

# **Traum(a)geburt**

**Risikofaktoren und Screening-Möglichkeiten für post-traumatische Belastungsstörungen in der postpartalen Phase – eine Literaturreview**

**Bachelor-Thesis**

Karin Stucky

Jacqueline Wagner

Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit

Bachelor of Science Hebamme

Bern, 05. August 2013

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b>Abstract</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Theoretischer Bezugsrahmen</b> .....	<b>8</b>
	3.1 Einführung zu traumatischen Ereignissen und Coping .....	8
	3.2 Posttraumatische Belastungsstörung .....	9
	3.3 Andere Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen .....	18
	3.4 Prävention und Screening .....	19
	3.5 Hebammenarbeit im Wochenbett .....	22
<b>4</b>	<b>Methoden</b> .....	<b>23</b>
	4.1 Such- und Auswahlstrategie .....	23
	4.2 Analyse- und Synthesemethoden.....	25
<b>5</b>	<b>Ergebnisse</b> .....	<b>29</b>
	5.1 Risikofaktoren .....	46
	5.2 Screening.....	49
<b>6</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>51</b>
	6.1 Risikofaktoren für eine PTBS post partum.....	51
	6.2 Screening.....	53
	6.3 Bedeutung für die Hebammenarbeit.....	56
	6.4 Bedeutung aus präventiver Sicht.....	58
	6.5 Empfohlene Handlungsrichtlinien .....	59
	6.6 Limitationen.....	59
<b>7</b>	<b>Schlussfolgerung</b> .....	<b>60</b>
<b>8</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>63</b>
<b>9</b>	<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>69</b>
<b>10</b>	<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>69</b>
<b>11</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>70</b>
<b>12</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>72</b>
	12.1 Modifizierter PSS-SR für die Geburtshilfe.....	72
	12.2 Risiko-Assessment.....	74

## **GLOSSAR**

Adjuvante Behandlung	Zusätzliche bzw. ergänzende Behandlung
Amygdala	Mandelkern im Gehirn
Co-Morbidität	Begleiterkrankungen
Dissoziation	Beeinträchtigung und Trennung von Bewusstsein, Gedächtnis und Wahrnehmung
Hyperarousal	Erhöhtes Erregungsniveau
Protektive Faktoren	schützende Faktoren
Reagibilität	Fähigkeit, sensibel zu reagieren
Vulnerabilität	Verletzbarkeit

## 1 ABSTRACT

**EINLEITUNG:** Eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) tritt in der postpartalen Phase mit einer Prävalenz von 1-2% bei Wöchnerinnen auf und hat weitreichende Folgen für die ganze Familie (Ayers, McKenzie & Eagle, 2007; Salis, 2007) sowie das Gesundheitssystem. Zur Erkennung und Betreuung von Frauen mit einer PTBS sind in der Praxis nur wenige Instrumente oder Handlungsrichtlinien bekannt. Diese Arbeit hat zum Ziel, Erkenntnisse zu Risikofaktoren und Screening-Möglichkeiten bei einer PTBS in der postpartalen Phase zusammenzutragen und ein Screening-Instrument sowie Handlungsempfehlungen zu entwickeln.

**METHODE:** Es wurden mittels einer systematischen Literatur-Recherche aktuelle Studien, Reviews und Leitlinien, die zur Beantwortung der Fragestellungen dienten, gesucht. Die eingeschlossene Literatur wurde anhand gängiger wissenschaftlicher Kriterien auf ihre Qualität geprüft.

**ERGEBNISSE:** Die für Hebammen relevanten signifikanten Risikofaktoren waren erhöhte Ängstlichkeit ( $p < 0.001$ ), fehlende soziale Unterstützung durch den Partner oder das Gesundheitspersonal ante-, intra- und postpartal ( $p < 0.001$ ), Gefühl des Kontrollverlustes, Dissoziation, geburtshilfliche Notfälle sowie Komplikationen. Massgebend für eine mögliche Entwicklung einer PTBS ist das subjektive Bewerten des Geburtserlebnisses der Frau ( $p < 0.001$ ). Der PSS-SR erweist sich aufgrund seiner statistischen Kennzahlen (Sensitivität 62%, Spezifität 10%, positiv prädiktiver Wert [PPW] 10%, negativ prädiktiver Wert [NPW] 82%) als potentiell geeignetes, angepasstes Screening-Instrument für die Geburtshilfe.

**DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNGEN:** Die einbezogene Literatur wies eine hohe Heterogenität in Bezug auf Methodik und Qualität auf, was zu einer eingeschränkten Übertragbarkeit und weiterem Forschungsbedarf führt. Es gibt vielfältige Risikofaktoren, die mit einer PTBS verbunden sind. Zur Erkennung von Frauen mit Risiko sollten zwei Risiko-Assessments (in der Schwangerschaft und im frühen Wochenbett) durchgeführt werden. Frauen der Risikogruppe sollten anschliessend vier bis sechs Wochen sowie sechs Monate postpartum mittels des für die Geburtshilfe modifizierten PSS-SR-Instrumentes gescreent werden. Die Präsenz der Hebammen im Wochenbett (95.7%, Schweizerischer Hebammenverband [SHV], 2011) bietet die Möglichkeit, Risikofaktoren und Symptome frühzeitig zu erkennen und entsprechende interdisziplinäre Massnahmen zu treffen. Es erweitert sich ein Forschungsfeld bezüglich Tauglichkeit (Sensitivität und Spezifität) und Anwendung des Screening-Instrumentes.

**SCHLÜSSELWÖRTER:** PTBS, Risikofaktoren, Screening, Früherkennung, Hebamme

## 2 EINLEITUNG

Die psychische Gesundheit im Allgemeinen wurde über lange Zeit vernachlässigt, da beim heutigen Fokus auf medizinisch-technische Fortschritte sowohl salutogenetische als auch psycho- und sozial-therapeutische Erkenntnisse in den Hintergrund rücken (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2004). Beachtet werden muss, dass sich psychische Erkrankungen bezüglich Krankheitsgeschehen, Erhaltung der Autonomie, sozialer Integration sowie dem gesellschaftlichen Umgang deutlich von somatischen Erkrankungen unterscheiden (BAG, 2004). Auch psychischen Störungen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett wird wenig Beachtung geschenkt – sowohl in der Gesellschaft als auch spezifisch in der Geburtshilfe (Felber Piso, 2006).

Etwa 1-2% aller Mütter leiden an einer PTBS nach der Geburt, mit weitreichenden Konsequenzen für die Frauen und ihre Familien (Ayers, McKenzie & Eagle, 2007). Laut Nesca und Dalby (2011) ist das Auftreten einer psychischen Störung bei einer Frau nach der Geburt häufiger als in jeder anderen Situation in ihrem Leben. Ungeachtet dessen, wird der psychischen Gesundheit im Wochenbett noch zu wenig Beachtung geschenkt. Dass es sich bei der PTBS um ein noch unbekanntes Phänomen in der Geburtshilfe handelt, wird dadurch deutlich, dass in der Definition der PTBS nach dem International Classification of Diseases 10 (ICD 10) (2013) oder dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV Version (DSM-IV) (2004), die Geburt als Risikofaktor für PTBS nicht enthalten ist (Hartmann, 2005). Die geringe Beachtung von psychischen Störungen in der postpartalen Zeit ist in Anbetracht der besonders schwerwiegenden Auswirkungen für die Frau, deren Familien und die Gesellschaft unverständlich (Salis, 2007).

Eine PTBS hat längerfristige Auswirkungen sowohl für Mutter und Kind, als auch aus gesellschaftlicher und ökonomischer Sicht. Laut Morland et al. (2007) hat eine Frau mit PTBS in der nächsten Schwangerschaft ein erhöhtes Risiko für gesundheitsschädliches Verhalten wie Rauchen, Alkoholkonsum, Substanzenkonsum, wenig pränatale Pflege und eine erhöhte Gewichtszunahme. Dies hat sowohl Auswirkungen auf Mutter und Kind, deren Umfeld, als auch auf die Gesundheitskosten einer Gesellschaft. Die Mutter-Kind-Beziehung leidet laut Bloemeke und Erfmann (2007) unter der PTBS-Erkrankung einer Frau im Wochenbett. Durch die geringere emotionale Zuwendung gegenüber dem Kind können Entwicklungsstörungen auf psychosozialer Ebene auftreten. Dies wiederum beeinflusst die Beziehungen innerhalb des Familiensystems und dessen sozialen Umfeld. Psychische Erkrankungen stellen für die Angehörigen eine grosser Herausforderung dar und bringen einen zusätzlichen Stressfaktor mit.

Zahlen zu Kosten für psychische Erkrankungen und deren Folgen sind gemäss BAG (2004) nur wenige verfügbar. Geschätzt wird, dass sie ungefähr fünf Prozent der gesamten Gesundheitskosten ausmachen, die sich jährlich auf 46 Milliarden belaufen (BAG, 2004). Spezifische Angaben zu Kosten, die alleine durch PTBS verursacht werden, liegen keine vor, sie haben jedoch Anteil an den fünf Prozent der Gesamtkosten. Die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2013) gibt an, dass eine chronische PTBS durch Trauma-bedingte Stressaktivierung körperliche Erkrankungen (Ko-Morbidität), insbesondere Herz-Kreislauf- oder Immunerkrankungen, und somit höhere Gesundheitskosten mit bedingen kann. Eine Chronifizierung erfolgt gemäss Public Health Schweiz (2012) vorwiegend durch die Stigmatisierung von psychisch kranken Menschen, die eine verzögerte Inanspruchnahme von professioneller Hilfe, eine falsche Diagnostizierung oder inadäquate Behandlung bewirken kann. Ein möglicher Ansatz, um dies zu verhindern, bietet die Prävention.

Die Nachsorge in der postpartalen Phase ist in der Schweiz vorwiegend durch freischaffende Hebammen, die ambulante Wochenbett-Betreuung anbieten, abgedeckt. Gemäss dem SHV (2011) wurden in den Jahren 2005 bis 2011 95.7% der Wöchnerinnen in der Schweiz von einer Hebamme betreut. Durch die Grundversicherung sind zehn Wochenbettbesuche an den ersten zehn Tagen nach der Geburt sowie eine Nachkontrolle durch den Gynäkologen oder die Gynäkologin nach sechs bis zehn Wochen postpartum zu geschrieben (Krankenpflege- Leistungsverordnung, 2013). Per Definition tritt eine PTBS-Erkrankung zwischen einem und sechs Monaten nach dem traumatischen Ereignis auf (DSM-IV, 2004; ICD 10, 2013). Wird davon ausgegangen, dass die Geburt das potentiell traumatische Ereignis ist, ist dieser Zeitraum im schweizerischen Nachsorgesystem weder durch Hebammen-, noch durch ärztliche Betreuung vollumfänglich abgedeckt. Zudem sind keine evidenzbasierten Handlungsrichtlinien und Screening-Instrumente zur Erkennung von PTBS in der Geburtshilfe gängig, obwohl bereits Screening-Instrumente nach ICD 10 (2013) und DSM-IV (2004) bestehen.

Es wird deutlich, dass dem Aspekt der psychischen Belastung durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett eine grosse Bedeutung für Mutter und Kind zu kommt und dass es sich bei der PTBS nicht um ein seltenes, jedoch wenig bekanntes Phänomen handelt. Die Zeit nach der Geburt verlangt vom Gesundheitspersonal eine erhöhte Wachsamkeit. Es ist wichtig für Hebammen, dass sie Handlungsempfehlungen haben, die sie bei der Betreuung von Frauen mit bestehendem Risiko für PTBS als Grundlage verwenden können, um ihren Präventions- und Gesundheitsförderungsauftrag zu erfüllen. In der heutigen Zeit ist es mehr denn je gefragt, Gesundheitskosten einzusparen.

Eine Möglichkeit dazu ist die Prävention in Form von Screenings, um Krankheiten frühzeitig zu erkennen und entsprechende Massnahmen zur Behandlung und Betreuung einzuleiten. Dieser Aspekt gewinnt auch laut Hurrelmann, Haisch & Klotz (2010) immer mehr an Bedeutung.

Aus den genannten Gründen ergibt sich das nachfolgende Ziel dieser Arbeit.

### **ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNGEN**

Über eine systematische Literaturreview werden Erkenntnisse zu Risikofaktoren und Screening-Möglichkeiten bei einer PTBS in der postpartalen Phase zusammengetragen. Es sollen ein Screening-Instrument zur Erkennung und dazugehörige Handlungsempfehlungen für die Umsetzung in der Praxis entwickelt werden.

Aus dem Ziel ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Welches sind Risikofaktoren für eine PTBS in der Geburtshilfe?
- Unter welchen Umständen und zu welchem Zeitpunkt ist die Durchführung eines Screenings präventiv wirkungsvoll?
- Welches Screening-Instrument ist für das geburtshilfliche Setting am effektivsten?

### **EIN- UND ABGRENZUNG DES THEMAS**

In dieser Arbeit geht es um das Vollbild einer PTBS-Erkrankung in der postpartalen Phase. Der Fokus hierbei liegt auf deren Erkennung. Nicht einbezogen werden Therapie- und Betreuungsformen bei einer bestehenden PTBS.

Psychische Erkrankungen in der Anamnese und die postpartale Depression (PPD) oder andere psychische Erkrankungen im Wochenbett sowie Vorstufen einer PTBS werden im vorliegenden Review nicht behandelt.

### **3 THEORETISCHER BEZUGSRAHMEN**

In der vorliegenden Arbeit geht es um Früherkennung, deshalb wird in diesem Kapitel das Krankheitsbild einer PTBS beschrieben. Zur besseren Abgrenzung einer PTBS werden verwandte Krankheiten kurz beschrieben. Des Weiteren werden sowohl die Thematiken Prävention und Screening, als auch Hebammenarbeit in Bezug auf Prävention und PTBS erörtert.

#### **3.1 Einführung zu traumatischen Ereignissen und Coping**

Frauenknecht (2012) gibt an, dass psychosoziale Belastungen nach Schweregrad in Traumata, kritische Lebensereignisse oder Lebensübergänge eingeteilt werden können. In diesem Abschnitt werden diese Ereignisse nach Frauenknecht (2012) beschrieben. Unter einem Trauma wird ein Ereignis verstanden, das von jedem Menschen als belastend erlebt werden würde und in dem die Betroffenen lebensbedrohenden Ereignissen oder Handlungen ausgesetzt sind. Beispiele aus dem DSM-IV (2004) dazu sind: Naturkatastrophen, Kampfhandlungen, menschlich-verursachte Katastrophen, schwere Unfälle, Terrorismus oder Vergewaltigung. Im Zentrum hierbei steht die Angst um das eigene Leben. In Bezug auf die Geburtshilfe kommt auch die Angst um das Leben des eigenen Kindes hinzu. Als kritisches Lebensereignis werden Situationen verstanden, die den bestehenden Lebensentwurf eines Menschen und einschneidende Veränderungen im Alltag mit sich bringen, zum Beispiel Tod einer nahestehenden Person, plötzliche Arbeitslosigkeit, schwere Unfälle und deren Folgen. Mit biografischen Übergängen sind Ereignisse mit einbezogen, die sich im Verlauf des Lebens entwickeln und vorhersehbar sind, wie zum Beispiel der Auszug aus dem Elternhaus, eine Heirat, Geburt eines Kindes oder körperliche Einschränkungen im Alter. Die Geburt und die postpartale Phase können als ein biologischer Übergang und dementsprechend als eine sensible Phase eingeordnet werden.

Beim Erleben einer solchen Belastung, ist der Mensch gefordert, das Geschehen zu verarbeiten und sich den neuen Gegebenheiten im Leben anzupassen. Gemäss Frauenknecht (2012) reagieren Menschen auf kritische Ereignisse auf vielfältige Weise. Es zeigen sich Veränderungen auf emotionaler, somatischer und kognitiver Ebene. Das Ausmass dieser Veränderungen ist abhängig von der individuellen Belastungsgrenze der Betroffenen, die durch Faktoren wie der Persönlichkeitsstruktur, der biologischen Vulnerabilität sowie dem verfügbaren sozialen Netz und entwicklungsgeschichtlichen Aspekten beeinflusst wird. Gelingen die Verarbeitung und Anpassungen nicht, wird von einer Störung ausgegangen. In der untenstehenden, modifizierten Abbildung nach



AWMF (2011) wird aufgezeigt, welche möglichen Verlaufsformen nach einem erlebten Trauma bestehen.

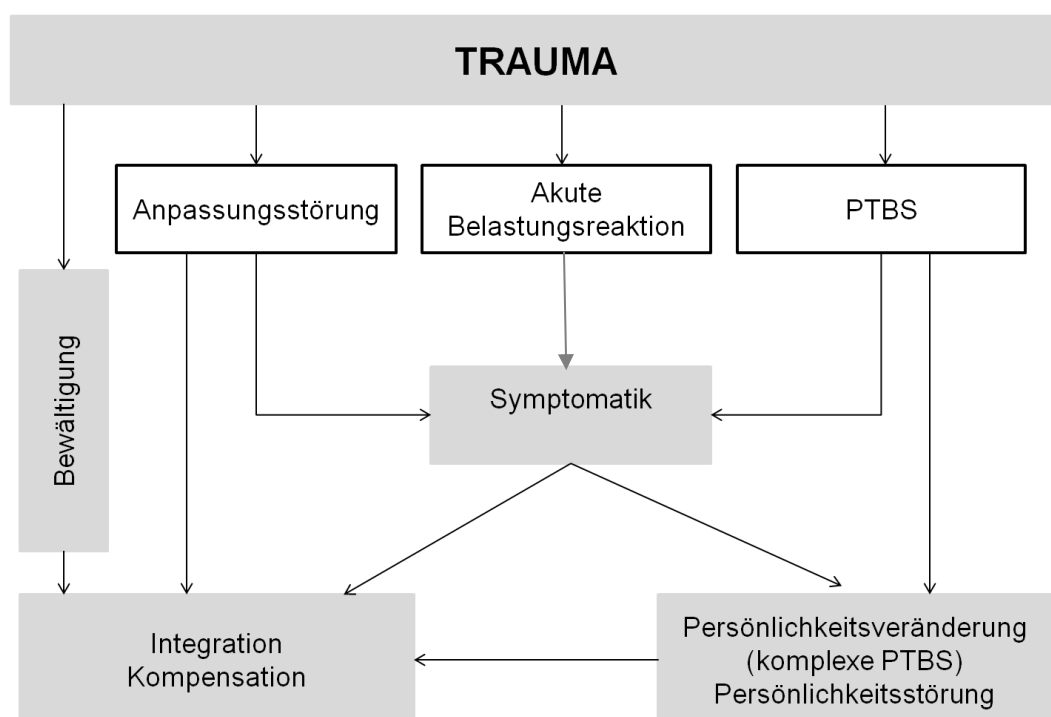


Abbildung 1: Verlaufsformen nach Trauma (modifiziert nach AWMF, 2011)

Möglicherweise wird ein Trauma ohne Störung bewältigt, was zur Integration und Kompensation des Erlebten führt. Gelingt dies nicht, kann es zu einer Anpassungsstörung, einer akuten Belastungsreaktion oder einer PTBS kommen. Im besten Fall kommt es nach den Erkrankungen ebenfalls zur Integration und Kompensation. Im schlimmsten Fall können sich diese Krankheitsbilder zu einer Persönlichkeitsänderung oder -störung entwickeln.

In den folgenden Abschnitten wird das Krankheitsbild der PTBS differenziert beschrieben. Des Weiteren wird auf andere mögliche Störungsformen und deren Unterschied zur besseren Abgrenzung eingegangen.

## 3.2 Posttraumatische Belastungsstörung

### DEFINITION UND SYMPTOMATIK

Gemäss dem ICD 10 (2013) wird die PTBS wie folgt definiert: „Die PTBS entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“.

Frauenknecht (2012) erwähnt, dass der Zeitpunkt des Beginns in der Regel einige Wochen bis Monate nach dem traumatisierenden Ereignis ist. Weitere diagnostische Kriterien, die eine PTBS definieren, sind im Abschnitt „Diagnostik“ aufgeführt.

Frauenknecht (2012) unterscheidet je nach Symptomverlauf drei Formen der PTBS:

- **Akute PTBS:** die Symptome halten weniger als drei Monate an.
- **Chronische PTBS:** die Symptomatik bleibt länger als drei Monate bestehen.
- **PTBS mit verzögertem Beginn:** Die ersten Symptome treten frühestens sechs Monate nach dem traumatisierenden Ereignis auf.

Hadwin (2007), Brunner, Plener & Resch (2012) sowie Frauenknecht (2012) unterscheiden die im Nachfolgenden erklärten drei Symptomkomplexe bei einer PTBS.

**Wiedererinnern/Wiedererleben des Traumas:** Die Betroffenen werden von wiederkehrenden, sich aufdrängenden Gedanken und Erinnerungen an das Trauma belastet. Solche Erinnerungen werden als Intrusionen bezeichnet. Sie durchleben das belastende Ereignis wiederholt und ungewollt, und können die dabei aufgetretenen körperlichen Empfindungen wieder erfahren. Das Wiedererleben wird als Flashback bezeichnet. Die Erinnerungen können spontan auftreten oder durch äussere Reize (sogenannte Trigger) ausgelöst werden. Typischerweise werden die Intrusionen oder Flashbacks von vegetativen Symptomen wie intensive Angst und Fluchtneigung begleitet. Eine Form des Wiedererlebens zeigt sich zudem in Schlafstörungen, die durch nächtliche Alpträume bedingt sind.

**Vermeidungsverhalten und Einschränkungen der allgemeinen Reagibilität:** Um zu verhindern, dass durch bestimmte Stimuli extrem aversive Reaktionen ausgelöst werden, versuchen Betroffene, die Konfrontation mit diesen Reizen zu umgehen und entwickeln dementsprechend ein Vermeidungsverhalten. Im alltäglichen Leben kommt es oft zur Entfremdung und Isolierung gegenüber wichtigen Bezugspersonen. Betroffene erleben sich als verändert, deprimiert und pessimistisch im Hinblick auf die Zukunft. Das affektive Erleben ist stark eingeschränkt, es können keine liebevollen, zärtlichen Gefühle für Nahestehende mehr empfunden werden (emotionale Taubheit), was wiederum zu Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen führt. Ein weiterer Faktor ist die Dissoziation. Dieser Zustand zeigt sich in einem Prozess des inneren „Erstarrens“ und „Aussteigen“ aus einer Situation. Das Interesse an vorher wichtigen Aktivitäten nimmt deutlich ab und die Betroffenen ziehen sich aus ihrem vorherigen Lebensalltag zurück.

**Hyperarousal:** Bei vielen Betroffenen besteht eine erhöhte psychische Reagibilität. Dies äussert sich in Reizbarkeit, Anspannung, Wutausbrüchen, Aggression, Ärger,

Schreckhaftigkeit und dem Gefühl, ständig „auf der Hut“ sein zu müssen (Hypervigilanz genannt). Ebenfalls häufig zeigen sich Konzentrationsschwierigkeiten. Begleitet werden diese Symptome zudem durch vegetative Zeichen des Hyperarousals wie Herzklopfen, Schweißausbrüche, Tremor, Schlafstörungen und die Unfähigkeit, sich zu entspannen.

