Awareness of body dimensions during pregnancy: an analogue study *Psychological Medicine* **7**(2):245-252
- Switala B 2007 Anorexia nervosa In: Bloemeke V J et al (Hrsg) *Psychologie und Psychopathologie für Hebammen* Hippokrates Verlag, Stuttgart (S) 141-155
- Tomson D et al. 2007 Antenatal and postnatal mental health- Clinical management and service guide [online] Verfügbar unter: <http://guidance.nice.org.uk/CG45/niceguidance/pdf/English> [Zugegriffen 30.10.2007]
- Wagner A 2001 Empowerment. Möglichkeiten und Grenzen geistig behinderter Menschen zu einem selbstbestimmten Leben zu finden [online] Verfügbar unter: <http://www.a-wagner-online.de/empowerment/emp2.htm> [Zugegriffen 10.08.2004]
- Yager J et al. 2007 Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders [online] Verfügbar unter: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=9318&nbr=004987&string=eating+AND+disorders [30.10.2007]
- 2007 Personenzentrierter Ansatz [online] Verfügbar unter: http://de.wikipedia.org/wiki/Personenzentrierter_Ansatz [Zugegriffen 03.01.2008]
- 2008 Dramadreiack [online] Verfügbar unter: <http://de.wikipedia.org/wiki/Drama-Dreieck> [Zugegriffen 04.01.2008]

9.2 Bildverzeichnis

Titelbild gestaltet von Ursina Meyer, Oktober 2007

10. Abkürzungsverzeichnis und Glossar

10.1 Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-------|---|
| ENES | Experten- Netzwerk Essstörungen Schweiz |
| GnRH | Gonadotropin- Releasing- Hormon |
| ICD10 | Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, engl.: International Classification of Diseases) |
| IUFT | Intrauteriner Fruchttod, Kind verstirbt im Mutterleib |
| IUWR | Intrauterine Wachstumsretardierung |
| NNR | Nebennierenrinde |
| NS | Nervensystem |
| US | Ultraschall |
| VU | Vaginale Untersuchung |
| ZNS | Zentrales Nervensystem |

10.2 Glossar

Sämtliche Begriffserklärungen stammen aus Wikipedia.

| | |
|---------------------|--|
| Amenorrhoe | Ausbleiben der Menstruation ohne bestehende Schwangerschaft; häufigste Störung des weiblichen Zyklus. |
| Anämie | Verminderte Anzahl roter Blutkörperchen, folglich tiefere Sauerstofftransportkapazität. |
| Arrhythmie | Herzrhythmusstörung: Erregungsbildung und –leitung ist gestört, sodass die Herzschlagfolge nicht im üblichen Takt erfolgt. |
| Antidiuretisch | Diurese bedeutet Harnausscheidung durch die Nieren. Folglich ausscheidungshemmend. |
| Arteriosklerose | Auch Arterienverkalkung genannt. Ablagerung von Blutfetten, Thromben, Bindegewebe und Kalk in den Gefässwänden. |
| Atrophie | Gewebsschwund durch Abnahme der Zellzahl und oder –grösse. Kann den ganzen Körper oder einzelne Organe betreffen. |
| Bradykardie | Fachausdruck für ungewöhnlich langsame Pulsfrequenz. Abfall der Herzfrequenz unter 60/min |
| Bulimie | Essstörung, Ess- Brech- Sucht. |
| Dehydratation | Entzug von Wasser. |
| Diuretika | Medikament, welches vermehrte Wasser- und Elektrolytausscheidung begünstigt. |
| Elektrolytstörungen | Elektrolyte sind wasserlösliche Stoffe die im menschlichen Blut enthalten sind. Sind sie nicht in der üblichen Konzentration vorhanden, ist der Elektrolytspiegel gestört und kann Organschäden zur Folge haben. |
| Endokrin | In das Blut, die Lymphe oder das Gewebe absondernd |
| Epidemiologie | Wissenschaft, die sich mit der Verbreitung von Erkrankungen und deren Einflüsse in der Bevölkerung beschäftigt. |
| Ethinylestradiol | Künstlich erzeugtes Östrogen. |