## **PRÄVALENZ**

Gemäss AWMF (2011) ist die Häufigkeit einer PTBS abhängig von der Art eines Traumas und weist folgende Zahlen auf:

- 50% nach einer Vergewaltigung
- 25% nach Gewaltverbrechen im Allgemeinen
- 50% nach Kriegs-, Vertreibungs- oder Foltererlebnissen
- 10% nach Verkehrsunfällen
- 10% nach schweren Organerkrankungen

Die Lebenszeitprävalenz für PTBS ist nach AWMF (2011) von länderspezifischen Faktoren (z.B. politischen, wirtschaftlichen oder sozialen Faktoren) abhängig und liegt weltweit zwischen eins und sieben Prozent. Zu beachten hierbei ist, dass Frauen etwa doppelt so viel betroffen sind wie Männer (Deister, 2009), obwohl Männer häufiger traumatischen Erlebnissen ausgesetzt sind.

In Bezug auf die Geburtshilfe geht Salis (2007) von einer Prävalenz zwischen einem und zwei Prozent der Mütter aus, die in der postpartalen Phase eine PTBS entwickeln.

## **PATHOPHYSIOLOGIE**

Die Pathogenese einer PTBS ist vielschichtig und abhängig von mehreren Faktoren, die untereinander ein wechselseitiges Zusammenspiel aufweisen. Folgende Faktoren sind nach Frauenknecht (2012) massgeblich daran beteiligt, ob ein Trauma physiologisch verarbeitet werden kann oder ob es zu einer Störung in Form einer PTBS kommt:

- Eintreten eines nach objektiven Kriterien definierten Traumas
- Spezifische subjektive Interpretation des Traumas
- Erhöhte genetische oder neurobiologische Vulnerabilität
- Vorhandensein von psychosozialen oder somatischen Risikofaktoren

Als protektive Faktoren gelten nach Frauenknecht (2012) folgende Aspekte, die im Laufe der Persönlichkeitsentwicklung eines Menschen entstehen:

- Prämorbid gut entwickelte Frustrationstoleranz
- Hohes Kohärenzgefühl
- Stabile Lebensphilosophie oder Religiösität
- Wertschätzung des Erlebten
- Anerkennung der Betroffenen als Traumaopfer durch Aussenstehende

Mögliche neurobiologischen Erklärungsansätze für eine PTBS sind im folgenden Abschnitt nach Frauenknecht (2012) erläutert. Das traumatisierende Ereignis bewirkt eine gesteigerte Katecholamin-Ausschüttung mit starker vegetativer Erregung. Zugleich werden Funktionen des präfrontalen Kortex gehemmt, woraus eine erhöhte Aktivität der subkortikalen Systeme (z.B. der Amydala) resultiert. Auf die Entstehung einer PTBS kann dies wie folgt übertragen werden: eine angstauslösende Situation führt im Normalfall dazu, dass aufgenommene Wahrnehmungen vom Thalamus an übergeordnete kortikale Strukturen weitergeleitet, bewertet und an die Amygdala übergeben werden. Dies induziert eine angemessene endokrine, emotionale und motorische Reaktion auf die Situation. Im Vergleich dazu werden bei einer pathologischen Reaktion die wahrgenommenen Reize direkt aufgrund eines „neuronalen Kurzschlusses“ als unbewertete, fragmentierte und mit hoher vegetativer Erregung verbundene Gedächtnisinhalte an die Amygdala übermittelt. Somit kann das „Traumagedächtnis“ leicht abgerufen werden und die noradrenergen Systeme werden übermässig aktiviert.

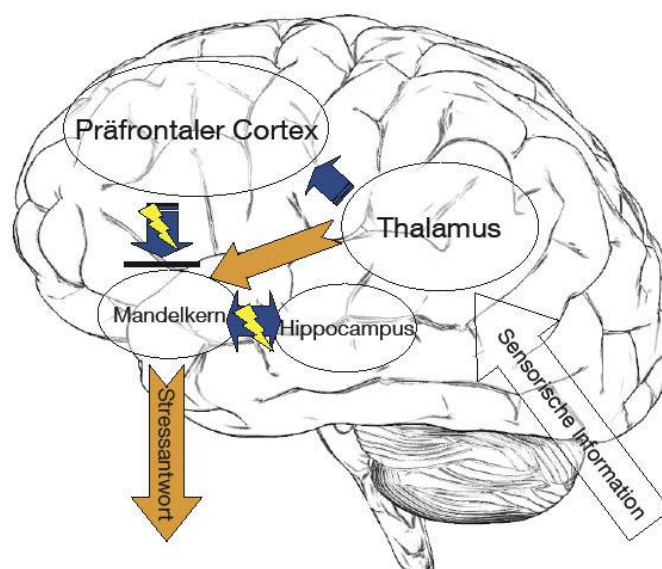


Abbildung 2: Neurobiologische Verarbeitung nach Trauma (Neumeister & Czermak, 2009)

In Abbildung 2 wird der neurobiologische Ablauf der Verarbeitung aufgezeigt. Die physiologische Verarbeitung folgt den blauen Markierungen. Bei einer pathologischen Verarbeitung in Falle einer PTBS kommt es zur Kurzschlussreaktion und die Informationen fließen entlang der orangenen Pfeile. Gleichzeitig wird der physiologische Verarbeitungsweg gestört (gelbe Markierung).

Auch psychologische Modelle können zur Erklärung einer PTBS-Entstehung beigezogen werden. Diese werden nach Frauenknecht (2012) im Folgenden erläutert. Nach dem Zwei-Faktoren-Modell nach Mowrer (1960, zitiert in Frauenknecht, 2012) wird aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Sicht die PTBS wie folgt erklärt: ein unkonditionierter Reiz löst eine unkonditionierte Reaktion aus. Weitere Stimuli, die in eben dieser Situation wahrgenommen werden, werden an die erlebte Gefahrensituation gekoppelt und konditioniert. Werden solche Stimuli ein weiteres Mal wahrgenommen, reagiert der Körper mit der in der Situation erlernten Reaktion. Diese Sichtweise lässt insbesondere die Symptomatik der Hyperarousal und des Vermeidungsverhaltens deutlich erklären. Konditionierungsprozesse sind jedoch nicht alleine für die Entstehung einer PTBS verantwortlich. Ein weiterer Faktor zeigt sich in den individuellen kognitiven Verarbeitungsprozessen, die bestimmen, wie das traumatische Erlebnis interpretiert und bewertet wird.

## DIAGNOSTIK

Zur Diagnosestellung bestehen zwei Klassifikationssysteme – einerseits der von der World Health Organization (WHO) definierte ICD 10 (2013), andererseits der DSM-IV

(2004) nach American Psychiatric Association (APA). Die Kriterien der beiden Systeme sind in Tabelle 1 aufgeführt. Die diagnostische Einschätzung erfolgt gemäss AWMF (2011) auf der Basis des klinischen Befundes. Erfasst werden dabei Spontanangaben, Symptome und Angaben zum belastenden/traumatischen Ereignis. Dies muss zudem durch folgende Punkte ergänzt werden, um eine Gesamtdiagnostik zu erfassen: Aus- und Nebenwirkungen auf die aktuelle Lebenssituation, komorbide Symptome, prätraumatischer Status sowie salutogenetische Faktoren (insbesondere Ressourcen).

Tabelle 1: Diagnose-Kriterien nach ICD 10 (2013) und DSM-IV (2004)

Diagnostische Kriterien nach ICD 10 (2013)		Diagnostische Kriterien nach DSM-IV (2004)
<b>A</b>	Die Betroffenen sind einem kurz oder lang anhaltenden Ereignis oder Geschehnis von aussergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmass ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.	Die Betroffenen erlebten ein Ereignis, das den tatsächlichen oder drohenden Tod oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen oder einer anderen Person befürchten lässt, während dessen die betroffene Person intensive Furcht, Hilfslosigkeit oder Entsetzen empfand.
<b>B</b>	Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flashbacks), lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.	Das Ereignis wird beharrlich wiedererlebt. Hierbei zeigen sich folgende Formen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wiederkehrende, eindringliche und belastende Erinnerungen</li> <li>- Wiederkehrende, belastende Träume</li> <li>- Fühlen oder Handeln, als ob das Ereignis wiederkehrt</li> </ul>
<b>C</b>	Umstände, die der Belastung ähneln oder mit in Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Ereignis.	Anhaltendes Vermeidungsverhalten in Bezug auf traumaassoziierte Reize oder Abflachung der allgemeinen Reagibilität, mindestens 3 der folgenden Kriterien müssen zutreffen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen mit Bezug auf das Trauma</li> <li>- Bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen wachrufen</li> <li>- Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des erlebten Traumas zu erinnern</li> <li>- Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten</li> <li>- Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eingeschränkte Affekt-Bandbreite</li> <li>- Gefühl einer eingeschränkten Perspektive</li> </ul>
<b>D</b>	<p>Entweder 1 oder 2:</p> <p>1.) Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern.</p> <p>2.) Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung, die vor der Belastung nicht vorhanden waren, mit mindestens zwei der folgenden Merkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a.) Ein- und Durchschlafstörungen</li> <li>b.) Reizbarkeit oder Wutausbrüche</li> <li>c.) Konzentrationsschwierigkeiten</li> <li>d.) Hypervigilanz</li> <li>e.) erhöhte Schreckhaftigkeit</li> </ul>	<p>Symptome der erhöhten Erregung, mindestens 2 Kriterien müssen erfüllt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schlafstörungen</li> <li>- Reizbarkeit oder Wutausbrüche</li> <li>- Konzentrationsschwierigkeiten</li> <li>- Hypervigilanz</li> <li>- Übertriebene Schreckreaktionen</li> </ul>
<b>E</b>	die Kriterien B, C und D treten innerhalb von 6 Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf.	Das Störungsbild dauert länger als 1 Monat.
<b>F</b>	(-)	Das Störungsbild verursacht massgeblich Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Die Unterschiede der beiden Klassifikationssysteme liegen vorwiegend in der weniger differenzierten Beschreibung der Kriterien sowie im Fehlen des Kriteriums F beim ICD 10 (2013). Ein weiterer Unterschied zeigt sich in der zeitlichen Dimension der Erkrankung. Der ICD 10 (2013) geht davon aus, dass die Symptome innerhalb von sechs Monaten nach dem Ereignis auftreten. Der DSM-IV (2004) definiert jedoch lediglich ein Anhalten des Störungsbildes über mindestens einen Monat, ohne einen Zeitpunkt des ersten Auftretens zu nennen.

Standardisierte Messinstrumente können zur Unterstützung und Optimierung der Diagnosestellung beigezogen werden, da sie die Untersuchung unabhängig von der Person des Untersuchers machen und feststehende Kriterien zur Beurteilung der Ergebnisse bieten (AWMF, 2011). Es besteht eine Vielzahl von Instrumenten, unterschieden werden hierbei in diagnostische Interviews und Selbstbeurteilungsverfahren.

## **RISIKOFAKTOREN**

Salis (2007) erwähnt als Risikofaktor vor allem eine Geburt, die von der Frau subjektiv als traumatisch empfunden wurde oder nicht den Erwartungen der Gebärenden entsprach. Dabei kommt es auf die subjektiven Empfindungen der Frauen an. Auch der Faktor, dass Frauen nach ihrer Geburt nicht über das Erlebnis sprechen können, begünstigt das Auftreten einer PTBS (Salis, 2007).

Hadwin (2007) erwähnt unter den Risikofaktoren eine Psychopathologie in der Familien- oder in der persönlichen Anamnese, sexueller oder physikalischer Missbrauch in der Vergangenheit, niedriges Intelligenzniveau und Neurotizismus. Während des Ereignisses selbst, stellen laut Hadwin (2007) eine erhöhte Herzfrequenz und eine erhöhte Dissoziation Risikofaktoren für eine Entwicklung der PTBS dar. Nach der traumatisierenden Situation ist unzureichende Unterstützung der Hauptrisikofaktor (Hadwin, 2007).

Gemäss Deister (2009) erhöhen folgende Faktoren die Wahrscheinlichkeit einer Störung nach einem belastenden Ereignis: vorbestehende organische Störungen, vorbestehende auffällige Persönlichkeitszüge (asthenisch, ängstlich, emotional, instabil) sowie neurotische Verhaltensmuster und extreme Erschöpfungszustände. Ergänzend dazu gibt Frauenknecht (2012) das weibliche Geschlecht, unzureichendes soziales Netzwerk, psychische und somatische Vorerkrankungen, belastende Erlebnisse in der Kindheit sowie sozioökonomische Probleme und ein tiefer Bildungsstand als Risikofaktoren an.

## **FOLGEN**

Die Folgen einer PTBS im Allgemeinen – und insbesondere in der postpartalen Phase – sind vielfältig und zeigen sich sowohl auf körperlicher, als auch psychosozialer Ebene.

Eine Vielzahl von komorbiden Störungen treten als Folge einer PTBS auf. Auf psychischer Ebene entwickeln sich häufig depressive Syndrome oder Angststörungen (Frommberger, 2012) sowie Missbrauch, beziehungsweise Abhängigkeit von angst- und anspannungsreduzierenden Substanzen wie Alkohol, Benzodiazepin-Präparaten oder ähnlichen Suchtmitteln (Frauenknecht, 2012). Auf der somatischen Ebene zeigen sich häufig Schmerzsyndrome, Colon irritabile, Hypertension, Hyperlipidämie, Adipositas und koronare Herzkrankheiten aufgrund der neurobiologischen Dysregulation (McFarlane, 2010, zitiert durch Frommberger, 2012). Gemäss Frauenknecht (2012) kann es zudem zu suizidalen Gedanken und Handlungen kommen, bei der PTBS wird



von einem achtfach erhöhten Suizidrisiko im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ausgegangen.

In Bezug auf die postpartale Phase haben die Folgen einer PTBS Auswirkungen auf Mutter, Kind und das gesamte Familiensystem. In der Postpartalzeit besteht eine sensible Phase für den Bindungsaufbau zwischen Mutter und Kind (Bloemeke & Erfmann, 2007). Entwickelt die Mutter während dieser Zeit eine PTBS aufgrund einer traumatisch erlebten Geburt, besteht die Gefahr, dass der Aufbau einer Bindung erheblich gestört wird. Auch auf eine mögliche Folgeschwangerschaft hat eine aufgetretene PTBS Auswirkungen. Des Weiteren gehen Bloemeke und Erfmann (2007) davon aus, dass eine weitere Geburt nach dem Auftreten einer PTBS potenziell retraumatisierend sein kann und die Geburt möglicherweise erneut als negativ erlebt wird.

### **BEHANDLUNGSPRINZIPIEN**

Es wird lediglich ein kurzer Überblick zu Behandlungsmethoden einer PTBS nach AWMF (2011) erläutert, da der Fokus der vorliegenden Arbeit nicht auf der Therapie, sondern auf der Früherkennung einer PTBS liegt.

Als Erstmassnahmen im Falle einer PTBS gelten folgende Aspekte:

- Herstellen einer sicheren Umgebung, Schutz vor weiterer Trauma-Einwirkung
- Organisation des psychosozialen Helfersystems
- Frühes Hinzuziehen eines Psychotherapeuten / einer Psychotherapeutin, die mit der Problematik der PTBS erfahren sind
- Psychoedukation und Informationsvermittlung bezüglich der traumatypischen Symptome und Verläufe, um das Verständnis der Betroffenen für die eigene Situation zu fördern

In erster Linie geht es nach der Durchführung der Erstmassnahmen um die individuelle Stabilisierung mit Hilfe einer tragfähigen therapeutischen Beziehung zu Fachpersonen sowie den Aufbau von emotionalen Stabilisierungsfähigkeiten bei den Betroffenen (AWMF, 2011). Zu beachten gilt, dass gemäss Pitman et al. (1991) und Hase und Hofmann (2005) (zitiert durch AWMF, 2011) eine zu frühe Konfrontationsphase ohne ausreichende Stabilisierung zu Risiken für die Betroffenen führt. Dazu gehören in erster Linie erhöhte Suizidalität, vermehrtes selbstverletzendes Verhalten, psychosomatische Dekompensation oder vermehrte Dissoziation. Ebenfalls vorrangig behandelt werden müssen komorbide Erkrankungen wie Suchtproblematiken oder Suizidalität. Nach der Stabilisierungsphase ist gemäss AWMF (2011) und den Guidelines des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2005) eine traumafokussierte

Psychotherapie die Methode der Wahl. Frauenknecht (2012) führt dazu aus, dass es sich hierbei einerseits um eine kognitiv-behaviorale oder eine psycho-dynamische Therapie handeln kann.

Als adjuvante Behandlung können Psychopharmaka zur Unterstützung der Symptomkontrolle eingesetzt werden, sie ersetzen jedoch keinesfalls eine traumaspezifische Psychotherapie (AWMF, 2011). Ebenfalls als unterstützend können Ergotherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, Körperarbeit oder Physiotherapie angeboten werden (AWMF, 2011).

### **3.3 Andere Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen**

#### **AKUTE BELASTUNGSREAKTION**

Die akute Belastungsreaktion ist eine vorübergehende Störung, die sich als Reaktion auf eine aussergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt. Die Symptome klingen innerhalb von Stunden oder Tagen wieder ab (AWMF, 2011). Das auslösende Ereignis kann ein Erlebnis sein, welches die Coping-Strategien der betroffenen Person zu diesem Zeitpunkt überfordert (AWMF, 2011). Daher ist das Auftreten der akuten Belastungsstörung und deren Schweregrad von den zur Verfügung stehenden Coping-Mechanismen abhängig (AWMF, 2011). Die Symptomatik ist laut Frauenknecht (2012) ähnlich wie bei einer PTBS, wobei die PTBS jedoch eine Latenzphase zwischen dem belastenden Ereignis und dem Auftreten der Symptome hat. Bei einer akuten Belastungsreaktion treten diese innerhalb von Minuten auf und gehen innert zwei oder drei Tagen, oft auch schon innerhalb von Stunden, wieder zurück. Die Betroffenen können unter einer teilweisen oder vollständigen Amnesie dieser Episode leiden. Dauern die Symptome an, sollte an eine Änderung der Diagnose gedacht werden (ICD 10, 2013).

#### **ANPASSUNGSSTÖRUNG**

Anpassungsstörungen treten während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach einem belastenden Lebensereignis auf (AWMF, 2011). Die Anpassungsstörung entwickelt sich langsam, im Allgemeinen innerhalb eines Monats nach dem Ereignis oder der Veränderung und hält meist nicht länger als sechs Monate an (AWMF, 2011). Gemäss Frauenknecht (2012) ist es ein Zustand des subjektiven Bedrängnis und der emotionalen Beeinträchtigung der betroffenen Person, dies hindert ihre sozialen Funktionen und Leistungen. Die Anpassungsstörung kann nach Beschädigung des sozialen Netzes und der sozialen Werten, aber auch in einem

grösseren Entwicklungsschritt oder zum Zeitpunkt einer Krise auftreten (Frauenknecht, 2012). Das Vorhandensein einer Anpassungsstörung äussert sich in depressiver Stimmung, Angst, Sorge und dem Gefühl, in den alltäglichen Gegebenheiten nicht zurechtzukommen (Frauenknecht, 2012). Auch Störungen des Sozialverhaltens können vorkommen, dies wird jedoch häufiger bei Jugendlichen als bei Erwachsenen beobachtet (ICD 10, 2013).

### **ANDAUERENDE PERSÖNLICHKEITSVERÄNDERUNG NACH EXTREMBELASTUNG**

Handelt es sich um ein extrem schweres, wiederholtes oder lang anhaltendes Trauma, so kann eine Person nach chronischen PTBS-typischen Symptomen eine anhaltende Persönlichkeitsveränderung entwickeln (Frauenknecht, 2012). Diese Veränderung zeigt sich durch unflexibles und fehlangepasstes Verhalten (Frauenknecht, 2012). Der ICD 10 (2013) hat für diese andauernde Störung die Diagnose der andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung geschaffen. Um diese Diagnose zu stellen ist eine Persistenz der Symptome von mindestens zwei Jahren erforderlich (Frauenknecht, 2012). Die bereits bestehenden vegetativen Symptome einer PTBS werden zusätzlich verstärkt und die von der PTBS übernommene Vermeidungs- und Rückzugsstrategie ist noch ausgeprägter vorhanden (Frauenknecht, 2012). Es kann auch soweit gehen, dass die Betroffenen sich nicht nur räumlich von allem entfernen, was sie an die Vergangenheit erinnert, sondern sich auch innerlich nicht mehr mit der Vergangenheit beschäftigen möchten und Dinge, wie schöne Erinnerungen meiden oder nicht mehr darüber sprechen (Frauenknecht, 2012). Im Extremfall äussern die Betroffenen, dass sie sich „nicht mehr als Mensch“ fühlen (Frauenknecht, 2012, S. 290). Die andauernde Persönlichkeitsveränderung kann somit als eine Extremform der PTBS angesehen werden, welche mindestens zwei Jahre anhält.

## **3.4 Prävention und Screening**

Die Durchführung eines Screenings ist eine Form der sekundären Prävention. Durch die frühzeitige Erkennung einer bestehenden PTBS mithilfe eines Screening kann die Erkrankung gelindert oder sogar vermieden werden.

### **DEFINITION PRÄVENTION**

Laut Hurrelmann, Klotz & Haisch (2010) beinhaltet die Krankheitsprävention, die oft nur Prävention genannt wird, alle Eingriffshandlungen, die das Eintreten einer Krankheit oder deren Ausbreitung vermeiden. Dabei gilt es zu intervenieren, um Risiken für Krankheiten zu verhindern oder abzuwenden. Die Kenntnis pathogenetischer Dynamiken ist eine Voraussetzung des gezielten Intervenierens.

Die Interventionen der Prävention sind Zukunftsprognosen, die abschätzen, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, dass ein unerwünschtes Ereignis eintritt. Ob die Interventionen erfolgreich sind, wird an dem Ausmass der Verhinderung, Verzögerung oder Minderung des erwarteten Krankheitsausbruchs und/oder des sich verschlimmernden Krankheitsverlauf gemessen (Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2010).

### **PRÄVENTIONSMODELL NACH CAPLAN**

Caplan (1964, zitiert durch Leppin, 2010) differenziert die Präventionsmassnahmen in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Diese sind im Nachfolgenden nach Caplan (1964, zitiert durch Leppin, 2010) beschrieben:

Unter Primärprävention versteht man alle Massnahmen, die vor dem Erstauftreten eines unerwünschten Zustandes durchgeführt werden, wie zum Beispiel die Impfung an gesunden Personen.

Sekundärprävention beinhaltet die Interventionen, die zur Krankheitsfrüherkennung und Krankheitseindämmung führen. Obwohl die Betroffenen oft noch keine wahrnehmbare Symptomatik aufzeigen, kann das Vorhandensein einer Krankheit dennoch mit speziellen diagnostischen Massnahmen festgestellt werden. Durch therapeutisches Eingreifen kann danach ein Fortschreiten der Krankheit verhindert oder zumindest vermindert werden.

Als dritte Stufe der Prävention wird die Tertiärprävention beschrieben. Diese liegt immer vor, wenn eine Krankheit manifestiert wurde. In der tertiären Prävention geht es darum, die Konsequenzen einer Krankheit in der Intensität zu mildern und Folgeschäden oder Rückfälle zu vermeiden. Zu der Tertiärprävention gehören einerseits kurativ-therapeutische Interventionen, andererseits auch die Rehabilitation.

Tabelle 2: Präventionsmodell nach Caplan (1964, zitiert durch Leppin, 2010)

	<b>Primärprävention</b>	<b>Sekundärprävention</b>	<b>Tertiärprävention</b>
<b>Interventionszeitpunkt</b>	Vor Eintreten der Krankheit	Im Frühstadium einer Krankheit	Nach Manifestation einer Krankheit
<b>Ziel</b>	Inzidenzverringering einer Krankheit	Vermindern einer Krankheitsausschreitung, verhindern einer Chronifizierung	Verhindern von Folgeschäden oder Rückfällen
<b>Adressaten</b>	Gesunde Personen, Personen ohne Symptomatik	Akutpatienten	Patienten mit chronischer Beeinträchtigung

Nimmt man das Beispiel der PTBS nach der Geburt, werden Frauen, welche Risikofaktoren für eine PTBS aufzeigen, durch eine diagnostische Massnahme, nämlich dem Screening, auf ein mögliches Vorhandensein einer PTBS-Symptomatik untersucht. So kann eine Krankheit erkannt werden, bevor die Frau für sich wahrnehmbare Symptome zeigt. Nach der Früherkennung der Krankheit kann deren Fortschreiten bis hin zu deren Chronifizierung durch therapeutische Massnahmen verhindert werden.

Es wird zwischen universellen und zielgruppenspezifischen Präventionsansätzen unterschieden. Beim universellen Präventionsansatz wird eine ganze Population gescreent, beim zielgruppenspezifischen Ansatz konzentriert sich das Screening auf Personen in einer Risikogruppe (Leppin, 2010). Leppin (2010) macht auf die positiven wie auch die negativen Seiten der Interventionen bei risikobezogenen Zielgruppen aufmerksam. Einerseits ist die Kosteneffektivität bei einer Intervention bei Hochrisikopatienten höher als bei bevölkerungsweiten Massnahmen, andererseits muss man den Labeling-Effekt, das heisst eine Stigmatisierung, in Kauf nehmen.

Im folgenden Abschnitt werden der Begriff Screening, dessen Nutzen sowie die Durchführung eines Screenings nach Raffle und Gray (2007) erläutert.

## **SCREENINGVERFAHREN**

Raffle und Gray (2007) definieren den Begriff Screening als das Testen von Personen auf eine Krankheit, deren Symptome die getestete Person noch nicht hat oder noch nicht erkannt hat. Screening hat aber auch das Ziel, das Krankheitsrisiko zu reduzieren, beziehungsweise der Person Informationen zum Risiko zu geben.

Da der Weg von einem gesunden Zustand zu einer schweren Erkrankung viele Teilabschnitte beinhaltet, passt das Screening ins Frühstadium einer Krankheit, um die Risikofaktoren und die Krankheit zu erkennen. Wie sich die Krankheit weiterentwickelt, ist sowohl von persönlichen, wie auch von Umweltfaktoren abhängig und kann durch das Screening nicht vorhergesagt werden (Raffle & Gray, 2007).

Wie gut ein Screening funktioniert, wird durch die Bewertung der Sensitivität, Spezifität, des positiven Vorhersagewertes und der Receiver Operating Characteristic-Kurve (ROC-Kurve) des Screening-Instrumentes erörtert (Raffle & Gray, 2007). Es gilt zu bedenken, dass sich auch bei den Personen mit negativem Testergebnis eine Krankheit entwickeln kann. Daher kann man bei einem negativem Screening-Resultat nie die Gewissheit geben, dass kein Risiko vorliegt (Raffle & Gray, 2007), denn eine Spezifität von 100% kann bei keinem Screening erreicht werden (Behrens & Langer, 2010).

Hebammen nehmen eine wichtige Funktion in der Früherkennung von Erkrankungen, unter Anderem auch in Form von Screening-Verfahren, ein, da sie oft eine beobach-

tende und unterstützende Rolle im Alltag der Mutter und deren Umfeld einnehmen (Salis, 2007). Auf die Hebammenarbeit wird im nachfolgenden Kapitel eingegangen.

### **3.5 Hebammenarbeit im Wochenbett**

Die Hebamme nimmt eine zentrale Rolle in der Betreuung und Begleitung einer Frau und deren Kind in der postpartalen Phase ein – dies bezieht sich sowohl auf die Betreuung auf somatischer als auch psychischer Ebene. Grundsätzlich ist die Postpartalzeit eine Phase, die an das ganze System hohe Anforderungen stellt. Die Eltern müssen in eine neue Rolle hineinwachsen, sie ist der Beginn einer Familie, bestehende Beziehungen werden neu definiert, der Tages- und Nachtrhythmus verändert sich und orientiert sich in erster Linie an den Bedürfnissen des Kindes (Geist, 2007). Die Begleitung durch eine Hebamme ist während dieser Zeit sinnvoll, um die Familienwerdung angemessen zu unterstützen und Sicherheit in der Phase des Übergangs zu vermitteln – unabhängig von der Art, wie die Frau die Geburt erlebt hat.

#### **BETREUUNG EINER WÖCHNERIN MIT PTBS**

Hat eine Frau die Geburt als traumatisch erlebt, gilt es für die Hebamme als „Notfallmassnahme“ in der ersten Zeit nach der Geburt für Ruhe, Schlaf, Beruhigung und Anwesenheit einer zugewandten Person zu sorgen (Bloemeke & Erfmann, 2007). Ein weiterer Betreuungsaspekt ist gemäss Bloemeke und Erfmann (2007) das Gespräch über das Geburtserlebnis, wobei jedoch vorsichtig vorgegangen werden muss, um eine Retraumatisierung zu vermeiden und natürliche Coping-Strategien nicht zu stören. Sie geben an, dass man vom Bedarf der Frau ausgehen soll, in dem man ihr ein offenes Ohr anbietet, jedoch nicht insistiert, wenn die Frau auf die Gesprächseinladung nicht – oder möglicherweise noch nicht – eingeht. Weiter wichtig ist die Förderung des Mutter-Kind-Kontaktes zur Unterstützung der Bindung, wobei jedoch darauf geachtet werden muss, dass im Falle einer PTBS Grenzen in der Interaktion zwischen Mutter und Kind bestehen (Bloemeke & Erfmann, 2007).

Es bestehen deutliche Grenzen der Hebammenarbeit in Bezug auf die Betreuung einer Wöchnerin mit PTBS. „Eine respektvolle und achtsame Begleitung ist zwar für alle Menschen heilsam, aber nicht für alle Krankheiten die ausreichend starke Medizin“ (Bloemeke & Erfmann, 2007, S. 238). Auch Salis (2007) gibt an, dass Wöchnerinnen mit einem traumatischen Geburtserlebnis an spezialisierte Fachpersonen überwiesen werden müssen, sofern die Symptome einer Traumatisierung nach einigen Wochen nicht abklingen. Sie betont jedoch, dass die Hebammen-Betreuung, die als eine Art Brücke zum normalen Leben verstanden werden kann, nach der Überweisung nicht abgebrochen werden sollte. Der Kontakt zur Hebamme ist insbesondere für die Rein-

tegration und die Wiederaufnahme eines normalisierten Alltages von grosser Bedeutung.

## **PRÄVENTIONSAUFTRAG DER HEBAMME**

Gemäss dem SHV (2005) ist die Aufgabe der Hebamme wie folgt definiert: „Die Arbeit der Hebamme umfasst präventive Massnahmen, die Förderung der normalen Geburt, das Erkennen von Komplikationen bei Mutter und Kind, die Gewährleistung notwendiger medizinischer Behandlung oder anderer angemessener Unterstützung sowie die Durchführung von Notfallmassnahmen. Die Hebamme hat eine wichtige Aufgabe in der Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung, nicht nur für Frauen, auch innerhalb der Familie und der Gesellschaft (...)“ (SHV, 2005). Hebammen haben dementsprechend per Definition ihres Berufes einen Präventions- und Gesundheitsförderungsauftrag.

Mit der Durchführung von Screenings, wie zum Beispiel dem Screening auf PTBS, erfüllt die Hebamme ihren Präventionsauftrag.

## **4 METHODEN**

Um Risikofaktoren darzustellen und geeignete Screening-Instrumente zu finden, wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Aktuelles Wissen aus der Forschung zu PTBS in der Geburtshilfe, möglichen Screening-Instrumenten, dem idealen Screening-Zeitpunkt sowie möglichen Handlungsempfehlungen für die geburtshilfliche Praxis wurden zusammengetragen. Das methodische Vorgehen ist im vorliegenden Kapitel beschrieben.

### **4.1 Such- und Auswahlstrategie**

Im Zeitraum zwischen April 2013 und Mai 2013 wurde die systematische Literatursuche elektronisch durchgeführt. Die dazu verwendeten Datenbanken waren Cochrane Library und PubMed. Nach Leitlinien wurden auf diversen offiziellen Websites von nationalen und internationalen Organisationen gesucht. Die folgenden Suchbegriffe ergaben sich aus den Fragestellungen der vorliegenden Arbeit und wurden zur Literaturrecherche verwendet: Posttraumatische Belastungsstörung, posttraumatic stress disorder, childbirth, delivery, screening instruments, postpartum psychological trauma, traumatic birth experience, pathway, midwifery, structured clinical interview for DSM-IV, symptome scale, diagnostic study, screening, prevention, measuring, goldstandard. Die Begriffe wurden einzeln oder in Kombination angewendet. Die Limitationen bei der

Suche beschränkten sich auf den Zeitraum von 2003 bis 2013, die Studien mussten auf Menschen bezogen sowie in den Sprachen Deutsch oder Englisch verfügbar sein.

Zur Eingrenzung der einbezogenen Literatur wurde zuerst eine Auswahl aufgrund der Titel, die zur Beantwortung der Fragestellung dienlich erschienen, getroffen. Anschließend wurden die Abstracts der ausgewählten Titeln auf die Eignung zur Beantwortung der Fragestellungen geprüft und entsprechend selektiert. Zur definitiven Auswahl der einbezogenen Literatur wurden die untenstehenden Ein- und Ausschlusskriterien berücksichtigt. Bei Meinungsverschiedenheiten wurde die Entscheidung aufgrund einer Gruppendiskussion getroffen.

### **EINSCHLUSSKRITERIEN**

Eingeschlossen in die Literatursuche wurden folgende Studientypen: systematische Literaturreviews, diagnostische Studien, quantitative Studien, randomisierte-kontrollierte Studien und qualitative Studien. Des Weiteren wurden auch Leitlinien eingeschlossen. Eingeschlossene Studienteilnehmende waren Frauen, die nach der Geburt eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelten oder anamnestische Risikofaktoren dafür aufwiesen. Ein weiteres Kriterium der Teilnehmenden war deren Merkmal Erläuterung in den Studien um eine Übertragbarkeit in das schweizerische Setting zu evaluieren. Die einbezogenen Studien wiesen Interventionen in Form von Risikoanalysen, Screening und Vergleiche von Screening- Instrumenten in Bezug auf PTBS auf. Als Ergebnisparameter galten: Risikofaktoren für eine PTBS in der postpartalen Phase, Zeitpunkt des Auftretens der PTBS, Symptomatik der PTBS, Verlauf der PTBS, Diagnostikmethoden, Anwendungszeitpunkt für Diagnostikmethoden.

### **AUSSCHLUSSKRITERIEN**

Ausgeschlossen wurden Studien, welche eine Analyse bezüglich der PPD oder anderen psychischen Erkrankungen durchführten. Ebenfalls ausgeschlossen wurden Studien, welche nicht das Vollbild einer PTBS miteinbezogen. Studien aus der systematischen Recherche, welche bereits in einem zur Literaturanalyse verwendeten Review eingeschlossen waren, wurden nicht mehr in die Analyse miteinbezogen. Zudem ausgeschlossen wurde Literatur, die sich auf ein spezifisches Ereignis als auslösender Faktor für eine PTBS konzentrierte (z.B. Frühgeburtlichkeit, Präeklampsie etc.) oder die Behandlung einer PTBS fokussierten.

Die Literaturangaben der relevanten Studien wurden auf weitere geeignete Studien, die noch nicht über eine Datenbank gefunden wurden, untersucht.



## 4.2 Analyse- und Synthesemethoden

Die ausgewählten Studien, Reviews und Leitlinien wurden anhand bestimmter Kriterien kritisch analysiert. Diese sind im vorliegenden Kapitel beschrieben.

### QUANTITATIVE STUDIEN

Quantitative Studien wurden nach Polit, Beck und Hungler (2010) sowie Kunz, Ollenschläger, Raspe, Jonitz und Kolkmann (2000) bewertet.

Bei der Analyse der quantitativen Studien wurden folgende Kriterien beurteilt: die *Fragestellung*, die angewendete *Methode* (Strukturierung, Quantifizierbarkeit, Auffälligkeit, Objektivität) sowie die Stichprobengrösse, Merkmale und die Homogenität der *Studienteilnehmenden*. Des Weiteren wurde betrachtet, welche *Interventionen* stattfanden, wie diese durch die Forschenden beschrieben wurden und zu welchen *Ergebnissen* sie führten. Hierbei wurde zudem darauf geachtet, wie gross das *Risiko für systematische Fehler* war. Dazu gehören Situationseinflüsse, Verzerrungen durch allgemeine oder persönliche Faktoren sowie Abweichungen in der Durchführung der Interventionen. Weiter beurteilt wurde, ob eine *randomisierte Zuteilung* (verdeckte Zuordnung, Verblindung) stattfand. Bei den Ergebnisdaten wurde die Glaubwürdigkeit anhand der Validität, Reliabilität, Objektivität und Stabilität eingeschätzt. *Fehlende Ergebnisdaten* mussten von Forschenden erklärt werden. Abschliessend wurde der *Nutzen der Ergebnisse für die Beantwortung der Fragestellung* der vorliegenden Arbeit evaluiert.

Die Evidenzstärke wurde in Grad I bis Grad IV nach dem Bewertungssystem für Studien der British Hypertension Society (zitiert durch AWMF & ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin [ÄZQ], 2001) eingeteilt.

### QUALITATIVE STUDIEN

Qualitative Studien wurden anhand der folgenden Kernkriterien nach Steinke (1999) beurteilt.

Mit einbezogen hierbei wurden die *Fragestellung*, die angewendete *Methode* sowie die *Merkmale der Studienteilnehmenden*. Zudem wurden die vorhandenen *Ergebnisse*, die *Diskussion* sowie die *Schlussfolgerungen* analysiert und beurteilt, zu welcher *Theoriebildung* diese führten. Folgende Kernkriterien wurden einbezogen: *intersubjektive Nachvollziehbarkeit* (Transparenz der Dokumentation für den Leser), *Indikation der Methode* (Angemessenheit des Studiendesigns), *empirische Verankerung* (Zusammenhang zwischen Theorie und Empirie), *Limitationen* (Grenzen der Verallgemeinerbarkeit der entwickelten Theorie), *reflektierte Subjektivität der Forschenden*, *Kohärenz* (Bearbeiten von widersprüchlichen Daten und Interpretationen) und *Relevanz* bezüg-

lich Fragestellung und der entwickelten Theorie. Abschliessend wurde beurteilt, inwiefern die *Ergebnisse einen Nutzen* für die vorliegende Arbeit haben.

### **DIAGNOSTISCHE STUDIEN**

Diagnostische Studien wurden nach Behrens und Langer (2010) kritisch gewürdigt. Die *Glaubwürdigkeit* der Ergebnisse wurde anhand des Vergleichs mit einem Goldstandard, der detaillierten Beschreibung der Testmethodik und der Doppelverblindung eingeschätzt. Zudem wurde die *Übertragbarkeit* auf das klinische Setting sowie der Ausschlusses einer verification bias geprüft. Um die Aussagekraft der Ergebnisse zu bewerten, mussten die Kenngrössen *Sensitivität, Spezifität, PPW und NPW* sowie die *Prävalenz* angegeben sein. Zudem musste eine Definition vorliegen, welcher Zustand als normal beziehungsweise krank gilt.

Das Evidenzniveau diagnostischer Studien wurde nach Grad I bis Grad VI nach dem Bewertungssystem der Canadian Hypertension Society (zitiert durch AWMF & ÄZQ, 2001) eingeteilt.

### **SYSTEMATISCHE LITERATURREVIEWS**

Die Kriterien zur Würdigung systematischer Reviews wurden nach Behrens und Langer (2010) verwendet. Die *Fragestellungen* der Reviews wurden auf ihre klare Formulierung und die thematische Eingrenzung überprüft. *Ein- und Ausschlusskriterien* mussten aufgeführt und angemessen sein, um einen subjektiven Einfluss der Untersucher aus zu schliessen. Hierbei wurde insbesondere auf die Patientengruppe, die Interventionen, das Ergebnismass sowie methodologische Kriterien geachtet. Es wurde geprüft, ob alle *relevanten Studien* in verschiedenen Datenbanken und mittels Handsuche gesucht und eingeschlossen wurden. Die *Qualität und Ähnlichkeit der eingeschlossenen Studien* mussten aufgeführt und vorhanden sein, da sie auf die *Glaubwürdigkeit* des Reviews schliessen lassen. Zudem musste die *Beurteilung der eingeschlossenen Literatur nachvollziehbar* sein. Je mehr die *Überstimmung der Forscher* bezüglich dieser Beurteilung gegeben war, desto reliabler war das verwendete Beurteilungsinstrument. Bei der Beurteilung der *Ergebnisse* wurde deren Wichtigkeit, Präzision, Signifikanz und *Übertragbarkeit in die Praxis* geprüft. Eine *Abwägung von Nutzen und Risiken* der Intervention wurde betrachtet. Abschliessend wurde die *Nützlichkeit der Ergebnisse für die Fragestellung* der vorliegenden Arbeit eingeschätzt.

Das Evidenzniveau der Reviews wurde in Grad I bis Grad V nach dem Bewertungssystem der Canadian Hypertension Society (zitiert durch AWMF & ÄZQ, 2001) eingeteilt.

## LEITLINIEN

Die Leitlinien wurden mit Hilfe des deutschen Leitlinienbewertungssystems (DELBI) nach AWMF und ÄZQ (2008) analysiert. Folgende Kriterien wurden bewertet: in Bezug auf den *Geltungsbereich und Zweck* wurde die differenzierte Beschreibung des Gesamtzieles, der medizinischen Fragen und der Zielgruppe der Leitlinie beurteilt. Der Bereich *Beteiligung von Interessengruppen* bezog sich darauf, wie die Leitlinie die Sicht der Anwender- und Zielgruppe widerspiegelt. Bei der *methodologischen Exaktheit der Leitlinien-Entwicklung* wurden das Verfahren der Evidenz-Sammlung und -auswahl sowie die Methode der Formulierung, Begutachtung und Aktualisierung der Empfehlungen beurteilt. Bei der Verwendung bereits existierender Leitlinien wurde beurteilt, wie Suche, Auswahl sowie Bewertung der Quelleitlinie erfolgte. Die *Klarheit und Gestaltung* bezieht sich auf die Verständlichkeit und das Format der Leitlinie. Das Kriterium *generelle Anwendbarkeit* prüft die Auswirkung der angewendeten Leitlinie in Bezug auf Organisation, Verhalten und Kosten. Durch die *redaktionelle Unabhängigkeit* wurden die Unabhängigkeit der Empfehlungen und die Offenlegung möglicher Interessenkonflikte der Entwicklergruppe differenziert. Mit dem Kriterium *Anwendbarkeit im Gesundheitssystem* wurde geprüft, inwieweit Qualitätskriterien des schweizerischen Settings mit einbezogen wurden und praktisch implementierbar sind.

Das Evidenzniveau der Leitlinien wurde anhand der Evidenzgrade A bis C nach Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) (zitiert durch AWMF & ÄZQ, 2001) bestimmt.

## SYNTHESEMETHODE

Nach der Literaturanalyse wurden die Ergebnisse zusammengetragen. In einem ersten Schritt wurden die für die Fragestellungen relevanten Ergebnisse der analysierten Literatur herausgefiltert und zusammengetragen. Anschliessend wurden die Ergebnisse nach folgenden Themen geordnet: antepartale Risikofaktoren, intrapartale Risikofaktoren, postpartale Risikofaktoren, Zeitpunkt des Screenings, Umstände des Screenings und Screening-Instrumente. Zur Übersicht der relevanten Ergebnisse wurden Tabellen erstellt.

## ETHIK

Gemäss Polit, Beck und Hungler (2010) gibt es drei primäre Grundsätze, auf denen das ethische Vorgehen in der Forschung beruht. Das *Prinzip des Nutzens* beinhaltet folgende Dimensionen: Nicht-Schaden, keine Benachteiligung der Teilnehmenden sowie das Abwägen des Risiko-Nutzen-Verhältnisses. Das zweite Prinzip zeigt sich in der *Achtung vor der Würde des Menschen* mit den Dimensionen des Rechts auf Selbstbe-

stimmung, Recht auf umfassende Information und die daraus resultierende informierte Zustimmung. Das dritte Prinzip basiert auf der *Gerechtigkeit* und enthält die Aspekte Recht auf faire Behandlung und Recht auf Privatsphäre.

Zu bedenken gilt, dass Schwangere, Föten oder Kinder als vulnerable Gruppe in der Forschung gelten und somit einer erhöhten körperlichen und psychischen Gefährdung ausgesetzt sind. Dasselbe gilt für psychisch erkrankte Menschen. In diesen Gruppen gilt es gemäss Polit, Beck und Hungler (2010) besonders über Gefahren und Vorteile einer Teilnahme abzuwägen und die informierte Wahl zu gewährleisten.

## 5 ERGEBNISSE

Die durch die Literaturrecherche und -analyse ausgearbeiteten Ergebnisse sind im vorliegenden Kapitel aufgeführt. Der Fokus hierbei liegt auf den Ergebnissen, die zur Beantwortung der Fragestellungen dienen.

Eine Zusammenfassung der Literaturrecherche-Ergebnisse ist in der Abbildung 3 aufgezeigt. Die vollständig aufgeführte Literaturrecherche sowie die Analyseraster sind in den Tabellen im Anhang (siehe Kapitel 12.3 ff.) ersichtlich.