| | |
|---------------------------------|--|
| Evidenz | Wirksamkeit einer Behandlungsmethode statistisch bewiesen. |
| Gastroenterologie | Medizinisches Teilgebiet, dass sich mit dem Magen- Darm- Trakt beschäftigt. |
| Gonadotropin- Releasing- Hormon | Hormon, das die Produktion und Ausschüttung von Hormonen aus dem Hypophysenvorderlappen fördert. |
| Hämatologisch | Die Lehre des Blutes betreffend. |
| Hämaturie | Vermehrtes Vorkommen von roten Blutkörperchen im Urin. |
| Hypercholesterinämie | Cholesterin ist ein Fett und wichtiger Baustein der Zellwände, Vorstufe von Gallensäuren und Hormonen. Cholesterinspiegel übersteigt den Normwert von ca 200mg/dl. Gefahr von Gallensteinbildung und Förderung der Arteriosklerose. |
| Hyperemesis gravidarum | Übermässiges, anhaltendes, meist morgendliches Erbrechen. Tritt v.A. im ersten Schwangerschaftsdrittel auf. Mögliche Gefährdung von Mutter und Kind. |
| Hypoglykämie | Niedriger Blutzuckerwert. Zellen können ihre üblichen Funktionen nicht mehr wahrnehmen. |
| Hypoöstrogenismus | Mangel an Östrogenen, Gegenteil: Hyperöstrogenismus |
| Hypophysenvorderlappen | Teil der Hormondrüse im Hirn |
| Hypoplasie | Siehe Atrophie |
| Hypothermie | Unterkühlung des Körpers. |
| Hypotonie | Verminderte Spannung: Muskelspannung, tiefer Augeninnendruck. Hier bezogen auf den arteriellen Blutdruck. Bewirkt Müdigkeit, Schwäche, Schwindel Ohnmachtsneigung und Durchblutung der Haut vermindert. Blässe und Hypothermie möglich. |
| Kardiovaskulär | Das Kreislaufsystem betreffend. Umfasst Blut, Herz und Blutgefässe. |
| Katamnese | Bericht über die Erkrankung und deren Verlauf nach Abschluss der Therapie. |
| Konvulsion | Krämpfe der Körpermuskulatur. |
| Laxanzien | Abführmittel |
| Leukopenie | Mangel an weissen Blutkörperchen im Blut; <4000/ μ lBlut |
| Metabolisch | Den Stoffwechsel betreffend. Stoffwechsel ist die Aufnahme, der Transport, die Umwandlung von Stoffen und die Abgabe von Endprodukten in die Umwelt. Ziel ist die Erhaltung der Körpersubstanz, die Energiegewinnung und die Erhaltung der Körperfunktionen. |
| Mikrozephalie | Verkleinerung der Kopfgrösse. Auslöser sind Infektionen wie Röteln oder Zytomegalie während der Schwangerschaft. Auch chromosomale Störungen oder das fetale Alkoholsyndrom sind an der Entwicklung beteiligt. |
| Muskulo- Skeletär | Die Muskeln und das Skelett betreffend. |
| Nephropathie | Nierenerkrankung |
| Neurologisch | Das Nervensystem betreffend |

| | |
|------------------|---|
| Obstipation | Akute oder chronische Verstopfung des Darmes. Fehlernährung, mangelnde Flüssigkeitszufuhr, fehlende Peristaltik sind Ursachen. |
| Osteopenie | Verminderte Knochendichte; Vorstufe von Osteoporose. Erhöhtes Risiko für Knochenbrüche. Mögliche Behandlung durch Substitution mit Calcium und Vitamin D. |
| Perinatal | Zwischen der 24. SSW und sieben Tage nach der Geburt. |
| Peristaltik | Muskeltätigkeit der Hohlorgane |
| Postpartal | Nach der Geburt |
| Prävalenz | Anzahl der Erkrankungsfälle in einer Gesellschaft einer bestimmten Erkrankung zu einem bestimmten Zeitpunkt |
| Proteinurie | Vermehrte Ausscheidung von Proteinen im Harn. |
| Renal | Die Nieren betreffend. Diese sind an der Ausscheidung von Stoffwechselendprodukten beteiligt. Reguliert ausserdem den Wasserhaushalt und den Blutdruck. |
| Respiratorisch | Die Atmung betreffend. Äussere Atmung: Austausch von Atemgasen in der Lunge. Innere Atmung: Zellatmung. |
| Somatisch | körperlich |
| Thrombozytopenie | Mangel an Blutplättchen. Normwert von 150000-380000 Thrombozyten pro μ l Blut wird unterschritten. Mögliche Folge: Gerinnungsstörung. |
| Vaginitis | Entzündung der Scheide |

11 Anhang

Empfehlungen für Schwangerschaftsvorsorge bei Anorexia nervosa

1. Einleitung

Das Ziel der Betreuungsempfehlungen für Hebammen liegt im Vermeiden von Schäden des ungeborenen Kindes und verstärkten Symptomen der magersüchtigen Frau. Die Empfehlungen setzen sich aus den Erkenntnissen der vorangehenden Arbeit (Kapitels 6 und 7) sowie den Empfehlungen von Switala (2007) zusammen.

Die Empfehlungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und sind als Denkanstoss für die Betreuung bei Anorexia nervosa zu verstehen. Konkretere Angaben können in einigen Bereichen aufgrund fehlender Grundlagen nicht gemacht werden.

2. Salutogenese

- ⇒ Wird eine magersüchtige Frau schwanger, so ist der Körper trotz der Erkrankung zu einem physiologischen Prozess fähig. Dies bedeutet eine Ressource für die Frau.
- ⇒ In der Anamnese werden Stressoren und Widerstandsressourcen ermittelt. Die Hebamme unterstützt die Frau, damit sie Ressourcen erkennen und anwenden lernt. Es werden nicht konkrete Ratschläge wie z.B. „Wenn ich sie wäre würde ich...“ oder „Machen sie es folgendermassen...“ abgegeben. Vielmehr werden gemeinsam mit der Frau mehrere Möglichkeiten aufgedeckt, damit sie ihren Weg selbst festlegen kann.
- ⇒ Fördern des Kohärenzgefühls durch Informationen über Veränderungen in der Schwangerschaft und Massnahmen, Empowerment und Gespräche über Ursachen und Verlauf der Situation.

3. Kommunikation und Beziehung zwischen Hebamme und Frau

3.1 Allgemein

- ⇒ Für einen guten Kontaktaufbau und eine gute Beziehung muss die Hebamme empathisch, kongruent und echt sein. Auch die bedingungslose Wertschätzung zählt dazu.
- ⇒ Die Frau wird empowert. Indem man ihr die Bewältigung eines Problem es zutraut, kann ihr Verantwortung übertragen werden.
- ⇒ Die Frau wird in die Planung der Betreuung einbezogen (siehe Kapitel 4). Die Entscheidungsfindung wird durch umfassende Aufklärung gefördert.
- ⇒ Kontinuität in der Betreuung ist zu fördern (insbesondere bei Betreuung im Spital.)
- ⇒ Die Schwangere wird nicht auf ihre Krankheit reduziert, sondern erhält die Behandlung und Beratung, die in der physiologischen Schwangerschaft üblich ist.
- ⇒ Eine vertrauliche und ruhige Atmosphäre ist für Gespräche wichtig. Die Frau soll in der Beratung Raum zum Erzählen haben.
- ⇒ Informationen die abgegeben werden, sind dem Interesse des Paares angepasst.
- ⇒ Bei Erklärungen stets rückfragen, ob sie verstanden wurden.
- ⇒ Offene Fragen regen zum Erzählen an. Ich- Botschaften vermeiden das Gefühl persönlich angegriffen zu werden.
- ⇒ Mündliche Informationen ergänzen, indem schriftliche Information mitgegeben wird.
- ⇒ Die Schwangere erhält bei der Beratung nicht konkrete Vorschläge, sondern erfährt von verschiedene Handlungsmöglichkeiten.
- ⇒ Die Hebamme hat die Pflicht, durch Weiterbildung und Reflexion ihre Kompetenzen zu erweitern. Auch ihre Rolle als Hebamme definiert sie anhand von Haltungen und Meinungen.