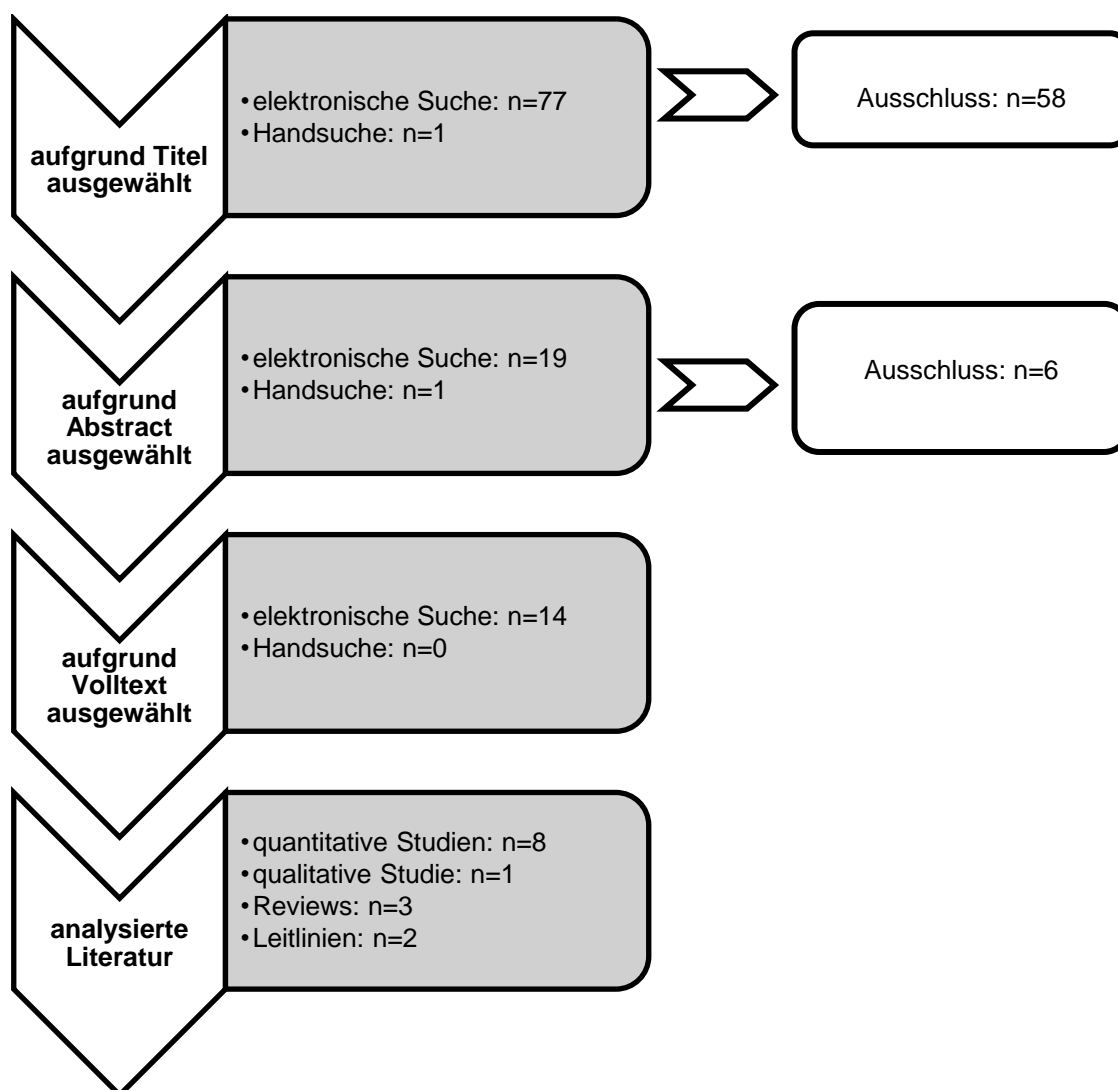


Abbildung 3: Literatursuche

Aufgrund des Titels wurden insgesamt 78 Studien oder Reviews eingeschlossen. Nach dem Abstract-Studium kam es zum Einschluss von 20 Titeln und zum Ausschluss von 58 Titeln. Gründe für den Ausschluss nach der Abstract-Überprüfung waren folgende:

- Literatur vermochte die Fragestellung nicht zu beantworten, da der Fokus auf der Behandlung einer PTBS lag oder sich lediglich auf die Schwangerschaft beziehungsweise auf eine Folgeschwangerschaft bezog.
- Literatur enthielt Elemente der definierten Ausschlusskriterien. Häufig kam es zum Ausschluss aufgrund nicht-westlichen Settings oder wenn der Fokus der Ergebnisse auf der postpartalen Depression (PPD) lag und die PTBS nur eine sekundäre Rolle spielte. Zudem wurden Studien, welche spezifische Auslöser einer PTBS, wie zum Beispiel Frühgeburt oder Präeklampsie untersuchten, ausgeschlossen.
- Studien, die in einem bereits eingeschlossenen Review einbezogen wurden, wurden ebenfalls ausgeschlossen.

Die in der Tabelle 3 dargestellte Literatur wurde nach dem Volltextstudium in die vorliegende Literaturreview eingeschlossen und analysiert. Es handelt sich dabei um acht quantitative Studien, eine qualitative Studie, drei Reviews und zwei Leitlinien.

Die aufgeführte Literatur in der Tabelle 4 wurde nach dem Volltextstudium ausgeschlossen, die Begründungen dazu sind in der Tabelle ersichtlich.

Tabelle 3: eingeschlossene Literatur

AUTORENSCHAFT	METHODE	ZIEL
Andersen et al. (2012)	Systematische Literaturreview	Herausarbeitung von Risikofaktoren, die die Wahrscheinlichkeit einer PTBS-Entwicklung bei Frauen nach einer Lebendgeburt erhöhen.
Olde et al. (2005)	Systematische Literaturreview	Aufzeigen von Prävalenz und Risikofaktoren für PTBS bei Müttern nach einer erfolgreichen Geburt.
Rose et al. (2009)	Systematische Literaturreview	Evaluation der Effektivität eines kurzen psychologischen „Debriefings“ als Management von psychologischem Distress nach einem Trauma zur PTBS-Prävention.
Ayers (2007)	Qualitative Interviews	Aufzeigen von Gedanken und Gefühlen, die mit einer PTBS-Entwicklung im Zusammenhang stehen.
Ayers & Harris (2012)	Querschnittumfrage	Aufzeigen von „hotspots“ während der Geburt, sowie Emotionen und Gedanken der Frauen unter der Geburt. Evaluation des Zusammenhanges von „hotspots“ und PTBS-Entwicklung.
Beck et al. (2011)	Longitudinalstudie mit follow-up-Survey	Aufzeigen der Prävalenz einer PTBS, sowie eines erhöhten Symptomlevels postpartum und Evaluation von Faktoren, die damit im Zusammenhang stehen.
Dell'Osso et al. (2009)	Diagnostische Studie mit Kontrollgruppe ohne Vergleich zum Goldstandard	Prüfung der Reliabilität des TALS-SR (self-report) im Vergleich zum SCI-TALS (Interview).
Quintana et al. (2012)	Diagnostische Studie mit Vergleich zum Goldstandard SCID	Prüfung der Validität des PTBS-Abschnittes im brasilianischen CIDI sowie Ursachenforschung zur Uneinigkeit der Diagnoseklassifikationssysteme ICD 10 und DSM-IV.
Spies et al. (2009)	Diagnostische Studie mit Vergleich zum Goldstandard SCID	Prüfung der Spezifität und Sensitivität des K-10 (Fragebogen) im Vergleich zum Goldstandard SCID.
Stramrood et al. (2009)	Querschnitt-Vergleichsstudie von zwei Screening-Instrumenten ohne Vergleich zum Goldstandard	Vergleich der beiden Screening-Instrumente TES-B und PSS-SR zur Messung der PTBS-Entwicklung nach der Geburt.
Verreault et al. (2012)	Beobachtungsstudie	Messung der Inzidenz einer PTBS einen, drei und sechs Monate nach der Geburt sowie Aufzeigen von Risikofaktoren, die mit einer PTBS-Entwicklung im Zusammenhang stehen.
Flatten et al. (2011)	Leitlinie	Herausarbeiten einer klinischen Leitlinie für Fachpersonen zur Behandlung und Betreuung von Menschen mit PTBS.
NICE (2005)	Leitlinie	Herausarbeiten einer klinischen Leitlinie für Fachpersonen zur Behandlung und Betreuung von Menschen mit PTBS.

Tabelle 4: ausgeschlossene Literatur

AUTORENSCHAFT	METHODE / ZIEL	GRUND FÜR AUSSCHLUSS
Fairbrother & Woody (2007)	Prospektives Studiendesign zur Aufdeckung von Prädiktoren für PTBS- und Depressions-Symptomen nach der Geburt	Fokus ist zu stark auf der postpartalen Depression und der Angst vor der Geburt als Prädiktor.
Gamble et al. (2005)	Kontrollstudie, mit dem Ziel, Auswirkungen eines hebammengeleiteten kurzen Beratungsgesprächs als Intervention bei Wöchnerinnen mit Risiken für auftretende Traumasymptome, zu prüfen	Fokus liegt auf dem Beratungsgespräch, das Screening wird hierbei ausser Acht gelassen.
Lapp et al. (2010)	Literaturreview zur Beschreibung der Effekte von therapeutischen Interventionen bei PTBS nach der Geburt	Fokus liegt auf Behandlung und therapeutischen Interventionen.
Meltzer-Brody et al. (2004)	Querschnitt-Umfrage mit folgenden Zielen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prävalenz von Frauen mit traumatischer Geschichte im gynäkologischen Routineuntersuchungen erfassen</li> <li>- Evaluation eines Fragebogens als Screening-Instrument für PTBS bei Frauen mit einer vorhandenen Trauma-Geschichte</li> </ul>	Bezieht sich auf das Screening einer bereits vorhandenen Trauma-Geschichte in Form einer PTBS, um Frauen, die in die gynäkologischen Routine-Untersuchungen kommen und traumatische Ereignisse in der Vergangenheit erlebten, zu identifizieren.
Nyberg et al. (2010)	Qualitative Studie mit dem Ziel, Erfahrungen von Hebammen bei der Unterstützung von Frauen mit PTBS nach der Geburt zu beschreiben	Zeigt die Wichtigkeit der PTBS für Hebammen auf, Screening oder Risikofaktoren werden jedoch nicht mit einbezogen.
Scher et al. (2007)	Diagnostische Studie zum Vergleich eines Interviews und dem self-report als Screening-Instrumente für PTBS.	Fokus des Vergleichs von Interview und self-report liegt auf den drei untersuchten Gruppen mit unterschiedlichen Traumaursachen (kürzlicher Missbrauch, Vergewaltigungsoffer unter Therapie und Opfer von häuslicher Gewalt). Übertragbarkeit auf geburtshilfliches Setting zu stark eingeschränkt.



Die eingeschlossene Literatur wurde auf ihre Stärken und Schwächen geprüft, ein Evidenzniveau wurde bestimmt. Die Stärken und Schwächen der eingeschlossenen Literatur sind in Tabelle 5 zusammengefasst. Häufige Stärken der eingeschlossenen Literaturreviews waren die angemessenen Ein- und Ausschlusskriterien, wodurch alle relevanten Studien einbezogen werden konnten. Die Nachvollziehbarkeit der Literaturanalyse in den Reviews von Andersen et al. (2012) und Rose et al. (2009) ist im Gegensatz zu Olde et al. (2005) gegeben. Schwächen zeigten sich in der Heterogenität der eingeschlossenen Studien bei Andersen et al. (2012) und Rose et al. (2009). Hierbei gilt zu beachten, dass aufgrund der eingeschränkten Verfügbarkeit von Studien über PTBS in der Postpartalzeit eine Homogenität der Studien nicht möglich war. Andersen et al. (2012) und Rose et al. (2009) weisen ein Evidenzlevel I, Olde et al. (2005) ein Evidenzlevel II nach Canadian Hypertension Society (zitiert durch AWMF & ÄZQ, 2001) auf.

Eingeschlossene quantitative Studien wiesen eine hohe Reliabilität, Validität (Beck et al., 2011; Verreault et al., 2012) und Objektivität (Beck et al., 2011; Verreault et al., 2012; Stramrood et al., 2009; Ayers & Harris, 2012) in ihren Ergebnissen auf. Die Reliabilität zeigte sich bei der Studie von Ayers und Harris (2012) als Schwäche. Die Übertragbarkeit auf alle Frauen im gebärfähigen Alter ist bei Verreault et al. (2012) eingeschränkt, da der Bildungsstatus der Stichprobe im Vergleich zur Population überdurchschnittlich hoch war. Die Studien von Stramrood et al. (2009) und Beck et al. (2011) wurden nicht durch eine Ethikkommission geprüft und es ist ungewiss, inwiefern die Frauen über die Teilnahme und deren Konsequenzen informiert wurden. Ethisch fragwürdig ist das Ungleichgewicht von Nutzen und Risiken für die Studienteilnehmenden der Studie von Ayers und Harris (2012). Die erwähnten quantitativen Studien wiesen alle eine Evidenzstärke Grad III nach British Hypertension Society (zitiert durch AWMF & ÄZQ, 2001) auf.

Aufgrund der wenig verfügbaren Datenlage mussten die Einschlusskriterien in Bezug auf diagnostische Studien zu Screening-Instrumenten nach der Geburt erweitert werden. Deshalb wurden auch Studien mit einer Stichprobe aus Männern und Frauen, die aus der allgemeinen PTBS-Forschung stammten und nicht auf einen spezifischen, auslösenden Faktor fokussierten, einbezogen. Die diagnostischen Studien wiesen Stärken im methodologischen Vorgehen sowie bei der Einhaltung der ethischen Prinzipien auf (Quintana et al., 2012; Spies et al., 2009; Dell'Osso et al., 2009). Schwächen zeigten sich bei der Übertragbarkeit auf die Gesamtpopulation aufgrund der kleinen Stichproben der Studien. Hierbei gilt zu beachten, dass durch die kleine Inzidenz einer PTBS grössere Stichprobenzahlen nicht erreicht werden können. Die Validität von Dell'Osso

et al. (2009) ist durch das Fehlen von Informationen über Kenngrößen und den fehlenden Vergleich zum Goldstandard eingeschränkt. Quintana et al. (2012) und Spies et al. (2009) wiesen ein Evidenzlevel II, Dell’Osso et al. (2009) ein Evidenzlevel IV nach Canadian Hypertension Society (zitiert durch AWMF & ÄZQ, 2001) auf. Bei der qualitativen Studie von Ayers (2007) liegen die Stärken im gewählten Forschungsdesign und im methodologischen Vorgehen, Schwächen zeigen sich in der unreflektierten Subjektivität der Forschenden sowie im wenig beschriebenen Transkriptionsverfahren.

Stärken der Leitlinien zeigen sich in der Beteiligung von Experten aus Fachgesellschaften, im methodologischen Vorgehen bei der Entwicklung und in der übersichtlichen Gestaltung (Flatten et al., 2011; NICE, 2005). Bei der Leitlinie von Flatten et al. (2011) zeigt sich die Schwäche, dass Patienten- oder Anwendergruppen nicht in die Entwicklung einbezogen wurden. Bei beiden Leitlinien steigen durch deren Anwendung die Kosten für trauma-spezifische Weiterbildungen. Die Leitlinien weisen ein Evidenzniveau A nach AHCPR (zitiert durch AWMF & ÄZQ, 2001) auf.

Tabelle 5: Übersicht von Stärken und Schwächen der eingeschlossenen Literatur

AUTORENSCHAFT	STÄRKEN	SCHWÄCHEN	EVIDENZNIVEAU
Andersen et al. (2012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Angemessene Ein- und Ausschlusskriterien</li> <li>- Relevante Studien eingeschlossen</li> <li>- Einteilung der Ergebnisse in Abhängigkeit von der Qualität der Studien</li> <li>- Beurteilungskriterien nachvollziehbar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Heterogenität der eingeschlossenen Studien in Bezug auf Methoden und Qualität</li> <li>- Übereinstimmung der Forschenden bezüglich der Studienqualitätsbewertung unbekannt</li> <li>- Schlussfolgerungen in Diskussion eingeschlossen, daher unübersichtlicher</li> </ul>	Level I (AWMF & ÄZQ, 2001)
Ayers (2007)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forschungsdesign und methodologisches Vorgehen</li> <li>- Studienteilnehmende in 2 Gruppen (mit bzw. ohne PTBS) aufgeteilt und untereinander verglichen</li> <li>- Meinung von zweiter Forschungsperson einbezogen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transkriptionsverfahren wenig beschrieben</li> <li>- Begriff „traumatisches Geburtserlebnis“ wurde nicht anhand des Kriteriums A nach DSM-IV definiert.</li> <li>- Subjektivität wurde nicht reflektiert</li> <li>- Theoriebildung aus den Ergebnissen nicht möglich (Kausalität der PTBS kann nicht geklärt werden)</li> </ul>	- (qualitatives Design)
Ayers & Harris (2012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forschungsdesign und methodologisches Vorgehen</li> <li>- Validität des Fragebogens</li> <li>- Objektivität der Datenauswertung, Ergebnisse sind quantifizierbar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reliabilität: Internetumfrage, Fragen nach subjektivem Empfinden</li> <li>- Ethik: Nutzen für Studienteilnehmende unklar, Risiko- Nutzen-Verhältnis nicht ausgeglichen (Traumakonfrontation über Internetumfrage)</li> </ul>	Evidenzstärke Grad III (AWMF & ÄZQ, 2001)
Beck et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Übertragbarkeit auf Frauen im gebärfähigen Alter</li> <li>- Reliabilität und Validität der benutzten Instrumente in früheren Studien bestätigt, Kenngrößen genannt</li> <li>- Objektivität bei der Datenanalyse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Möglichkeit der Retraumatisierung nicht berücksichtigt</li> <li>- Objektivität: Keine Angaben über Interviewer</li> <li>- Berücksichtigung der ethischen Prinzipien ungewiss, keine Ethikkommission einbezogen, Durchführung von informed consent nicht transparent</li> </ul>	Evidenzstärke Grad III (AWMF & ÄZQ, 2001)
Dell'Osso et al. (2009)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forschungsdesign und methodologisches Vorgehen</li> <li>- Objektivität und Reliabilität der verwendeten Instrumente</li> <li>- Ethische Prinzipien berücksichtigt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kleine Stichprobe</li> <li>- Validität: Fehlende Daten über Kenngrößen des Instrumentes</li> <li>- Fehlende Angaben über Vergleich zum Goldstandard</li> </ul>	Evidenzlevel IV (AWMF & ÄZQ, 2001)
Flatten et al. (2011)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beteiligung von Experten aus vielen verschiedenen Fachgesellschaften</li> <li>- Empfehlungen im Konsensus-Verfahren von Experten diskutiert, Zustimmung von &gt;95% der Experten</li> <li>- Übersichtliche formelle Gestaltung</li> <li>- Übertragbarkeit und Anwendbarkeit in Praxis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patienten- oder Anwendergruppen wurden nicht in die Entwicklung der Leitlinie einbezogen</li> <li>- Kosten für traumaspezifische Fort- und Weiterbildungen steigen an, da die Leitlinie diese für Anwender voraussetzt</li> </ul>	Evidenzniveau A (AWMF & ÄZQ, 2001)
NICE (2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beteiligung von Fachpersonen und Patientenvertretern</li> <li>- Vernehmlassung der ersten Fassung durch Stakeholder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kosten steigen für Anwender der Leitlinie an, da diese entsprechende Weiterbildungen voraussetzt</li> <li>- Überarbeitung der Leitlinie erfolgte nicht wie geplant nach 3 Jahren</li> </ul>	Evidenzniveau A (AWMF & ÄZQ, 2001)

AUTORENSCHAFT	STÄRKEN	SCHWÄCHEN	EVIDENZNIVEAU
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Empfehlungen zur Implementierung</li> <li>- Übersichtliche, gut verständliche Gestaltung der Leitlinie</li> </ul>		
Olde et al. (2005)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- angemessene Ein- und Ausschlusskriterien</li> <li>- relevante Studien einbezogen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kritische Würdigung der einbezogenen Literatur nicht nachvollziehbar, da keine Kriterien genannt</li> <li>- Quantifizierung und Gewichtung der Ergebnisse nicht vorhanden</li> </ul>	Evidenzlevel II (AWMF & ÄZQ, 2001)
Quintana et al. (2012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kenngrößen des Screening-Instrumentes angegeben</li> <li>- Verblindung der Interviewer bezüglich Diagnose</li> <li>- Studiendesign und methodologisches Vorgehen</li> <li>- Ethische Prinzipien berücksichtigt</li> <li>- Validität und Reliabilität</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kleine Stichprobenzahl</li> <li>- Co- Morbiditäten bei den Teilnehmenden nicht berücksichtigt, mögliche Verzerrung</li> </ul>	Evidenzlevel II (AWMF & ÄZQ, 2001)
Rose et al. (2009)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Angemessene Ein- und Ausschlusskriterien</li> <li>- Relevante Studien einbezogen, nur homogene Studien in Ergebnisteil einbezogen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Statistische Homogenität konnte nicht nachgewiesen werden – Vergleich beeinträchtigt</li> </ul>	Evidenzlevel I (AWMF & ÄZQ, 2001)
Spies et al. (2009)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Methodologisches Vorgehen</li> <li>- Anpassung der Screening-Instrumente (Sprache)</li> <li>- Analytisches Vorgehen</li> <li>- Validität, Reliabilität: Vergleich zum Goldstandard, Kenngrößen angegeben, Definitionen geklärt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Objektivität: SCID durch den immer selben Interviewer</li> <li>- Übertragbarkeit auf alle Schwangeren oder auf Frauen im Allgemeinen ungewiss</li> </ul>	Evidenzlevel II (AWMF & ÄZQ, 2001)
Stramrood et al. (2009)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Objektivität: Kritisches Hinterfragen ihrer Ergebnisse, Verblindung, Computeranalyse</li> <li>- Methodologisches und analytisches Vorgehen</li> <li>- Übertragbarkeit: grosse Stichprobenzahl</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einhaltung der ethischen Prinzipien fragwürdig</li> </ul>	Evidenzstärke Grad III (AWMF & ÄZQ, 2001)
Verreault et al. (2012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Validität: Definitionen angegeben, Datenerhebung erfolgte mittels definiertem Goldstandard</li> <li>- Reliabilität der verwendeten Instrumente aus früheren Studien bestätigt</li> <li>- Methodologisches Vorgehen</li> <li>- Datenanalyse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Validität: Kenngrößen des Instrumentes MPSS-SR werden bis auf den PPW nicht angegeben</li> <li>- Übertragbarkeit auf alle Frauen eingeschränkt, da Stichprobe eher hoher Bildungsstatus hatte</li> </ul>	Evidenzstärke Grad III (AWMF & ÄZQ, 2001)

Aufgrund der beschriebenen Synthesemethode wurden die relevanten Ergebnisse zu Risikofaktoren und Screening-Instrumenten sowie dem präventiv sinnvollen Zeitpunkt zusammengetragen.