3.2 Mögliche Probleme

- ⇒ Weil nur wenige anorektische Frauen schwanger werden, ist das Sammeln von Erfahrungen schwierig. Trotzdem muss das theoretische Wissen vorhanden sein.
- ⇒ Widerstände der Frau darf eine Hebamme nicht persönlich nehmen. Die Ablehnung der Frau richtet sich nicht gegen sie, sondern die Situation.
- ⇒ Widerstände werden angesprochen und gemeinsam angegangen. Hilfreich kann das Erneuern und Betrachten der Betreuungsziele und des Arbeitsbündnisses sein.
- ⇒ Die Frau trägt die Verantwortung für eine erfolgreiche Betreuung mit.
- ⇒ Die Hebamme spricht ihre Gefühle aus, wenn sie zu einer Belastung führen. Sorgfältige Äusserungen gegenüber der Frau oder Gespräche mit Arbeitskolleginnen sind hilfreich.
- ⇒ Damit eine gute Betreuung trotzdem möglich ist, muss die Hebamme die Situation annehmen und sich Gedanken machen, wie sie die Betreuung für die Frau optimieren kann. Die Betreuung einer solchen Frau ist nicht nur schwierig, sondern auch eine Herausforderung/ Chance, um Erfahrungen zu sammeln.
- ⇒ Tritt eine Gegenübertragungsreaktion auf, muss die Hebamme mit einer Arbeitskollegin oder einer anderen Fachperson in Kontakt treten. Supervision kann die Abgrenzung erleichtern.
- ⇒ Gelingt die Betreuung nicht, muss sie an eine andere Hebamme abgegeben werden.
- ⇒ Falls die Hebamme selbst psychische Beschwerden entwickelt, muss eine psychische Begleitung begonnen werden.

4. Interdisziplinäre Zusammenarbeit

- ⇒ Eine Fachperson übernimmt die Koordination der Betreuung.
- ⇒ Jede Fachperson muss ihre Betreuung gut dokumentieren und mit den anderen Teammitgliedern absprechen. Einheitliche Aussagen sind für Betroffene wichtig.
- ⇒ Gemeinsames Festlegen des Prozedere, gemeinsam mit der Betroffenen. Gemeinsame Ziele werden im Behandlungsvertrag festgehalten (Beispiel im Anhang).
- ⇒ Regelmässiger Austausch aktueller Informationen im Plenum wäre wünschenswert.
- ⇒ Kompetenzen werden aufgeteilt.
- ⇒ Kontinuität der Betreuung fördern.
- ⇒ Die Erarbeitung eines Flussplanes für die Schwangerschaftsvorsorge bei Anorexie erleichtert die Planung der Betreuung.

5. Beratung

5.1 Veränderungen am Körper

- ⇒ Eine magersüchtige Schwangere erfährt, dass ihr wachsender Bauch nicht dick ist, sondern dem Kind Raum gibt um zu wachsen. Er gibt sinnbildlich Raum, wie die Frau auch nach der Geburt, dem Kind Raum in ihrem Leben geben muss.
- ⇒ Physiologische Schwangerschaftsbeschwerden werden erhoben, erläutert und soweit möglich behandelt. Aufgrund der Unterversorgung des Körpers sind typische Schwangerschaftsbeschwerden wie z.B. Obstipation oder Kreislaufprobleme bereits vorbestehend. Weitere Untersuchungen stehen in Abhängigkeit vom Allgemeinzustand und Schweregrad der Anorexie.
- ⇒ Die Hebamme gibt der Frau Erklärungen zu Veränderungen und Vorgängen ab, und macht sie durch Bilder möglichst anschaulich. Falls möglich, soll die Frau durch die Hände spüren, um es „begreifbar“ zu machen.

5.2 Komplikationen

- ⇒ Die Hebamme muss bei Vorsorgeterminen bezüglich Risiken achtsam sein. Nachgewiesen höhere Risiken bestehen für: niedrigeres Geburtsgewicht, kleinerer Kopfumfang, IUWR und Hyperemesis gravidarum.

- ⇒ Die Risikosteigerung steht in Zusammenhang mit möglichen Komorbiditäten.

5.3 Ernährung

- ⇒ Der Stellenwert der Ernährung in der Schwangerschaft wird durch die Hebamme einmalig angesprochen. Die magersüchtige Frau wird nie zum Essen aufgefordert, um keine Machtspiele auszulösen.
- ⇒ Weitere Beratung zum Thema Ernährung, Essverhalten und Nahrungsaufbau gibt die Hebamme an Ärzte und Ernährungsberater ab.
- ⇒ Die Abklärung, ob Vitamine und Mineralstoffe supplementiert werden, erfolgt in interdisziplinärer Zusammenarbeit. Vitamin D und Kalzium zur Osteoporoseprophylaxe ist sinnvoll.

5.4 Bewegung und Sport

- ⇒ Abhängig vom körperlichen Zustand wird ein Sportverbot besprochen. Evtl. reichen Einschränkungen in Sportart und Trainingsdauer.
- ⇒ Man kann der schwangeren Frau Sport als soziale Tätigkeit und Spass näher bringen und bewusst machen, dass er nicht nur leistungsorientiert sein muss.
- ⇒ Die Hebamme kann der Frau Entspannungsmethoden vorstellen, die nebst dem Sport als Spannungsabbau dienen können. Vorschläge sind: Fantasiereisen, Massage, Atemübungen, Musik hören etc.
- ⇒ Bewegung ist Teil der Osteoporoseprophylaxe, die bei magersüchtigen Frauen zu beachten ist. Bei vorzeitigen Wehen darf keine Bettruhe verschrieben werden (Effektivität ohnehin nicht nachgewiesen).

5.5 Sexualität

- ⇒ Die Hebamme spricht die Sexualität im Rahmen der Anamnese an.
- ⇒ Hat die Frau sexuellen Misshandlung erlebt, kann die Hebamme ihr Mut machen (in der Psychotherapie) darüber zu sprechen.
- ⇒ Durch Körpertherapie kann die Frau zu ihrem realistischen Körperbild zurückfinden und allmählich Schamgefühle abbauen und so wieder Nähe zulassen.
- ⇒ Kontraindikationen für Geschlechtsverkehr sind die selben wie üblich: Zervixinsuffizienz, vorzeitige Wehentätigkeit, Blutungen, vorzeitiger Blasensprung.

5.6 Körperwahrnehmung und Körperpflege

- ⇒ Körperliche Veränderungen werden ab Beginn der Schwangerschaft erklärt- insbesondere der wachsende Körperumfang. Das Eincremen und Ölen des Körpers und vorallem des Bauches kann für einen späteren Zeitpunkt sehr wichtig werden. Durch die spürbaren körperlichen Veränderungen werden auch emotionale Veränderungen fassbar.
- ⇒ In der Kontrolle wird die Frau gefragt, welche Veränderungen sie bemerkt hat. Sie wird so in ihrer Wahrnehmung gefördert.
- ⇒ Aufgrund der gesteigerten Infektionsgefahr in der Schwangerschaft und durch Unterernährung soll die Intimhygiene besprochen werden.
- ⇒ Schwangerschaftsbeschwerden die Haut und Haar betreffen, können durch die Anorexie verstärkt sein. Entsprechende Beratung zur Pflege.
- ⇒ Je nach Bereitschaft der Frau kann durch die Dammvorbereitung eine physische Geburtsvorbereitung stattfinden. Die Frau lernt einen Teil ihres Körpers besser kennen.

5.7 Arbeit

- ⇒ Ob die Betroffene arbeiten kann, hängt vom Allgemeinzustand und der Belastungssituation ab. Der Entscheid wird interdisziplinär gefällt.
- ⇒ Soll sich eine Frau schonen, muss auf ausreichende soziale Kontakte geachtet werden. Denn arbeitsunfähig zu sein bedeutet oft, auch alleine zu sein.

Die Hebamme klärt dementsprechend ab, welche Beschäftigungen und Kontakte sich die Frau sucht.