Andersen et al. (2012) und Olde et al. (2005) untersuchten mittels systematischer Literaturreview Risikofaktoren, die die Wahrscheinlichkeit einer PTBS-Erkrankung nach der Geburt erhöhen. Olde et al. (2005) untersuchte hierbei zusätzlich die Prävalenz einer PTBS post partum (p.p). Rose et al. (2009) evaluierten die Effektivität eines kurzen psychologischen „Debriefings“ als Management zur PTBS-Prävention nach einem Trauma.

Ayers und Harris (2012) untersuchten mittels Querschnittumfrage Ereignisse unter der Geburt (sogenannte „hotspots“), Emotionen und Gedanken währenddessen sowie deren Zusammenhang mit einer PTBS-Entwicklung. Beck et al. (2011) untersuchten in einer Longitudinalstudie mit follow-up-Survey die Prävalenz einer PTBS und eines erhöhten Symptomlevels sowie Faktoren, die einen signifikanten Zusammenhang damit aufweisen. Dell’Osso et al. (2009) untersuchten in einer diagnostischen Studie das Instrument Trauma and Loss Spectrum Self Report (TALS-SR) im Vergleich zum Structured Clinical Interview for Trauma and Loss Spectrum (SCI-TALS). Quintana et al. (2012) führten ebenfalls eine diagnostische Studie durch, um Kennzahlen zum PTBS-Abschnitt im brasilianischen Instrument Composite International Diagnostic Interview (CIDI) zu evaluieren sowie Uneinigkeiten der Diagnoseklassifikationssysteme ICD 10 und DSM-IV aufzuzeigen. Spies et al. (2009) erörterten in ihrer diagnostischen Studie Kennzahlen des Instruments K-10 im Vergleich zum Goldstandard Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID). Stramrood et al. (2009) verglichen in einer Querschnittvergleichsstudie die zwei Screening-Instrumente Traumatic Event Scale-B (TES-B) und PTSD Symptome Scale- Self Report (PSS-SR). Verreault et al. (2012) zeigen in ihrer Beobachtungsstudie die Inzidenz einer PTBS zu verschiedenen Zeitpunkten p.p. sowie mögliche Risikofaktoren auf.

Ayers (2007) evaluierte mittels qualitativer Interviews Gedanken und Gefühle, die im Zusammenhang mit einer PTBS-Erkrankung stehen.

Bei den einbezogenen Leitlinien handelt es sich um klinische Empfehlungen von Fachgesellschaften an Fachpersonen.

Die Ergebnisse der beschriebenen Reviews, Studien und Leitlinien werden in den Übersichtstabellen 6 bis 9 dargestellt und in den nachfolgenden Kapiteln (siehe 5.1 und 5.2) zusammenfassend beschrieben.

Für die Übersichtstabellen gelten folgende statistische Richtwerte:

- AUC: 50-70% = wenig Präzision, 70-90% = brauchbare Screening-Skala, >90% = hoch-präzises Screening-Instrument
- Cohen's d: 0.20 = small effect size, 0.50 = medium effect size, 0.80 = large effect size
- Cohen's Kappa (k): <0.20 = wenig bis keine Übereinstimmung, 0.21-0.40 = leichte Übereinstimmung, 0.41-0.60 = mittelmässige Übereinstimmung, 0.61-0.80 = beachtliche Übereinstimmung, 0.81-1 = vollkommene Übereinstimmung
- Cronbach's Alpha: >0.9 = exzellent, >0.8 = gut, >0.7 = akzeptabel, >0.6 = fragwürdig, >0.5 = schlecht, <0.5 = inakzeptabel
- Pearson's r: -1/+1 = vollständig positiver bzw. negativer linearer Zusammenhang, 0 = kein linearer Zusammenhang

Tabelle 6: Übersicht der Ergebnisse aus systematischen Literaturreviews

AUTORENSCHAFT / METHODE	FRAGESTELLUNG	EINGESCHLOSSENE STUDIEN	RELEVANTE ERGEBNISSE
Andersen et al. (2012) systematische Literaturreview	Welche Risiken erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer PTBS-Entwicklung bei Frauen nach einer Lebendgeburt?	27 Beobachtungsstudien (Quer- und Längsschnitt-Designs)  Je besser die Qualität der eingeschlossenen Studie, umso höhere Punktzahl wurde für die identifizierten Risikofaktoren vergeben, somit konnte ein Rating der Risikofaktoren anhand der Punkten erfolgen.	<p><b>Stark unterstützte Risikofaktoren:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Subjektiver Distress während der Geburt (negative Gefühle, Kontrollverlust, Dissoziation, Geburtsschmerz, Angst), unterstützt mit 54 Punkten</li> <li>- Geburtshilfliche Notfälle, unterstützt mit 47 Punkten</li> </ul> <p><b>Mittelmässig unterstützte Risikofaktoren:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Andere geburtshilfliche Faktoren (Komplikationen in SS, elektive Sectio, mütterliche Komplikationen während oder nach der Geburt) (unterstützt mit 29 Punkten)</li> <li>- Kindliche Komplikationen (unterstützt mit 29 Punkten)</li> <li>- Psychische Probleme in der SS (unterstützt mit 28 Punkten)</li> <li>- Psychosoziale Faktoren (vorgängige Probleme der mentalen Gesundheit, tiefes Kohärenzgefühl, negative Erinnerungen aus der SS) (unterstützt mit 27 Punkten)</li> <li>- Wenig Unterstützung (Personal oder Partner) (unterstützt mit 26 Punkten)</li> <li>- Vorherige psychologische Traumata oder sexueller Missbrauch (unterstützt mit 24 Punkten)</li> </ul> <p><b>Faktoren, ohne Auswirkung auf PTBS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychosoziale Faktoren (Parität, ungeplante SS, tiefer sozio-ökonomischer Status)</li> </ul>

AUTORENSCHAFT / METHODE	FRAGESTELLUNG	EINGESCHLOSSENE STUDIEN	RELEVANTE ERGEBNISSE
			(unterstützt mit -1 Punkt) - Geburtshilffliche Faktoren (Geburtsdauer, Episiotomie, Geb.-Verletzungen) (unterstützt mit -2 Punkten)
Olde et al. (2005) systematische Literaturreview	Welche Prävalenz und Risikofaktoren zeigen sich bei Müttern nach einer erfolgreichen Geburt?	5 Fallstudien, 11 quantitative Studien, 2 qualitative Studien und eine Studie mit integriertem Design (quali- und quantitativ)	<b>Antenatale Risikofaktoren:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- psychische Erkrankungen in der Anamnese</li> <li>- vorherige traumatische Geburtserlebnisse</li> <li>- Ängstlichkeit</li> </ul> <b>Perinatale Risikofaktoren:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gefühl von wenig Kontrolle über das Geschehen</li> <li>- Gefühl des Kontrollverlustes</li> <li>- Intensiver emotionaler Distress</li> <li>- Wenig Unterstützung vom Partner oder von der Betreuungsperson</li> <li>- Geburtshilffliche Interventionen: vaginal-operative Entbindungen, Episiotomie, Notfall-Sectio, elektive Sectio</li> </ul> <b>Postpartale Risikofaktoren:</b> keine bekannt
Rose et al. (2009) systematische Literaturreview	Wie effektiv ist ein kurzes, psychologisches „Debriefing“ als Management von psychologischem Distress nach einem Trauma als Prävention einer PTBS-Entwicklung?	14 randomisierte Studien, 1 quasi-randomisierte Studie	Es besteht keine Evidenz, dass ein „Debriefing“ das Risiko einer PTBS-Entwicklung senkt, der angewendete Impact of Event Scale zur Erkennung von PTBS-Symptomen wird zu keinem Zeitpunkt durch die Anwendung eines „Debriefing“ gesenkt.

Tabelle 7: Übersicht der Ergebnisse aus quantitativen Studien

AUTORENSCHAFT / METHODE	FRAGESTELLUNG	STICHPROBE	INTERVENTION	RELEVANTE ERGEBNISSE
Ayers & Harris (2012)  Querschnitt-Umfrage	1. Erleben Frauen unter der Geburt ‚hotspots‘ und um welche Ereignisse handelt es sich? 2. Welche Ereignisse, Emotionen und Gedanken erhöhten die Wahrscheinlichkeiten einer PTBS?	n=675  Frauen zwischen 19 und 66 Jahren, die von sich aus angaben, dass sie eine traumatische Geburt erlebten.	Querschnitt-Umfrage via Internet	453 Frauen (67.4% aller Studienteilnehmenden) gaben mind. 1 erlebten ‚hotspot‘ an.  <b>Themen der „hotspots“:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Interpersonelle Schwierigkeiten (36.6%)</li> <li>- Geburtshilfliche Ereignisse &amp; Schmerz (36%)</li> <li>- Ereignisse in Bezug auf das Kind (27%)</li> </ul> <b>Zusammenhänge „hotspots“, Gedanken, Emotionen und Wiedererleben:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frauen, die einen „hotspot“ in der Kategorie „interpersonelle Schwierigkeiten“ erlebten, gaben das höchste Mass an „Wut &amp; Konflikt“ während des „hotspots“ an</li> <li>- Frauen, die einen „hotspot“ in der Kategorie „Ereignis in Bezug auf Kind“ angaben, hatten das höchste Mass des Gefühls des Misserfolg</li> <li>- Prädiktoren für das Wiedererleben des schlimmsten „hotspots“ waren die Gefühle „Angst &amp; Kontrollverlust“ sowie die gedankliche Reaktion der „intrapartalen Dissoziation“</li> </ul> <b>Prädiktoren für eine PTBS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- „hotspot“ in der Kategorie „interpersonelle Schwierigkeiten“ (vierfach erhöhtes Risiko im Vergleich zur Kategorie „kindliches Ereignis“)</li> <li>- Emotionen: Angst &amp; Kontrollverlust</li> <li>- Gedanken: intrapartale Dissoziation während des ‚hotspot‘</li> </ul>
Beck et al. (2011)  Longitudinalstudie mit follow-up-Survey	1. Prävalenz einer PTBS-Diagnose p.p. nach DSM-IV? 2. Wie viele Frauen weisen einen erhöhten Level der PTBS-	1. Datenerhebung: 1373 online und 200 via telefonisches Interview befragt, Frauen 1-12 Monate p.p.	1. Datenerhebung: Onlinebefragung mit PDSS-SF und telefonischem Interview zur Bestimmung des PPD-Symptomlevels. 2. Datenerhebung:	<b>pränatale Faktoren mit signifikant erhöhtem PTBS-Symptomlevel:</b> ungeplante SS (p=0.001, d=0.28), Fehlen einer Krankenversicherung (p=0.001, d=0.43)  <b>intrapartale Faktoren mit signifikant erhöhtem PTBS-</b>



AUTORENSCHAFT / METHODE	FRAGESTELLUNG	STICHPROBE	INTERVENTION	RELEVANTE ERGEBNISSE
	<p>Symptomekomplexe auf?</p> <p>3. Welche Faktoren haben einen signifikanten Zusammenhang mit einem erhöhten PTBS-Symptomlevel?</p>	<p>2. Datenerhebung: 859 online, und 44 via telefonisches Interview befragt, dieselben Frauen 6 Monate nach der ersten Datenerhebung.</p>	<p>PSS-SR und telefonisches Interview zur Erkennung der Wahrscheinlichkeit einer PTBS-Erkrankung. PHQ 2 zur Bestimmung des PPD-Symptomlevels.</p> <p>Vergleich der ersten und zweiten Datenerhebung.</p>	<p><b>Symptomlevel:</b> Einleitung aus Dringlichkeit (<math>p=0.001</math>, <math>d=0.40</math>), PDA aus Dringlichkeit (<math>p=0.001</math>, <math>d=0.48</math>), Verhandlung über Einleitung (<math>p=0.001</math>, <math>d=0.23</math>), geplante Sectio (<math>p=0.040</math>, <math>d=0.24</math>)</p> <p><b>postpartale Faktoren mit signifikant erhöhtem PTBS-Symptomlevel:</b> Stillen nicht so lange wie gewünscht (<math>p=0.001</math>, <math>d=0.60</math>), kein ausschliessliches Stillen einen Monat. p.p (<math>p=0.001</math>, <math>d=0.25</math>), erwünschte Unterhaltung mit Fachperson über mentales Gesundheitsgefühl (<math>p=0.001</math>, <math>d=0.57</math>).</p> <p><b>weitere Faktoren:</b> Unterstützung von Partner (<math>p&lt;0.001</math>, sign. weniger), Zusammenhang zw. Depressionssymptomen und PTBS (<math>p&lt;0.001</math>), vermehrte physische Probleme in den ersten zwei Monaten p.p. (<math>p&lt;0.001</math>) und bei 2. Datenerhebung (<math>p&lt;0.01</math>), Ausüben von gesundheitsförderlichen Faktoren (<math>p&lt;0.001</math>, sign. weniger),</p>
<p>Dell'Osso et al. (2009)</p> <p>Diagnostische Studie mit Kontrollgruppe, ohne Vergleich zum Goldstandard</p>	<p>Welche Reliabilität weist der neu entwickelte TALS-SR (self-report Version des SCI-TALS Interview) auf?</p>	<p><math>n=60</math></p> <p>Davon <math>n=30</math> mit bestehender PTBS-Diagnose nach DSM-IV und <math>n=30</math> ohne PTBS-Diagnose oder PTBS-Symptome (Kontrollgruppe)</p>	<p>Diagnose-Assessment mit SCID.</p> <p>Datenerhebungsgruppen (je 15 Teilnehmer von Kontroll- und Diagnosegruppe): Bei 1. Datenerhebungsgruppe zuerst TALS-SR, nach 15 Tagen SCI-TALS, bei 2. Datenerhebungsgruppe umgekehrt.</p>	<p>Interview SCI-TALS und Fragebogen TALS-SR sind in Bezug auf die Reliabilität gleichwertig (<math>k=0.49-1</math>, mean 0.89).</p> <p>ICC der Item-Gruppierungen über dem Richtwert von 0.90 (0.934-0.994).</p> <p>Positive Rückmeldung der Studienteilnehmenden zur Wichtigkeit und Angemessenheit des Screening-Instruments (TALS-SR).</p> <p>TALS-SR nimmt 20-30 Minuten, SCI-TALS 1 Stunde der Zeit in Anspruch.</p>
<p>Quintana et al. (2012)</p>	<p>1. Wie ist die Validität des PTBS-Abschnittes im brasilianischen In-</p>	<p><math>n=67</math></p> <p>Personen aus Opfer-</p>	<p>Interview aller Teilnehmenden mittels SCID (Goldstandard), am selben Tag oder innert 24</p>	<p><b>Kenngrossen von CIDI:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensitivität: 51.5%</li> <li>- Spezifität: 94.1%</li> </ul>

AUTORENSCHAFT / METHODE	FRAGESTELLUNG	STICHPROBE	INTERVENTION	RELEVANTE ERGEBNISSE
Diagnostische Studie mit Vergleich zum Goldstandard	2. Welche Ursache für die Uneinigkeit der Diagnoseklassifikationssystemen ICD 10 und DSM-IV bestehen?	programm mit PTBS-Symptomen (n=28), Freiwillige mit traumatischem Erlebnis ohne PTBS-Symptome (n=39)	Stunden Ausfüllen des PTBS-Abschnittes von CIDI.  Vergleich der Ergebnisse, ermitteln von Unstimmigkeiten zwischen ICD 10 und DSM-IV mittels kappa-Faktor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PPW: 89.5%</li> <li>- NPW: 66.7%</li> <li>- Fehlklassifizierungen: 26.9% (16 falsch-negative und 2 falsch-positive Fälle)</li> <li>- <math>k=0.459</math> (95%CI: 0.26-0.65)</li> </ul> <p><b>Vergleich der Klassifikationssysteme:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <math>k=0.50</math> (95%CI: 0.310-0.681)</li> <li>- ICD 10 besitzt kein Kriterium F</li> <li>- Ursachen für Abweichungen: Kriterium F (12 Fälle), C (7 Fälle), E (3 Fälle) und A (2 Fälle), ICD 10-Kriterium „Symptom der Vermeidung“ (1 Fall)</li> </ul>
Spies et al. (2009)  Diagnostische Studie- mit Vergleich zum Goldstandard SCID	Wie ist die Validität des K-10, benutzt als ein Screening für die meist vorkommenden psychischen Störungen in der Schwangerschaft im Vergleich zum Goldstandard?	n=129  Gesunde, schwangere Frauen über 18 Jahren, vor der 20. Schwangerschaftswoche, ohne Risikoschwangerschaft.	Datenbezug aus bestehenden Daten einer prospektiven Studie. SCID zur PTBS-Diagnosestellung.  Vergleich des K-10 mit dem SCID.	<p><b>Analysewerte von K-10 im Vergleich zum SCID:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PTBS: AUC = 69% (LR+ = 2.5; LR- = 0.69); cut-off &lt;28.5</li> <li>- Sensitivität: 50%</li> <li>- Spezifität: 80%</li> <li>- PPW: 7%</li> <li>- NPW: 98%</li> </ul>
Stramrood et al. (2009)  Querschnitt-Vergleichsstudie von 2 Screening-Instrumenten ohne Vergleich zum Goldstandard	Welches der beiden Screening-Instrumente TES-B oder PSS-SR sollte für die Messung der PTBS nach der Geburt bevorzugt angewendet werden?	n=428  Frauen, welche nach der 16. Schwangerschaftswoche gebären (auch nach Todgeburt oder späte Schwangerschaftsabbrüche)	Datenerhebung mittels TES-B und PSS-SR in einer Mail-Umfrage, Vergleich der Resultate.	<p><b>Reliabilität/ Validität:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PSS- SR: Alpha = 0.87, ICC = 0.27 / TES-B: Alpha = 0.82, ICC = 0.29</li> <li>- Analyse von Kriterien B, C, D: PSS-SR = ICC (0.32, 0.23, 0.30) / TES-B = ICC (0.4, 0.28, 0.39)</li> <li>- PTBS-Diagnose: PSS-SR = 0.7% / TES-B = 1.2%</li> <li>- 1 Fall bei beiden Instrumenten erkannt (<math>k=0.24</math>)</li> <li>- Ein PTBS-Symptom-Profil (erfüllen der Kriterien B, C und D des DSM-IV) wurde in 3.7% mit dem TES-B und in 9.1% mit dem PSS-SR gemessen (<math>k=0.33</math>)</li> <li>- Total-Scores von TES-B und PSS-SR entsprachen sich stark (<math>r=0.78</math>)</li> <li>- trotz hohen r- und ICC-Werten, tiefe k-Werte für jede</li> </ul>

AUTOREN-SCHAFT / ME-THODE	FRAGESTELLUNG	STICHPROBE	INTERVENTION	RELEVANTE ERGEBNISSE
				Symptomgruppe, d.h. wenig Übereinstimmung bei den Instrumenten. Wenn Übereinstimmung, dann nur bei Frauen mit tiefen Total-Scores.
<p>Verreault et al. (2012)</p> <p>Beobachtungsstudie</p>	<p>1. Wie hoch ist die Inzidenz und wie ist der Verlauf einer vollständigen oder teilweisen PTBS 1, 3 und 6 Monate p.p., wenn man den SCID und einen Fragebogen zur Befragung verwendet?</p> <p>2. Welche Risikofaktoren im Zusammenhang mit der Entwicklung von PTBS-Symptomen einen Monat p.p. gibt es?</p>	<p>n=308</p> <p>Frauen zwischen der 25. und 40. Schwangerschaftswoche, mindestens 18 Jahre alt</p>	<p>Ermitteln des Zustandes der Frauen mittels verschiedener Fragebögen im 3. Trimenon, 4-6 Wochen p.p. sowie 3 und 6 Monate p.p.</p> <p>SCID-Telefoninterview einen Monat p.p.</p>	<p><b>Signifikante Prädiktoren einer PTBS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sexuelles Trauma in der Anamnese (95%CI: 1.07-7.37, <math>p=0.036</math>), entspricht 3x höherer Wahrscheinlichkeit</li> <li>- MOS-SSS 1 Monat p.p.: höhere soziale Unterstützung p.p. verringert Risiko von PTBS-Entwicklung (95%CI: 0.17-0.96, <math>p=0.41</math>)</li> </ul> <p><b>Nicht-signifikante Faktoren:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Haushaltseinkommen, zurückliegende PTBS, Forzeps- oder Vakuumgeburt, APGAR-Score eine Minute p.p.</li> </ul> <p><b>Signifikante Unterschiede von Frauen mit und ohne PTBS einen Monat p.p.:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- weniger soziale Unterstützung in der SS (<math>p=0.004</math>) und einen Monat p.p. (<math>p&lt;0.001</math>)</li> <li>- Höhere Angstsensitivität (<math>p&lt;0.001</math>, <math>d=0.70</math>), mehr Angstmerkmale (<math>p&lt;0.001</math>, <math>d=0.46</math>)</li> <li>- Höhere Depressions-Scores in SS (<math>p=0.001</math>, <math>d=0.45</math>)</li> <li>- Schlechteres Empfinden der Pflege während der Geburt (<math>p&lt;0.001</math>, <math>d=0.52</math>)</li> <li>- Schlechtere Geburtserfahrung als erwartet (<math>p&lt;0.001</math>, <math>d=0.71</math>)</li> <li>- Signifikant höhere Beeinträchtigung des physischen und mentalen Gesundheitsstatus (<math>p&lt;0.001</math>, <math>d= 0,52 / 0.59</math>)</li> <li>- Kein Unterschied der Geburtsmodi in Bezug auf PTBS-Entwicklung</li> <li>- signifikant mehr Frauen hatten PTBS-Symptome einen Monat p.p. (<math>p&lt; 0.001</math>) als drei oder sechs Monate p.p. (<math>p=0.001</math>)</li> </ul>

Tabelle 8: Übersicht der Ergebnisse der qualitativen Studie

AUTORENSCHAFT/ METHODE	FRAGESTELLUNG	STICHPROBE	METHODE	RELEVANTE ERGEBNISSE
Ayers (2007)  Qualitative Interviews	Gedanken und Gefühle unter der Geburt, die kognitive Verarbeitung im Wochenbett sowie die Erinnerungen an die Geburt werden untersucht, um einen möglichen Einfluss auf die PTBS-Entwicklung festzustellen.	n=50  25 Frauen, die ausgeprägte PTBS-Symptome aufzeigten wurden gepaart mit 25 Frauen, die wenige bis keine PTBS-Symptome aufwiesen.	Durchführung von Interviews 3 Monate p.p.  Aufzeichnung der Interviews und anschließendes Transkribieren.  Codierung mittels Software und Diskussion mit einer zweiten Forschungsperson	<p><b>Gedanken und Emotionen während der Geburt bei Frauen, die nach der Geburt stark ausgeprägte PTBS-Symptome aufwiesen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gedanken zur eigenen psychischen Schwäche (überwältigt sein, aufgeben wollen)</li> <li>- Dissoziation und Todesgedanken</li> <li>- Gefühle: panisch, alarmiert, nervös, hilflos, entmutigt, irritiert, wütend, verärgert, aggressiv, überrascht, dankbar</li> </ul> <p><b>Erinnerungen an die Geburt, bei Frauen mit starken PTBS-Symptomen nach der Geburt:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vermeidung von Erinnerungen</li> <li>- Aktive Verarbeitung der Erinnerungen</li> <li>- Erinnerungen, die „getriggert“ wurden</li> </ul> <p><b>Theoriebildung:</b> PTBS steht möglicherweise im Zusammenhang mit Gedanken und Gefühlen der Frauen unter der Geburt. Die Richtung der Kausalität ist jedoch nicht abschliessend geklärt.</p>