5.8 Soziales und Finanzielles

- ⇒ Abklärung der Anamnese: soziales Umfeld (Partner, Verwandte, Freunde, Konflikte, Unterstützung), Wohnsituation, Arbeit und finanzielle Absicherung.
- ⇒ Nötige Kontakte zu Sozialarbeitern, Beratungsstellen oder Finanzhilfen werden durch die Hebamme geknüpft.
- ⇒ Ist die Anwesenheit des Partners in der Betreuung durch die Frau erwünscht, wird er durch die Hebamme in Gespräche und Begleitung einbezogen.
- ⇒ Ein Einbezug des Umfeldes ist sinnvoll, wenn alle Beteiligten zu Veränderungen bereit sind. Bei jungen Frauen, die bei den Eltern wohnen, kann eine Familientherapie sinnvoll sein.

5.9 Wochenbett

- ⇒ Informationen über körperliche und emotionale Veränderungen nach der Geburt.
- ⇒ Vorbereitung auf die Elternrolle und mögliche Veränderungen in der Beziehung.
- ⇒ Gespräche über den natürlichen Gewichtsverlust nach der Geburt können der Frau auch die Angst vor der Veränderung nehmen.
- ⇒ Aufklärung, dass magersüchtige Frauen eine verminderte Stillfähigkeit haben. Auf Wunsch wird die Frau in ihrem Versuch unterstützt, insofern die körperliche Situation dies zulässt. Zu beachten sind auch Kontraindikationen durch Komorbiditäten (Medikamente, substanzgebundene Suchterkrankung).

5.10 Geburtsvorbereitung

- ⇒ Kurse anbieten (einzeln oder in Gruppen).
- ⇒ Informationen bezüglich Geburtsort und -art, Geburtsverlauf, Schmerzerleichterungsmöglichkeiten, Information über vaginal- operative Geburten und Kaiserschnitt, Verlauf des Wochenbettes, Umgang mit dem Neugeborenen und falls möglich Vorbereitungen auf das Stillen.

6. Therapie

- ⇒ Die Therapie setzt sich aus verschiedenen Elementen zusammen (Körperwahrnehmung; Bewegungstherapie; kreative Therapien wie Musik-, Tanz und Kunsttherapie; Ergo-, Massage- und Physiotherapie).
- ⇒ Die Hebamme ist sich bewusst, dass Therapien emotional anstrengend und zeitaufwändig sind.

7. Nachbetreuung

- ⇒ Die Nachbetreuung wird interdisziplinär und nahtlos weitergeführt.
- ⇒ Beratung bezüglich Familienplanung unter Berücksichtigung der körperlichen, psychischen und sozialen Umstände.
- ⇒ Hat die Frau kaum Unterstützung aus dem Umfeld, wird abgeklärt, ob eine Hospitalisation in einer Mutter- Kind- Institution sinnvoll ist.
- ⇒ Wenn das Kind gestillt wird, wird der Allgemeinzustand der Mutter und das Gedeihen des Kindes überwacht. Treten Probleme auf, wird abgestillt und Muttermilchersatzprodukte verwendet. Beizug des Pädiaters.

Beispiel eines Behandlungsvertrages für Schwangerschaftsvorsorge bei Anorexia nervosa

Therapievertrag zwischen:

- Frau:
.....
- Hebamme:
.....
- Weitere beteiligte Personen:
.....
.....
- Name der koordinierenden Fachperson:
.....

Kurze Schilderung der Situation:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vereinbarte Punkte:

- Inhalte der Therapie und Ziele:
.....
.....
.....
.....
- Kompetenzverteilung unter den Fachpersonen:
.....
.....
.....
- Gewichtslimite:
.....
- Massnahme bei Unterschreitung:
.....
.....
- Abmachungen zum Essprotokoll:
.....
.....
- Abmachungen bezüglich Sport:
.....
.....
- Häufigkeit der Schwangerschaftskontrollen:
.....

- Personen die informiert werden dürfen, evtl. Einbezug in die Therapie:

.....
.....

- Umstände die eine stationäre Behandlung erfordern:

.....
.....
.....
.....

Frau erklärt mit ihrer Unterschrift die Einverständnis, dass die Absprache und der schriftliche Austausch zur interdisziplinären Zusammenarbeit stattfinden kann.

Datum und Unterschriften aller Beteiligten

.....
.....
.....
.....

Erarbeitung nach der Vorlage von ENES (2006).