Tabelle 9: Übersicht der Ergebnisse der Leitlinien

AUTORENSCHAFT	ZWECK	BETEILIGTE INTERESSEGRUPPEN	METHODE	RELEVANTE EMPFEHLUNGEN
Flatten et al. (2011)  Leitlinien	Medizinische Leitlinie zu Diagnostik und Therapie, basierend auf dem vorhandenen, aktuellen, evidenzbasierten Wissen zu Traumastörungen	Experten aus verschiedenen deutschen Fachgesellschaften im Themenbereich Psychologie, Psychotherapie. Patientengruppen wurden keine mit einbezogen	Grundlage der Leitlinie: „NICE-Guidelines“ (2005) und „Australian Guidelines for the Treatment of Adults with ASD and PTSD“  Recherche: systematisch  Bewertung: eingeschlossene Literatur wurde nach Qualität und Evidenz geprüft  Konsensusverfahren: Die gesamte Leitlinien-Arbeitsgruppe verabschiedete die Empfehlungen mit einem starken Konsens	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostik einer PTBS-Erkrankung sollte nach den klinischen Kriterien des ICD 10 erfolgen</li> <li>- Bei der Diagnostik können psychometrische Tests und PTBS-spezifische, strukturierte, klinische Interviews zur Unterstützung eingesetzt werden</li> </ul>
NICE (2005)  Leitlinie	Klinische Leitlinien für Fachpersonen, die an der Behandlung und Betreuung von Menschen mit PTBS-Erkrankungen beteiligt sind	Fachorganisationen, Patientenvertreter sowie Fachpersonen, die sich in der Entwicklungsgruppe der NICE-Guidelines engagieren	Systematische Literatur-Recherche und qualitative Überprüfung der einbezogenen Literatur anhand vorgegebener Kriterien.  Evidenzbasiertes Wissen wurde in Empfehlungen umformuliert und als solches in die Vernehmlassung an Stakeholdern und Fachorganisationen verschickt. Vor der Verabschiedung und Veröffentlichung wurden Anpassungen aufgrund der Vernehmlassung getätigt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei Personen mit grossem Risiko für eine PTBS-Entwicklung sollte ein routinemässiges Screening einen Monat nach dem traumatischen Ereignis stattfinden</li> <li>- Bei milder Symptomatik, die weniger als 4 Wochen andauert, kann abgewartet werden, bevor innerhalb eines Monats eine Nachkontrolle/ein Nachgespräch stattfindet</li> <li>- Anwendung eines Debriefing-Gesprächs ist nicht empfohlen</li> <li>- Assessment sollte durch ausgebildete Fachpersonen erfolgen</li> </ul>

## 5.1 Risikofaktoren

### ANTEPARTALE RISIKOFAKTOREN

Als pränatale Risikofaktoren gelten nach Verreault et al. (2012) sowie Olde et al. (2005) und Andersen et al. (2012) vorherige psychische Erkrankungen vor oder während der Schwangerschaft, traumatische Erlebnisse oder sexueller Missbrauch. Eine zurückliegende PTBS wird von Verreault et al. (2012) als nicht signifikanter Risikofaktor erwähnt. Eine höhere Angstsensitivität ( $p < 0.001$ ), beziehungsweise vermehrte Angstmerkmale sowie Ängstlichkeit ( $p = 0.001$ ) werden von Verreault et al. (2012) und Olde et al. (2005) als signifikante Risikofaktoren genannt. Ergänzend dazu nennen Beck et al. (2011) eine ungeplante Schwangerschaft ( $p = 0.001$ ,  $d = 0.28$ ) sowie das Fehlen einer Krankenversicherung ( $p = 0.001$ ,  $d = 0.43$ ). Andersen et al. (2012) erwähnen zudem psychosoziale Faktoren wie mentale Gesundheit, tiefes Kohärenzgefühl oder negative Erinnerungen aus der Schwangerschaft sowie geburtshilfliche Komplikationen in der Schwangerschaft als mittelmässig unterstützte Risikofaktoren für eine PTBS in der postpartalen Phase. Verreault et al. (2012) geben wenig soziale Unterstützung in der Schwangerschaft ( $p = 0.004$ ) als weiterer signifikanter Risikofaktor an.

Als nicht signifikante Risikofaktoren gelten ein tiefes Haushaltseinkommen (Verreault et al., 2012) sowie Parität, ungeplante Schwangerschaft und der sozioökonomischer Status (Andersen et al., 2012).

### INTRAPARTALE RISIKOFAKTOREN

Als Prädiktoren für eine PTBS nennen Ayers und Harris (2012) einen „hotspot“ (einschneidendes Erlebnis unter der Geburt) aus der Kategorie „interpersonelle Schwierigkeiten“, die Emotionen „Angst und Kontrollverlust“ sowie „intrapartale Dissoziation“ während des „hotspots“. Olde et al. (2005) sowie Andersen et al. (2012) geben ebenfalls den Kontrollverlust unter der Geburt als signifikanten, beziehungsweise stark unterstützten Risikofaktor an. Die Dissoziation als signifikanter, beziehungsweise stark unterstützter Risikofaktor wird zudem von Ayers (2007) und Andersen et al. (2012) genannt. Olde et al. (2005), Verreault et al. (2012) und Andersen et al. (2012) geben wenig Unterstützung vom Partner sowie vom Gesundheitspersonal ( $p < 0.001$ ,  $d = 0.52$ ) als signifikanter, beziehungsweise mittelmässig unterstützter Risikofaktor für eine PTBS-Entwicklung an. Beck et al. (2011) bestätigen dies, indem sie nachwiesen, dass eine gute Unterstützung durch den Partner zu signifikant weniger PTBS-Fällen führte ( $p < 0.001$ ). Weitere Risikofaktoren mit signifikantem Einfluss auf eine PTBS-Entwicklung sind negative Gefühle (stark unterstützter Risikofaktor) (Andersen et al., 2012) sowie intensiver emotionaler Distress während der Geburt (Olde et al., 2005).

Frauen mit einer PTBS Erkrankung gaben gemäss Ayers (2007) folgende Gefühle unter der Geburt an: Panik, Alarmierung, Nervosität, Hilflosigkeit, Entmutigung, Irritation, Wut, Verärgerung, Aggressivität, Überraschung und Dankbarkeit. Zudem erwähnten dieselben Frauen intrapartale Gedanken zur eigenen psychischen Schwäche, wie überwältigt sein oder aufgeben wollen (Ayers, 2007).

Aus Sicht der Geburtshilfe gelten gemäss Beck et al. (2011) Einleitung aus Dringlichkeit ( $p=0.001$ ,  $d=0.40$ ), Peridural-Anästhesie (PDA) aus Dringlichkeit ( $p=0.001$ ,  $d=0.48$ ), Verhandlung über eine Geburtseinleitung ( $p=0.001$ ,  $d=0.23$ ) sowie eine geplante Sectio ( $p=0.040$ ,  $d=0.24$ ) als signifikantes Risiko. Olde et al. (2005) erwähnen diesbezüglich Interventionen wie vaginal-operative Entbindungen, Episiotomie, Notfallsectio und elektive Sectio. Andersen et al. (2012) geben zu der elektiven Sectio auch mütterliche oder kindliche Komplikationen unter der Geburt als mittelmässig- sowie geburtshilfliche Notfälle als starkunterstützte Risikofaktoren an. Verreault et al. (2012) haben bezüglich Geburtsmodus (vaginal, vaginal-operativ oder Sectio) keine Signifikanz festgestellt.

Als nicht signifikante Faktoren werden Geburtsdauer, Episiotomie oder Geburtsverletzungen genannt (Andersen et al., 2012). Verreault et al. (2012) ergänzt einen tiefen 1-Minuten-APGAR-Score als nicht signifikanter Risikofaktor.

## **POSTPARTALE RISIKOFAKTOREN**

Als signifikanter Prädiktor für ein hohes PTBS Symptomlevel geben Beck et al. (2011) kürzere Stilldauer als gewünscht ( $p=0.001$ ,  $d=0.60$ ), kein ausschliessliches Stillen einen Monat p.p. ( $p=0.001$ ,  $d=0.25$ ) und den Wunsch der Frau, mit einer Fachperson über ihr mentales Befinden zu sprechen ( $p=0.001$ ,  $d=0.57$ ). Zudem erwähnen sie einen signifikanten Zusammenhang zwischen Depressions-Symptomen ( $p<0.001$ ) oder vermehrten physischen Problemen in den ersten zwei Monaten p.p. ( $p<0.001$ ) und der Entwicklung einer PTBS. Als mittelmässig unterstützte Risikofaktoren geben Andersen et al. (2012) mütterliche oder kindliche Komplikationen nach der Geburt an. Auch wenig soziale Unterstützung p.p. ( $p<0.001$ ) oder ein schlechteres Geburtserlebnis als von der Frau erwartet ( $p<0.001$ ,  $d=0.71$ ), werden als signifikante Faktoren genannt (Verreault et al., 2012).

Ayers (2007) zeigt auf, dass Frauen mit einer PTBS-Erkrankung Erinnerungen an die Geburt vermeiden, diese aktiv verarbeiten oder Erinnerungen mit Trigger-Funktionen haben.

In der nachfolgenden Tabelle 10 sind die erläuterten Risikofaktoren übersichtlich dargestellt.

Tabelle 10: Übersicht Risikofaktoren

Zeitpunkt	Risikofaktor	Signifikanz
<b>antepartal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- psychische Erkrankungen vor oder während der Schwangerschaft</li> <li>- traumatische Erlebnisse</li> <li>- sexueller Missbrauch</li> <li>- höhere Angstsensitivität</li> <li>- vermehrte Angstmerkmale oder Ängstlichkeit</li> <li>- ungeplante Schwangerschaft</li> <li>- fehlen einer Krankenversicherung</li> <li>- mentale Gesundheit, tiefes Kohärenzgefühl, negative Erinnerung an die Schwangerschaft</li> <li>- wenig soziale Unterstützung</li> <li>- geburtshilfliche Komplikationen in der Schwangerschaft</li> </ul>	<p>p&lt;0.001  p=0.001  p=0.001, d=0.28  p=0.001, d=0.43    p=0.004</p>
<b>intrapartal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- interpersonelle Schwierigkeit</li> <li>- Emotionen: Angst, Kontrollverlust, Dissoziation, Panik, Alarmierung, Nervosität, Hilflosigkeit, Entmutigung, Irritation, Wut, Verärgerung, Aggressivität, Gefühl des überwältigt sein, emotionales Schwächegefühl</li> <li>- wenig Unterstützung vom Partner oder Gesundheitspersonal</li> <li>- negative Gefühle</li> <li>- intensiver emotionaler Distress</li> <li>- Einleitung aus Dringlichkeit</li> <li>- PDA aus Dringlichkeit</li> <li>- Verhandlung über eine Geburtseinleitung</li> <li>- geplante Sectio</li> <li>- Interventionen: vaginal-operative Entbindungen, Notfallsectio, elektive Sectio, mütterliche oder kindliche Komplikationen</li> <li>- geburtshilfliche Notfälle</li> </ul>	<p>p&lt;0.001, d=0.52    p=0.001, d=0.40  p=0.001, d=0.48  p=0.001, d=0.23  p=0.040, d=0.24</p>
<b>postpartal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kürzere Stilldauer als gewünscht</li> <li>- kein ausschliessliches Stillen einen Monat p.p.</li> <li>- Wunsch der Frau, mit einer Fachperson über ihr mentales Befinden zu sprechen</li> <li>- Depressionssymptome</li> <li>- vermehrte physische Probleme in den ersten zwei Monaten p.p.</li> <li>- mütterliche oder kindliche Komplikationen nach der Geburt</li> <li>- wenig soziale Unterstützung</li> <li>- schlechteres Geburtserlebnis als erwartet</li> <li>- Vermeidung von Geburtserinnerung</li> </ul>	<p>p=0.001, d=0.60  p=0.001, d=0.25  p=0.001, d=0.75    p&lt;0.001  p&lt;0.001    p&lt;0.001  p&lt;0.001, d=0.71</p>



## 5.2 Screening

### ZEITPUNKT DES SCREENINGS

Verreault et al. (2012) kamen zu dem Ergebnis, dass einen Monat p.p. signifikant mehr Frauen an einer PTBS leiden als drei, beziehungsweise sechs Monate p.p. ( $p < 0.001$ ). Zwischen dem dritten und sechsten Monat p.p. gibt es keinen signifikanten Unterschied in der Prävalenz. Olde et al. (2005) geben einen Prävalenzhöhepunkt von 2.8-5.6% sechs Wochen p.p. an. Ab diesem Zeitpunkt sinkt die Prävalenz gemäss Olde et al. (2005) bis auf 1.5% nach sechs Monaten p.p. ab.

NICE (2005) empfehlen Risikoklientinnen einen Monat nach dem traumatischen Ereignis auf PTBS-Symptome zu untersuchen. Beim Auftreten einer milden Symptomatik kann während vier Wochen abgewartet werden, anschliessend sollte ein Nachgespräch oder eine Nachkontrolle stattfinden. Ein umgehendes Debriefing-Gespräch, bei dem kurz nach dem traumatischen Ereignis die Umstände und Gefühle zu diesem Ereignis besprochen werden, unterscheidet sich nicht signifikant zum Debriefing-Gespräch während eines späteren Zeitpunkts (Rose et al., 2009).

### UMSTÄNDE DES SCREENINGS

Ein Screening sollte durch eine spezifisch geschulte Fachperson durchgeführt werden (Flatten et al., 2011 & NICE, 2005). NICE (2005) empfiehlt ein Screening jedoch nur bei Personen mit einem grossen Risiko für eine PTBS-Entwicklung. Flatten et al. (2011) empfiehlt psychometrische Tests und PTBS spezifische, strukturierte, klinische Interviews zur Unterstützung einzusetzen. Zudem sollte die Diagnostik der PTBS nach den Kriterien des ICD 10 erfolgen. Rose et al. (2009) kamen zu dem Ergebnis, dass ein Debriefing-Gespräch zur Risikoverminderung einer PTBS nicht evidenzbasiert ist. Auch NICE (2005) empfiehlt ein Debriefing-Gespräch nicht. Gemäss NICE (2005) sollte ein Assessment von PTBS-Erkrankten sowohl psychische, physische und soziale Bedürfnisse als auch ein Risiko-Assessment einbeziehen.

### SCREENING-INSTRUMENTE

Dell'Osso et al. (2009) verglichen die beiden Instrumente SCI-TALS und TALS-SR bei einer Stichprobe von 60 Männer und Frauen. Sie konnten eine vergleichbare Reliabilität feststellen ( $k=0.89$ ; 0.49-1.0). Der intraclass correlation coefficients (ICC) der Item-Gruppierungen war immer über dem definierten Richtwert von 90% (93.4-99.4%). Die Studienteilnehmenden machten positive Rückmeldungen zur Wichtigkeit und Angemessenheit zum TALS-SR als Screening-Instrument. Die Durchführung des SCI-TALS dauert eine Stunde, die des TALS-SR 20 bis 30 Minuten (Dell'Osso et al., 2009).

Spies et al. (2009) verglichen das Instrument Kessler 10 (K-10) mit dem Goldstandard SCID mit einer Stichprobe von 129 schwangeren Frauen. Sie konnten beim K-10 eine Sensitivität von 50% und eine Spezifität von 80% feststellen. Der PPW lag bei 7%, der NPW bei 98%. Im Vergleich zum Goldstandard (SCID) ergab sich ein Area Under the Curve-Wert (AUC-Wert) von 69%.

Stramrood et al (2009) verglichen die Instrumente PSS-SR und TES-B bei einer Stichprobe von 428 Frauen p.p. Der Vergleich ergab folgende Werte: Der PSS-SR wies einen Alpha-Wert von 87% und einen ICC von 27% auf. Während die Werte beim TES-B bei 82% (Alpha-Wert) und 29% (ICC) lagen. Im Total ergab sich bei dem PSS-SR eine Prävalenz der PTBS-Diagnosen von 0.7%. Wurden nur die Kriterien B,C und D nach DSM-IV beurteilt, so ergab sich eine Prävalenz von 9.1%. Anhand des TES-B erfüllten 1.2% die vollen Kriterien für eine PTBS-Diagnose nach DSM-IV. Wurden nur die Kriterien B,C und D berücksichtigt, ergab sich eine Prävalenz von 3.7%. Im Vergleich der beiden Instrumenten ergibt dies ein k-Wert von 0.33 bei Berücksichtigung der Kriterien B,C und D. Ein Fall wurde übereinstimmend durch beide Instrumente als positiv auf alle DSM-IV Kriterien beurteilt. Dies ergibt ein k-Wert von 0.24 bei Berücksichtigung aller DSM-IV Kriterien. Die Total-Scores bei den Fragebögen im Vergleich ergaben eine Übereinstimmung von  $r=0.78$ . Die Übereinstimmungen wurden vor allem bei tiefen Scores gefunden.

Quintana et al. (2012) verglichen den PTBS-Abschnitt des CIDI mit dem Goldstandard SCID bei einer Stichprobe von 67 Frauen und Männern. Hierbei wies der CIDI eine Sensitivität von 51.5%, eine Spezifität von 94.1%, einen PPW von 89.5%, einen NPW von 66.7% und Fehlklassifizierungen von 26.9% (16 falsch-negative und zwei falsch-positive Fälle) auf. Im Vergleich zum Goldstandard ergibt sich eine Übereinstimmung von  $k=0.459$  (95%CI: 0.26-0.65).

Des Weiteren verglichen Quintana et al. (2012) die Klassifikationssysteme ICD 10 und DSM-IV. Es ergab sich ein Vergleichswert von  $k=0.50$  (95%CI: 0.310-0.681). Der ICD 10 besitzt kein Kriterium F. Ursachen für Abweichungen der Systeme waren das Kriterium F nach DSM-IV in 12 Fällen, das Kriterium C in sieben Fällen, das Kriterium E in drei Fällen und das Kriterium A in zwei Fällen sowie das ICD 10 Kriterium „Vermeidungssymptom“ in einem Fall (Quintana et al., 2012).

## 6 DISKUSSION

Mit der Datenanalyse konnten die Fragestellungen der vorliegenden Literaturreview bezüglich Risikofaktoren einer PTBS in der postpartalen Phase und Screening-Möglichkeiten teilweise beantwortet werden. Die Ergebnisse der Literaturanalyse werden im vorliegenden Kapitel diskutiert und es wird auf deren Bedeutung für die Hebammenarbeit und die Prävention eingegangen. Daraus werden Empfehlungen für die Praxis abgeleitet.

### 6.1 Risikofaktoren für eine PTBS post partum

Anhand der Analyse konnten sowohl Risikofaktoren identifiziert werden, die von mehreren Autoren gestützt sind, als auch solche, bei denen die Ergebnisse widersprüchlich sind. Eine mögliche Erklärung für diese unterschiedlichen Resultate ist die qualitative und methodologische Heterogenität der einbezogenen Literatur, wie sie im Stärken-Schwächen-Profil aufgezeigt wird. Es wurde deutlich, dass vorherige psychische Erkrankungen vor oder während der Schwangerschaft, traumatische Erlebnisse oder sexueller Missbrauch als Risiko für die Entwicklung einer PTBS gelten (Verreault et al., 2012; Olde et al., 2005; Andersen et al., 2012). Dies wird unterstützt durch Fritzen (2007), Salis (2007) und Hadwin (2007), die aufzeigen, dass Frauen mit traumatischen Erfahrungen jeglicher Art in der Anamnese besonders gefährdet für die Entwicklung einer PTBS sind. Widersprüchlich dazu wurde eine vorgängige PTBS-Erkrankung als nicht signifikanter Risikofaktor genannt (Verreault et al., 2012). Eine mögliche Erklärung dazu ist, dass Personen, die bereits eine vollumfängliche PTBS-Erkrankung erlebten, entsprechende Coping-Strategien entwickeln konnten, um bei einer weiteren Traumatisierung keine PTBS zu entwickeln. Unterstützt wird diese These durch Fraenknecht (2012), die aufzeigt, dass entwicklungsgeschichtliche Aspekte und Erfahrungen einen grossen Einfluss auf die PTBS-Entwicklung nehmen können.

Widersprüchliche Resultate gibt es auch in Bezug auf den sozio-ökonomischen Status oder die ungeplante Schwangerschaft, die sowohl als signifikanter Risikofaktor (Beck et al., 2011) als auch als nicht signifikanter Risikofaktor (Andersen et al., 2012 und Verreault et al., 2012) benannt werden. Gründe dafür können ebenfalls in der Heterogenität der Stichproben liegen.

Drei von mehreren Quellen unterstützte Risikofaktoren sind die erlebte Dissoziation (Ayers & Harris, 2012; Ayers, 2007; Andersen et al., 2012), das Gefühl des Kontrollverlusts unter der Geburt (Ayers & Harris, 2012; Olde et al., 2005; Andersen et al., 2012) sowie fehlende Unterstützung vom Partner oder vom Gesundheitspersonal (Olde et al.,

2005; Verreault et al., 2012; Andersen et al., 2012; Beck et al., 2011). Der positive Einfluss eines hohen Kohärenzgefühls wird durch Frauenknecht (2012) genannt. In Betracht gezogen werden muss hierbei, dass alle erwähnten Autoren die Richtung der Kausalität von Dissoziation oder Kontrollverlust nicht abschliessend klären konnten. Es ist somit nicht klar, ob die Dissoziation oder der Kontrollverlust aufgrund einer vorbestehenden PTBS entstanden ist oder ob die PTBS p.p. diese verursacht hat. Der Einfluss der Betreuung und Unterstützung wird durch Bloemeke und Erfmann (2007), Salis (2007) sowie Fritzen (2007) unterstrichen, indem sie aufzeigen, dass die Betreuung der Hebamme und des ärztlichen Personals einen bedeutenden Einfluss auf das Geburtserlebnis der Frau haben, unabhängig von der objektiven geburtshilflichen Situation. Laut Hadwin (2007) ist eine unzureichende Unterstützung p.p. der Hauptrisikofaktor für die Entwicklung einer PTBS. Wichtig zu beachten hierbei ist, dass durch Menschen verursachte Traumata, in der Regel schwerwiegendere und längerfristiger psychologische Auswirkungen haben (Revital, 2009).

Bezüglich des Geburtsmodus als Risikofaktor kommen Olde et al. (2005) zu signifikanten Ergebnissen, widersprüchlich zu den nicht signifikanten Ergebnissen von Verreault et al. (2012) und Andersen et al. (2012). Eine mögliche Erklärung dazu ist, dass Olde et al. (2005) aufgrund der nicht nachvollziehbaren Gewichtung der Ergebnisse nicht die gleichen Qualitätsmerkmale aufweist wie Verreault et al. (2012) und Andersen et al. (2012). Der geringe Einfluss der objektiven, geburtshilflichen Variablen wird von Stadlmayr, Cignacco, Surbek und Büchi (2009), Salis (2007) und Fritzen (2007) bestätigt, indem sie angeben, dass vorwiegend das subjektive Empfinden des Geburtserlebnisses ausschlaggebend ist. Bestätigt wird dies durch das Resultat von Verreault et al. (2012), das besagt, dass ein subjektiv schlechter empfundenes Geburtserlebnis als von der Frau erwartet, signifikant zur PTBS-Entwicklung beiträgt. Die Schwierigkeit dieses Aspektes liegt darin, dass das subjektive Empfinden nicht messbar ist, dessen Anerkennung jedoch für die Klientin von Bedeutung ist (Frauenknecht, 2012). In einem Screening sollte demnach nach dem subjektiven Erleben der Geburt gefragt werden.

Interessant ist der signifikante Zusammenhang zwischen Depressions-Symptomen und der PTBS-Entwicklung (Verreault, 2012). Wobei auch hier die Kausalität der beiden Erkrankungen nicht abschliessend geklärt wurde. Patel, Murphy & Peters (2004) geben hierzu an, dass zwischen einer traumatisch erlebten Geburt und einer postpartalen Depression keinen Zusammenhang festgestellt werden konnte. Wie jedoch im theoretischen Hintergrund erklärt, gelten Depressions-Symptomen als Ko-Morbidität einer PTBS (Frommberger, 2004). Dies müsste in weiteren Forschungsarbeiten geklärt werden, um die ursprüngliche Erkrankung erkennen und angemessen behandeln zu können.

nen. Vorläufig sollte in der Praxis bei Frauen mit einem erhöhten Score in einem Screening-Instrument für PPD, auch an eine PTBS gedacht und weitere Abklärungen diesbezüglich getätigt werden.

Inwiefern Lebensumstände der Frauen einen Einfluss auf eine PTBS-Entwicklung haben, ist unklar. Es gilt zu beachten, dass Frauen aus Kriegsgebieten, aus Ländern mit einer hohen Kriminalitätsrate oder Ländern mit einer tiefen sozialen Stellung der Frau bereits mehrere Risikofaktoren mit sich bringen können. Inwieweit die Kumulation von mehreren Risikofaktoren eine PTBS-Entwicklung beeinflussen, ist nicht bekannt. Diesen Frauen sollte demnach eine besondere Beachtung und angepasste Betreuung zu gesprochen werden.

Alle signifikanten Risikofaktoren sollten mittels Durchführung eines ersten und zweiten Risiko-Assessments aufgegriffen und erfragt werden. Einen Risiko- und Fragekatalog dazu ist im Anhang (siehe Kapitel 12.2) ersichtlich. Hierbei sind kommunikative Fähigkeiten von grösster Bedeutung. Es ist wichtig, wie die Befragung nach Risiken stattfindet. Wie bereits erwähnt, empfehlen Bloemeke und Erfmann (2007), der Frau ein offenes Ohr zu bieten, ohne zu stark zu insistieren. Es gilt auf ihren Bedarf zu achten. Zudem ist eine Befragung in Form eines Debriefing-Gesprächs gemäss Rose et al. (2009) nicht evidenzbasiert. Die Gefahr einer Re-Traumatisierung oder die Aktivierung von Trigger-Funktionen ist durch unsensibles Insistieren deutlich erhöht.

## 6.2 Screening

Bezüglich des präventiv sinnvollen Screening-Zeitpunktes kann aufgrund der vorliegenden Literaturanalyse nur wenig ausgesagt werden. Zwischen vier und sechs Wochen p.p. besteht gemäss Verreault et al. (2012) und Olde et al. (2005) ein Prävalenz-Höhepunkt. Dies lässt darauf schliessen, dass ein Screening zu diesem Zeitpunkt die meisten Fälle erfassen kann. Stadlmayr et al. (2009) empfehlen ein Screening nach Befindlichkeitsstörungen in den ersten beiden Wochen p.p., wo hingegen NICE (2005) ein Screening nach PTBS vier Wochen nach dem traumatischen Ereignis empfiehlt. Unterschiedliche Empfehlungen bezüglich des Screening-Zeitpunktes können darauf zurück geführt werden, dass die PTBS-Definitionen nach ICD 10, beziehungsweise DSM-IV in Bezug auf den zeitlichen Faktor ebenfalls unterschiedlich sind. Unter Einbezug des DSM-IV-Kriterium E (siehe Kapitel 3.2) kann ein PTBS-Screening frühestens vier Wochen nach dem traumatischen Ereignis stattfinden, da die Symptomatik per Definition vier Wochen bestehen muss. Nach dem ICD 10-Kriterium E kann eine PTBS-Diagnose innerhalb von sechs Monaten nach dem Ereignis diagnostiziert werden. Demnach wird empfohlen, ein erstes PTBS-Screening vier bis sechs Wochen p.p.

durchzuführen. Idealerweise wird dieses Screening mit der Nachkontrolle verbunden, um Zeit- und Kosteneffizienz zu gewähren. Unter Einbezug des Kriterium E nach ICD 10 und den Ergebnissen bezüglich des nicht signifikanten Unterschied der PTBS-Prävalenz drei oder sechs Monate p.p. von Verreault et al. (2012), lässt sich ableiten, dass ein zweites Screening sechs Monate p.p. indiziert ist, um PTBS-Erkrankungen mit einem verzögerten Verlauf oder eine chronische PTBS nach Frauenknecht (2012) zu erkennen.

Quintana et al. (2012) haben im Vergleich der beiden Klassifikationssystem DSM-IV und ICD 10 einen k-Wert von 0.50 festgestellt. Daraus lässt sich schliessen, dass zwischen den Systemen deutliche Unterschiede bestehen. Der Hauptgrund für eine Abweichung in der PTBS-Identifikation ist das Kriterium F des DSM-IV, da dies im ICD 10 nicht vorhanden ist (Quintana et al., 2012). Sie geben an, dass die Sensitivität des CIDI unter Ausschluss des Kriterium F von 51.1% auf 78.8% steigt. Dies lässt darauf schliessen, dass der Test ohne Kriterium F mehr PTBS-Risiko-Klientinnen erkennen würde. Es darf jedoch nicht ausser Acht gelassen werden, dass es durch höhere Sensitivität zu einer höheren Prävalenz kommt (Quintana et al., 2012). Fritzen (2007) konnte ebenfalls feststellen, dass anhand der Kriterien des ICD 10 bei mehr Frauen eine PTBS diagnostiziert wird. Daraus kann geschlossen werden, dass bei Screening-Instrumenten, die nach dem ICD 10 aufgebaut sind, mehr Frauen positiv auf PTBS gescreent werden, gleichzeitig steigt jedoch auch das Risiko für mehr falsch-positive Fälle. Es kann aber auch dazu führen, dass auch Frauen mit einer Vorform der PTBS, die ebenso stark unter den einzelnen Symptomen leiden, erkannt und unterstützt werden. Flatten et al. (2011) empfehlen ebenfalls, die Diagnostik der PTBS nach dem ICD 10 durchzuführen.

Gemäss der Studie von Dell'Osso et al. (2012) sind die Instrumente SCI-TALS und TALS-SR gleichwertig. Sie empfehlen den Einsatz des TALS-SR aufgrund ökonomischer Faktoren (geringerer Zeit- und Personalaufwand). Es muss jedoch beachtet werden, dass durch fehlende Angaben von validen Kenngrössen der beiden Instrumente sowie der kleinen Stichprobenzahl die Aussagekraft der Ergebnisse eingeschränkt ist. Eine Schwierigkeit bei der Benutzung von Fragebögen als Screening-Instrument liegt darin, dass sie mehrheitlich von Personen mit einem höheren Bildungsstand ausgefüllt werden. Dies zeigt sich auch in der Studie von Verreault et al. (2012). Laut Hadwin (2007) zeigt sich jedoch gerade bei Personen mit einem niedrigeren Intelligenz-Niveau ein erhöhtes Risiko für eine PTBS-Entwicklung. Um also auch Frauen mit einem sozial schlechteren Status oder einer tieferen Bildung sowie Migrantinnen screenen zu können, müssen Fragebögen leicht verständlich und in mehreren Sprachen verfügbar sein.

Im Vergleich zum Goldstandard SCID ist das Instrument K-10 wenig präzise in der Erkennung einer PTBS-Erkrankung (Spies et al., 2009). Mit dem AUC-Wert von 69% liegt der K-10 nach Fischer et al. (2003) und Swets (1988) (zitiert durch Spies et al., 2009) ein Prozent unter dem als „brauchbar“ definierten Bereich. Unter Einbezug der Kenngrößen, kann gesagt werden, dass lediglich der NPW einen akzeptablen Wert aufweist. Nach Raffle & Gray (2007) ist dieser jedoch als nicht relevant für die Validität eines Screening-Instrumentes zu werten. Das von Quintana et al. (2012) verwendete Screening-Instrument CIDI ist im Vergleich zum Goldstandard aufgrund der genannten Kenngrößen für die PTBS-Erkennung nicht empfehlenswert. Obwohl der  $k$ -Wert (0.459) einem befriedigenden Ergebnis entspricht, ist das CIDI aufgrund der Sensitivität von 51.1% nicht als Screening-Instrument geeignet. Eine Übertragbarkeit der Ergebnisse der Studien auf das geburtshilfliche Setting p.p. ist durch die heterogenen Stichproben (Dell’Osso et al., 2012; Quintana et al., 2012) einerseits und der homogenen Stichprobe (Spies et al., 2009) andererseits, eingeschränkt. Stramrood et al. (2009) wiesen für das Instrument TES-B im Vergleich zum PSS-SR erhebliche Unterschiede nach ( $k=0.24$ ;  $k=0.33$ ). Übereinstimmungen waren zudem nur bei tiefen Scores zu finden, was für die Diagnosestellung keinen Mehrwert bringt. Nach Foa, Riggs, Dancu und Rothbaum (1993) weist der PSS-SR im Vergleich zum Goldstandard (SCID) eine Sensitivität von 62%, eine Spezifität von 100%, einen PPW von 100% sowie einen NPW von 82% auf. Diese Werte lassen darauf schließen, dass der PSS-SR in dieser Studie als Goldstandard angesehen werden kann und das Instrument TES-B sich dementsprechend nicht für ein Screening eignet, obwohl es spezifische Items zur Geburtshilfe beinhaltet. Aufgrund der validen Kenngrößen sowie der praktischen Anwendung ist die Verwendung des PSS-SR für die Praxis zu empfehlen, obwohl er ursprünglich nach DSM-IV aufgebaut wurde. Da jedoch beim PSS-SR das Kriterium F nicht berücksichtigt wird, kann davon ausgegangen werden, dass der Aufbau des PSS-SR den Kriterien B, C und D nach ICD 10 ebenfalls entspricht. Das Kriterium A wird beim Screening nicht berücksichtigt, da es im Risiko-Assessment p.p. erfragt wird. Um die Fragen des PSS-SR auf die Geburtshilfe anzupassen und somit zu spezifizieren, wurde eine Modifizierung der Fragen vorgenommen. Die modifizierte Version ist im Anhang (siehe Kapitel 12.1) ersichtlich. Foa, Cashman, Jaycox & Perry (1997) geben an, dass ein Score ab 13 Punkten mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer PTBS-Erkrankung assoziiert ist. Fraglich hierbei bleibt, welche Bedeutung einem Score unter 13 Punkten zu kommt, da diese Frauen ebenfalls Symptome einer PTBS angeben und darunter leiden, die Symptome jedoch nicht dem Vollbild einer PTBS entsprechen.

Die modifizierte Version des PSS-SR unterscheidet sich zum Original in folgenden Punkten: Anpassung der Sprache von Englisch in Deutsch, die Geburt wird als das traumatische Ereignis angesehen, die Fragen wurden entsprechend angepasst. Bezüglich Vorgehen und Bewertung der Items wurden keine Veränderungen vorgenommen.

### **6.3 Bedeutung für die Hebammenarbeit**

Insbesondere die Ergebnisse im Bezug auf Risikofaktoren sind für die Hebammenarbeit relevant. Sie bieten die Grundlage, um Frauen mit einem Risiko für die PTBS-Erkrankungen zu erkennen und entsprechende Massnahmen zu treffen. Die erwähnten antepartalen Risikofaktoren müssen bereits in die Schwangerschaftsbetreuung mit einfließen. Information über psychische Störungen im Wochenbett sollten laut Salis (2007) ebenfalls Bestandteil der Schwangerenvorsorge sein. Auch NICE (2005) empfehlen sowohl die möglichen Betroffenen, als auch deren Angehörigen über die Möglichkeit einer PTBS-Entwicklung und deren Symptome zu informieren, um eine Früherkennung zu fördern. Es ist jedoch eine Gratwanderung zwischen objektiver und angstauslösender Informationsvermittlung. Idealerweise findet demnach bereits in der Schwangerschaft ein Informationsgespräch mit der Frau und ihrem Partner statt, um deren Bewusstsein für psychische Störungen nach der Geburt zu stärken und eine Enttabuisierung zu ermöglichen. Das Informationsgespräch kann in Kombination mit dem Risiko-Assessment bei der Erhebung der Gesundheitsgeschichte stattfinden. Ein Instrument dazu bietet die ganzheitliche Gesundheitsgeschichte der Berner Fachhochschule (BFH) und Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW) (Loos & Ackart Kössler, 2013).

Nicht zu unterschätzen ist die bereits erwähnte Tatsache, dass Hebammen als primäre Betreuungspersonen von Gebärenden im schweizerischen Gesundheitssystem, selbst ebenfalls einen Risikofaktor (Olde et al., 2005; Verreault et al., 2012; Andersen et al., 2012; Beck et al., 2011; Salis, 2007; Fritzen, 2007; Hadwin, 2007) darstellen können. Aufgrund dessen wird deutlich, dass das Verhalten und die Kommunikation von Hebammen – und auch von ärztlichem Personal – im geburtshilflichen Alltag reflektiert werden muss. In einer optimalen und empathischen Betreuung – wenn möglich eine 1-zu-1-Betreuung (Hartmann, 2007) – liegt demnach ein grosses Präventionspotenzial, das durch die Fachpersonen genutzt werden sollte. Nicht zu unterschätzen ist in diesem Zusammenhang die Problematik der aktuellen Arbeitsbelastung einer Hebamme. Im Berufsalltag ist eine kontinuierliche 1-zu-1-Betreuung durch die Hebamme nur sehr selten möglich. Hartmann (2007) gibt als mögliche Massnahme zu dieser Problematik



eine Erklärung über die Arbeitssituation dem Paar gegenüber und die gemeinsame Lösungsfindung zur optimalen Bedürfnisbefriedigung der Frau an. Ein weiteres Potential zur Primärprävention bietet eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit in einer harmonischen und wertschätzenden Atmosphäre. Ein Informationsaustausch zwischen Ärzteschaft, Müttern- und Väterberatung und den Hebammen ist besonders wichtig, um Frauen bedürfnisorientiert zu betreuen und sie vor unnötigen Fragen zu schützen. Auch beim Einbezug einer psychologischen Fachperson sollte der Austausch mit den vorher beteiligten Fachpersonen gewährleistet sein.

MacArthur et al. (2003) geben an, dass der Einsatz von Hebammen im Wochenbett den physischen und psychischen Zustand der betreuten Frauen verbessern und somit Effektivität und Effizienz von Hebammenarbeit im Wochenbett gegeben ist. Auch Künzi und Detzel (2007) gehen in einem Bericht des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (OBSAN) davon aus, dass die Hebammen-Betreuung vor, während und nach der Geburt eine kosteneffiziente, für Klientinnen zufriedenstellende und wirksame Betreuungsform darstellt. Wird Prävention also durch Hebammen getätigt, kumuliert sich der Effekt der Kosteneinsparung – einerseits durch die Prävention an sich, andererseits durch die kostengünstige Betreuung von Hebammen. Zudem ist die Hebammenarbeit unterstützend im Prozess der Familienwerdung. Insbesondere in Situationen mit Risiken für psychische Erkrankungen wird dies als wichtig erachtet. Salis (2007) erwähnt, dass Hebammen durch den frühen Kontakt und das Vertrauensverhältnis zu den Frauen dazu beitragen können, dass postpartale psychische Störungen häufiger diagnostiziert und behandelt werden. Gamble und Creedy (2007) geben an, dass Hebammen zur Unterstützung von Frauen mit traumatischen Geburtserfahrungen durch ihre Rolle im Wochenbett geeignet sind. Wie in der Einleitung erwähnt, werden 95,7% der Wöchnerinnen in der Schweiz durch eine ambulante Hebamme betreut. Diese Zahl zeigt eine starke Präsenz der Hebammen in der schweizerischen Wochenbettbetreuung, worauf schliessen lässt, dass ein zweites Risiko-Assessment p.p. durch die ambulante Hebamme durchgeführt werden sollte. Somit ist eine grosse Zahl von Wöchnerinnen abgedeckt. Eine kontinuierliche Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett wäre die ideale Grundlage, um ein Vertrauensverhältnis aufzubauen sowie Risikofaktoren und Symptome frühzeitig zu erkennen. Das Betreuungsmodell der Schweiz bietet Frauen jedoch oft keine kontinuierliche Betreuung durch eine Hebamme. Im Jahr 2011 wurde nur jede neunte Frau kontinuierlich durch eine Hebamme während Schwangerschaft und im Wochenbett begleitet (SHV, 2011). Damit Hebammen den Frauen mit Risiken für psychische Störungen eine optimale Betreuung bieten können, müsste sich das Betreuungsmodell der Schweiz grundlegend ändern und eine

Verlagerung der Schwangerenbetreuung in die Hände der Hebammen stattfinden. Hierzu nötig wäre zudem eine Anpassung der Krankenkassenleistungen in der Geburtshilfe.

Laut NICE (2005) und Flatten et al. (2011), sollten Personen, die ein Screening durchführen, spezifisch geschult werden. Dies bedeutet für Hebammen, dass sie eine entsprechende Weiterbildung benötigen oder interdisziplinäre Unterstützung bei Fachpersonen einholen müssen. Grenzen der Hebammenarbeit verlaufen dort, wo eine PTBS-Erkrankung tatsächlich auftritt. Wie von NICE (2005), Flatten et al. (2011), Salis (2007) und Bloemeke und Erfmann (2007) empfohlen, sollte die Hebamme in diesem Fall die Hauptbetreuung der Frau an eine psychotherapeutische Fachperson abgeben. Eine weitere Unterstützung durch die Hebamme sollte erfolgen, um den Bezug zum normalen Alltag als Wöchnerin und Mutter beizubehalten (Salis, 2007).

## **6.4 Bedeutung aus präventiver Sicht**

Das frühzeitige Erkennen von Risikofaktoren und/oder Symptomen einer PTBS wird als Sekundärprävention bezeichnet. Bei der Analyse der Ergebnisse hat sich gezeigt, dass schon antepartale Risikofaktoren vorliegen können und die Prävention bereits vor der Geburt beginnen sollte. Die von Caplan (1964, zitiert durch Leppin, 2010) definierte Primärprävention beginnt demnach in der Schwangerenvorsorge. Eine umfangliche Information über den physiologischen Geburtsverlauf, den Geburtsschmerz und Möglichkeiten mit dem Schmerz umzugehen sowie die Bestärkung der Frau, ihre Wünsche und Bedürfnisse zu äussern, um eine optimale Unterstützung der Hebamme zu gewährleisten, sollten Bestandteil in der Schwangerenvorsorge sein. Wie von Salis (2007) erwähnt, würde hierzu auch die Information über psychische Erkrankungen p.p. gehören. Intrapartalen Risikofaktoren vorzubeugen wäre eine Form der Primärprävention, indem versucht wird, diese zu umgehen. Nicht ausser Acht lassen darf man hierbei die Tatsache, dass das ausschlaggebende, subjektive Empfinden der Frauen nicht vorhersagbar oder beeinflussbar ist.

Die erörterten Risikofaktoren aus der Literaturreview dienen als Grundlage für ein Screening. Sie ermöglichen ein zielgruppenspezifisches und kosteneffizientes Screening bei Risikogruppen (Leppin, 2010).

Das Vorbeugen einer PTBS beginnt demnach nicht erst nach einer traumatisch erlebten Geburt, sondern bereits durch die Erkennung von prädisponierten Frauen und eingeleiteten Massnahmen zur Verhinderung einer Traumatisierung als Primär- oder Sekundärprävention sowie zur Verhinderung einer Retraumatisierung unter der Geburt als Tertiärprävention (Leppin, 2010). Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention müssen

somit in Bezug auf PTBS in der postpartalen Phase zwingend gemeinsam betrachtet werden.

## 6.5 Empfohlene Handlungsrichtlinien

Aufgrund der diskutierten Inhalte und Ergebnisse der vorliegenden Literaturreview lässt sich folgender Handlungsablauf für die Praxis empfehlen:

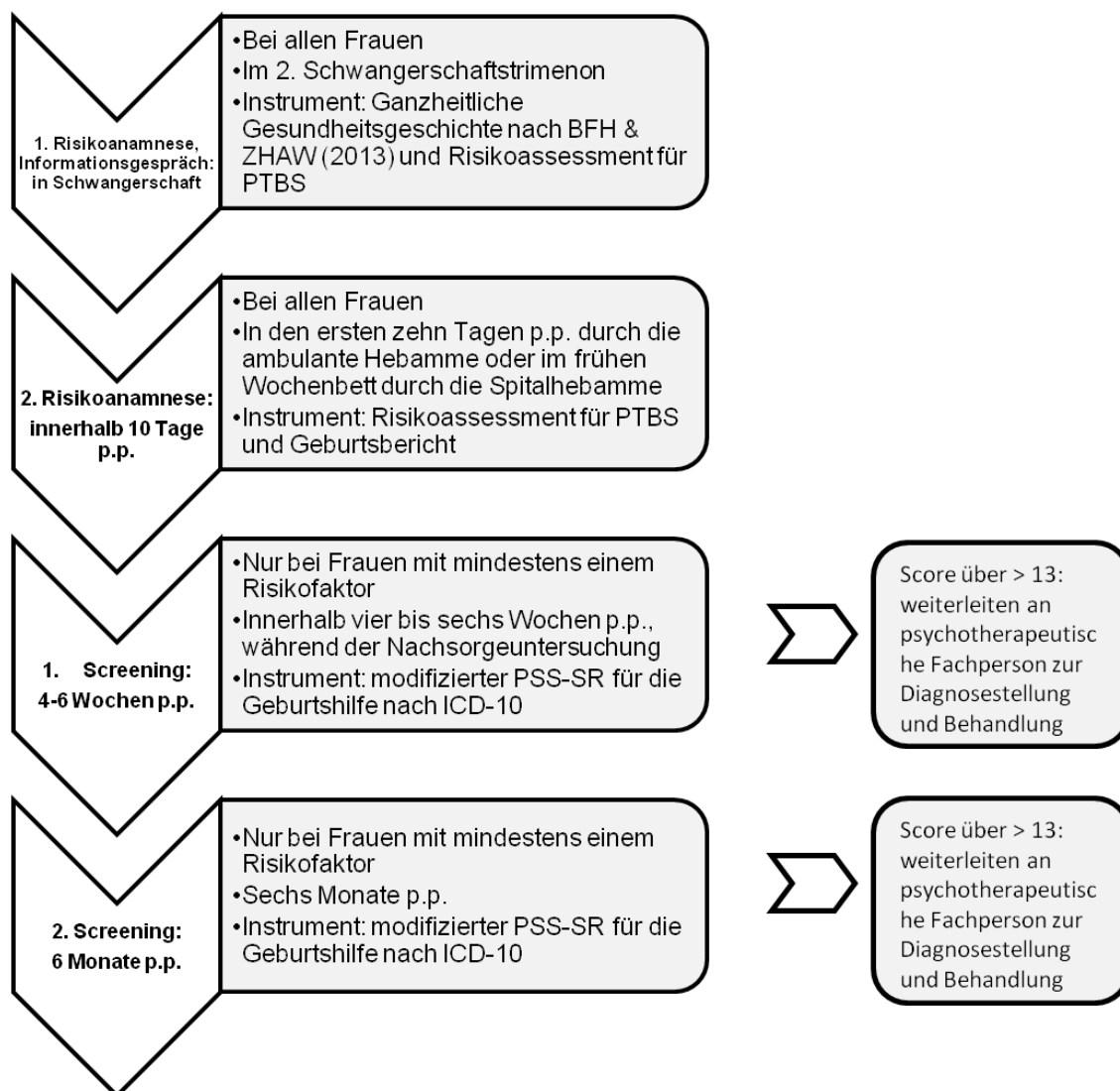


Abbildung 4: Handlungsempfehlungen

## 6.6 Limitationen

Die herausgearbeiteten Ergebnisse müssen unter Einbezug von methodologischen Limitationen beurteilt und interpretiert werden. Wie bereits mehrmals erwähnt, handelt es sich bei den Stichproben der jeweiligen Studien sowohl um sehr heterogene, als auch sehr homogene Stichproben, die eine Übertragbarkeit auf Frauen in der postpartalen Phase einschränken. Zudem wies die einbezogene Literatur bezüglich der Me-

thoden qualitative Unterschiede auf. Nicht vergessen werden darf die Tatsache, dass bei zwei diagnostischen Studien auch Männer in der Stichprobe enthalten waren. Dies kann zu einer Verzerrung der Ergebnisse und einer eingeschränkten Übertragbarkeit führen.

Bezüglich des modifizierten Screening-Instrumentes zeigt sich die Limitation, dass dieses ursprünglich nach DSM-IV aufgebaut war, aufgrund der Ergebnisse war es jedoch das einzige geeignete Instrument. Auch die fehlende Überprüfung des modifizierten Screening-Instrumentes ist eine Limitation. Es muss beachtet werden, dass die Modifizierung eines Screening-Instrumentes, wie es in der vorliegenden Arbeit erfolgte, einen Einfluss auf dessen Spezifität und Sensitivität haben kann.

Dass nur Studien, welche das Vollbild einer PTBS-Erkrankung untersuchten eingeschlossen wurden, ist ebenfalls eine Limitation. Unter Einbezug der Ergebnisse wurde deutlich, dass auch Frauen mit vorhandenen PTBS-Symptomen, welche aber nicht dem Vollbild entsprechen, einen hohen Leidensdruck aufweisen. Für eine weitere Literaturreview sollte der Einschluss von Frauen mit PTBS-Vorstufen in Betracht gezogen werden.

## **7 SCHLUSSFOLGERUNG**

Mit dem vorliegenden Literaturreview konnten vielfältige Risikofaktoren aufgezeigt werden. Diese sollten in die präpartale, intrapartale sowie postpartale Betreuung durch Hebammen einbezogen werden, um Frauen mit Risiko frühzeitig zu erkennen und entsprechende Massnahmen zu treffen, um einer PTBS-Erkrankung präventiv vorzubeugen. Dies bedeutet für spezifisch geschulte Fachpersonen – im Sinne der Kontinuität für die betreuende Hebamme – dass sie sowohl mit dem Erheben der ganzheitlichen Gesundheitsgeschichte, als auch nach der Geburt ein Risiko-Assessment durchführen sollten. Das Risiko-Assessment setzt empathische und feinfühligere Kommunikationsfähigkeiten voraus. Im Gesundheitssystem der Schweiz sollten Arbeitsbedingungen geschaffen werden, die eine kontinuierliche Betreuung und eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit erlauben, um traumatischen Erlebnissen vorzubeugen.

Aufgrund der Prävalenz empfiehlt sich die Durchführung eines Screenings bei Risikoklientinnen einerseits vier bis sechs Wochen p.p. als erster Zeitpunkt in Kombination mit der Nachsorgeuntersuchung, andererseits sechs Monate p.p. als zweiter Zeitpunkt, um eine sich später entwickelte PTBS zu erkennen. Aus zeitlichen und personellen Gründen empfiehlt sich ein leicht verständlicher, geburtsspezifischer Fragebogen, den die Frauen selbstständig ausfüllen können. Als geeignetes Instrument hat sich im Vergleich zum Goldstandard der PSS-SR gezeigt. In seiner ursprünglichen Version ist er

nicht spezifisch auf die Geburtshilfe bezogen, eine modifizierte Version wurde aufgrund der diskutierten Ergebnisse erarbeitet und ist im Anhang ersichtlich. Neben der Verständlichkeit des Fragebogens ist auch die Compliance der Klientinnen Voraussetzung für die reale Erfassung der PTBS-Betroffenen. Die Compliance wiederum setzt voraus, dass Klientinnen umfassend informiert werden - idealerweise bereits in der Schwangerschaft. Zur definitiven Diagnose-Stellung empfiehlt sich nach wie vor die Anwendung des Goldstandards SCID durch eine geschulte Fachperson. Bei der Betreuung einer Frau mit einer PTBS sollte zwingend eine psychotherapeutische Fachperson einbezogen werden, die Hebammen-Betreuung sollte jedoch weiter geführt werden.

Die Implementierung der Handlungsempfehlungen und des Screening-Instrumentes bedarf sorgfältiger Planung unter Einbezug der betroffenen Praxisstrukturen.

Aus den Analyse-Ergebnissen wird deutlich, dass in einigen Bereichen noch weiterer Forschungsbedarf besteht. Die geringe Inzidenz der PTBS-Erkrankung in der postpartalen Phase bringt Schwierigkeiten mit sich. Um eine angemessene Stichproben-Grösse zu erhalten, kann eine heterogene Stichprobe kaum umgangen werden. Zudem ist in der PTBS-Forschung lediglich ein retrospektives Forschungsdesign anwendbar. Des Weiteren muss beachtet werden, dass psychisch kranke Menschen als vulnerable Gruppe gelten und entsprechend ethische Prinzipien strikt eingehalten werden müssen.

Weiter erforscht werden muss die Kausalität zwischen PPD und PTBS in der postpartalen Phase sowie deren gegenseitige Beeinflussung. Bezüglich der Schwangerschaftsbetreuung braucht es Forschungsergebnisse, zur optimalen Betreuung von Frauen mit Prä-Traumatisierungen oder anderen antenatalen Risikofaktoren in Bezug auf Schmerzbewältigung, Geburtsvorbereitung, Informationsvermittlung und Empowerment. Geklärt werden sollte zudem, ab welcher Anzahl Risikofaktoren eine Frau tatsächlich als Risikopatientin definiert wird.

Der in der vorliegenden Arbeit modifizierte PSS-SR sollte in einer diagnostischen Studie mit Vergleich zum Goldstandard SCID auf seine Spezifität und Sensitivität geprüft werden. In dieser Studie sollten Frauen mit vorherigen psychischen Erkrankungen oder einer manifestierten PTBS-Erkrankung ausgeschlossen werden, um die Ergebnisse möglichst nicht zu verfälschen. Zudem muss geprüft werden, welche Effizienz der empfohlene Handlungsablauf aufweist und wie sich dieser auf die Gesundheit der Frauen auswirkt. Die Bedeutung und Folgen einer inkompletten PTBS-Erkrankung und somit eines Scores unter 13 Punkten sollte ebenfalls wissenschaftlich untersucht werden.

Einen weiteren Forschungsbedarf zeigt sich in anderen möglichen Screening-Instrumenten, die auf ihre Übertragbarkeit in das geburtshilfliche Setting geprüft werden müssten.

## 8 LITERATURVERZEICHNIS

- Andersen, L.B., Melvaer, L.B., Videbech, P., Lamont, R.F. & Joergensen, J.S. (2012). Riskfactors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(11), 1261-1272.
- Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften & ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2001). Systematische Evidenz-Recherche. Abgefragt am 28. Februar 2013, unter <http://www.aerzteverein.de/mediapool/26/267250/data/evidenzgrade.pdf>
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2008). Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinienbewertung (DELBI). Abgefragt am 28. Februar 2013, unter <http://www.leitlinien.de/mdb/edocs/pdf/delbi/delbi-2.0-konsultationsfassung.pdf>
- Ayers, S. (2007). Thoughts and emotions during traumatic birth. A qualitative study. *Birth*, 34(3), 253-263.
- Ayers, S. & Harris, R. (2012). What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum 'hot spots'. *Psychology & Health*, 27(10), 1166-1177.
- Ayers, S., McKenzie-McHarg, K. & Eagle, A. (2007). Cognitive behaviour therapy for postnatal post-traumatic stress disorder: case studies. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(3), 177-84.
- Beck, C.T., Gable, R.K., Sakala, C. & Declercq, E.R. (2011). Posttraumatic stress disorder in new mothers: results from a two-stage U.S. national survey. *Birth*, 38(3), 216-27.
- Behrens, J. & Langer, G. (2010). Evidence-based Nursing and Caring. Bern: Verlag Hans Huber.
- Bloemeke, V.J. & Erfmann, A. (2007). Geburt und Geburtserlebnis. In Bund Deutscher Hebammen (Hrsg.), *Psychologie und Psychopathologie für Hebammen* (S.176-249). Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Brunner, R., Plener, P. & Resch, F. (2012). Posttraumatische Belastungsstörung, Anpassungsstörung und Selbstbeschädigungserkrankungen. In J.M. Fegert, C. Eggers, F. Resch (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (S. 597-619). Berlin: Verlag Springer.
- Bundesamt für Gesundheit (2004). Psychische Gesundheit: Strategieentwurf zum Schutz, zur

Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz. Abgefragt am 3. April 2013, unter <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01916/>

- Deister, A. (2009). Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen. In H.-J. Möller, G. Laux, A. Deister (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 233-246). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Dell'Osso, L., Carmassi, C., Rucci, P., Conversano, C., Shear, M.K., Calugi, S., Maser, J.D., Endicott, J., Fagiolini, A. & Cassano, G.B. A multidimensional spectrum approach to post-traumatic stress disorder: comparison between the Structured Clinical Interview for Trauma and Loss Spectrum (SCI-TALS) and the Self- Report instrument (TALS-SR). *Comprehensive Psychiatry*, 50(5), 485-490.
- Fairbrother, N. & Woody, S.R. (2007). Fear of childbirth and obstetric events as predictors of postnatal symptoms of depression and posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(4), 239-242.
- Felber Piso, G. (2006). Das unglückliche Mutter- Sein – Über das Tabu der postpartalen Depression. In E. Cignacco (Hrsg.), *Hebammenarbeit* (S.175-196). Bern: Verlag Hans Huber.
- First, M.B., Frances, A. & Pincus, H.A. (2004). *DSM-IV-TR Guidebook*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, Ch., Lampe, A., Liebermann, P., Maercker, A., Reddemann, L. & Wöller, W. (2011). Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ICD 10: F 43.1. Abgefragt am 8. April 2013, unter [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/051-010k\\_S3\\_Posttraumatische\\_Belastungsstoerung\\_2012-03.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-010k_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2012-03.pdf)
- Foa, E.B., Cashman, L., Jaycox, L. & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9(4), 445-451.
- Foa, E.B., Riggs, D.S., Dancu, C.V. & Rothbaum, B.O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic stress*, 6(4), 459-473.
- Frauenknecht, S. (2012). Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen. In K. Lieb, S. Frauenknecht, S. Brunnhuber (Hrsg.), *Intensivkurs Psychiatrie und Psycho-*



- therapie* (S. 275-290). München: Elsevier.
- Fritzen, C.G. (2007). Erleben der Entbindung unter besonderer Berücksichtigung traumatischer Erfahrungen (Doktor-Dissertation). Abgefragt am 1. Juni 2013, unter <http://hss.ulb.uni-bonn.de/2007/1028/1028.htm>
- Frommberger, U. (2012). Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen. In H.J. Freyberger, W. Schneider, R. Stieglitz (Hrsg.), *Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin* (S. 249-261). Bern: Verlag Hans Huber.
- Gamble, J., Creedy, D.K., Moyle, W., Webster, J., McAllister, M. & Dickson, P. (2005). Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *Birth*, 32(1), 11-19.
- Geist, Ch. (2007). Wochenbettbetreuung in der Klinik. In Ch. Geist, U. Harder & A. Stiefel (Hrsg.), *Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (S. 420-426). Stuttgart: Hippokrates.
- Hadwin, P. (2007). Common mental health disorders. In S. Price (Eds.), *Mental health in Pregnancy and Childbirth* (pp. 79-103). Bristol: Elsevier.
- Hartmann, L. (2005). Posttraumatische Belastungsstörung. *hebamme.ch*, 6/05, 4-7.
- Hurrelmann, K., Klotz, Th. & Haisch, J. (2010). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, Th. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S.13-23). Bern: Verlag Hans Huber.
- International Classification of Diseases (2013). Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen. Abgefragt am 20. Februar 2013, unter <http://www.icd-code.de/icd/code/F43.1.html>
- Kunz, R., Ollenschläger, G., Raspe, H., Jonitz, G. & Kolkman, F.W. (2000). Lehrbuch der evidenzbasierten Medizin in Klinik und Praxis. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Künzi, K. & Detzel, P. (2007). Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute. Abgefragt am 2. April 2013, unter <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/03.html?publicationID=2951>
- Krankenpflege-Leistungsverordnung (2013). Abgefragt am 17. Juni 2013, unter <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950275/index.html>
- Lapp, L.K., Agbokou, C., Peretti, C.-S. & Ferreri, F. (2010). Management of posttraumatic stress disorder after childbirth: a review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*,

31(3), 113-122.

- Leppin, A. (2010). Konzepte und Strategien der Prävention. In K. Hurrelmann, Th. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 35-44). Bern: Verlag Hans Huber.
- Loos, I. & Ackart Kössler, A. (2013). Gesundheitsassessment: Gesundheitsgeschichte erheben. In Berner Fachhochschule & Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (Hrsg.), *Skills für Hebammen: Schwangerschaft Band 1*. Bern: hep-Verlag.
- MacArthur, C., Winter, H.R., Bick, D., Lilford, R.J., Lancashire, R.J., Knowles, H., Braunholtz, D.A., Henderson, C., Belfield, C. & Gee, H. (2003). Redesigning postnatal care: a randomised controlled trial of protocolbased midwifery-led care focused on individual women's physical and psychological health needs. *Health Technology Assessment*, 7(37), 91-98.
- Meltzer-Brody, S., Hartmann, K., Miller, W.C., Scott, J., Garrett, J. & Davidson, J. (2004). A brief screening instrument to detect posttraumatic stress disorder in outpatient gynecology. *Obstetric & Gynecology*, 104(4), 770-776.
- Morland, L., Goebert, D., Onoye, J., Frattarelli, L., Derauf, C., Herbst, M., Matsu, C. & Friedman, M. (2007). Posttraumatic stress disorder and pregnancy health: preliminary update and implications. *Psychosomatics*, 48(4), 304-308.
- NICE (2005). Post-traumatic stress disorder (PTSD). The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Abgefragt am 7. April 2013, unter [www.nice.org.uk/CG026distributionlist](http://www.nice.org.uk/CG026distributionlist)
- Nesca, M. & Dalby, J.T. (2010). Maternal neonaticide following traumatic childbirth: a case study. *International Journal Offender Therapy And Comparative Criminology*, 55(7), 1166-1178.
- Neumeister, A. & Czermak, M. (2009). Umgang mit dem Trauma. *Psychopraxis*, 12(6), 22-26.
- Nyberg, K., Lindberg, I. & Öhrling, K. (2010). Midwives' experience of encountering women with posttraumatic stress symptoms after childbirth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 1(2), 55-60.
- Olde, E., van der Hart O., Kleber, R. & van Son, M., (2005). Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clinical psychology review*, 26(1), 1-16.
- Patel, R.R., Murphy, D.J. & Peters, T.J. Operative delivery and postnatal depression: a cohort

study. *British Medical Journal*, 330:879.

Polit, D.F., Beck, C.T. & Hungler, B.P. (2010). Kritische Würdigung und Anwendung von Pflegeforschung. Lehrbuch Pflegeforschung. Bern: Verlag Hans Huber.

Public Health Schweiz (2012). Positionspapier Entstigmatisierung: Grundlagen für eine nationale Kampagne zur Entstigmatisierung von psychischen Krankheiten und von Menschen mit Störungen der psychischen Gesundheit. Abgefragt am 3. April 2013, unter [http://www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/mental/Positionspapier\\_Entstigmatisierung\\_120815.pdf](http://www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/mental/Positionspapier_Entstigmatisierung_120815.pdf)

Quintana, M.I., Mari, J., Ribeiro, W.S., Jorge, M.R. & Andreoli, S.B. Accuracy of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2.1) of post-traumatic stress disorder according to DSM-IV criteria. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(7), 1312-1318.

Raffle, A. & Gray, J.A.M. (2009). Screening: Durchführung und Nutzen von Vorsorgeuntersuchungen. Bern: Verlag Hans Huber.

Revital, L. (2009). Opferhilfepsychologie. Psychische Reaktionen auf Traumata und Bedürfnisse von Traumatisierten. In B. Ehrenzeller, Ch. Guy-Ecubert & A. Kuhn (Hrsg.), *Das revidierte Opferhilfegesetz* (S. 147-164). St. Gallen: Dike Verlag.

Rose, S.C., Bisson, J. & Wessely, S. (2009). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. DOI: 10.1002/14651858.CD000560.

Salis, B. (2007). Psychische Störungen im Wochenbett. Möglichkeiten der Hebammenkunst. München: Elsevier Verlag.

Scher, C.D., McCreary, D.R., Asmundson, G.J.G., Resick, P.A. (2008). The structure of post-traumatic stress disorder symptoms in three female trauma samples: A comparison of interview and self-report measures. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(7), 1137-1145.

SHV (2011). Statistikbericht 2011. Abgefragt am 3. April 2013, unter [http://www.hebamme.ch/x\\_dnld/stat/Statistikbericht\\_2011\\_d.pdf](http://www.hebamme.ch/x_dnld/stat/Statistikbericht_2011_d.pdf)

Schweizerischer Hebammenverband SHV (2005). Berufsdefinition der Hebamme. Abfragt am 28. April 2013, unter [http://www.hebamme.ch/x\\_data/allgnld/Berufsdefinition%20der%20Hebamme%20d.pdf](http://www.hebamme.ch/x_data/allgnld/Berufsdefinition%20der%20Hebamme%20d.pdf)

- Spies, G., Stein, D.J., Ros, A., Faures, S.C., Mosters, J., Seedat, S. & Vythilingum, B. (2009). Validity of the Kessler (K-10) in detecting DSM-IV defined mood and anxiety disorders among pregnant women. *Archives of Women's Mental Health*, 12(2), 69-74.
- Stadlmayr, W., Cignacco, E., Surbek, D. & Büchi, S. (2009). Screening-Instrumente zur Erfassung von Befindlichkeitsstörungen nach der Geburt. *Die Hebamme*, 22(1), 13-19.
- Steinke, I. (1999). Kriterien qualitativer Forschung: Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung. Weinheim: Juventa Verlag.
- Stramrood, C.A.I., Huis in't Veld, E.M.J, Van Pampus, M.G., Berger, L.W.A.R., Vingerhoets, J.J.M., Weijmar Schultz, W.C.M., Van den Berg, P.P., Van Sonderen, E.L.P. & Paarlberg, K.M. Measuring posttraumatic stress following childbirth: a critical evaluation of instruments. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 31(1), 40-49.
- Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Banack, H., Dritsa, M. & Khalifé, S. PTSD following childbirth: A prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(4), 257-263.

## 9 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Verlaufsformen nach Trauma (modifiziert nach AWMF, 2011) .....	9
Abbildung 2: Neurobiologische Verarbeitung nach Trauma (Neumeister & Czermak, 2009) .....	13
Abbildung 3: Literatursuche .....	29
Abbildung 4: Handlungsempfehlungen .....	59

## 10 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Diagnose-Kriterien nach ICD 10 (2013) und DSM-IV (2004) .....	14
Tabelle 2: Präventionsmodell nach Caplan (1964, zitiert durch Leppin, 2010) .....	20
Tabelle 3: eingeschlossene Literatur .....	31
Tabelle 4: ausgeschlossene Literatur .....	32
Tabelle 5: Übersicht von Stärken und Schwächen der eingeschlossenen Literatur .....	35
Tabelle 6: Übersicht der Ergebnisse aus systematischen Literaturreviews .....	38
Tabelle 7: Übersicht der Ergebnisse aus quantitativen Studien .....	40
Tabelle 8: Übersicht der Ergebnisse der qualitativen Studie .....	44
Tabelle 9: Übersicht der Ergebnisse der Leitlinien .....	45
Tabelle 10: Übersicht Risikofaktoren .....	48

## 11 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Agency for Health Care Policy and Research	AHCPR
Area under the curve	AUC
American Psychiatric Association	APA
AG der wissenschaftliche-medizinischen Fachgesellschaften	AWMF
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin	ÄZQ
Bundesamt für Gesundheit	BAG
Berner Fachhochschule	BFH
Composite International Diagnostic Interview	CIDI
Deutsches Instrument zur Leitlinienbeurteilung	DELBI
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	DSM
Intraclass correlation coefficients	ICC
International Classification of Diseases	ICD
Kessler-10	K-10
National Institute for Health and Care Excellence	NICE
Negativ prädiktiver Wert	NPW
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium	Obsan
Peridural-Anästhesie	PDA
post partum	p.p.
postpartale Depression	PPD
positiv prädiktiver Wert	PPW
PTSD Symptome Scale-Self Report	PSS-SR
posttraumatische Belastungsstörung	PTBS
Receiver Operating Characteristic	ROC
Structured Clinical Interview for DSM Disorders	SCID
Structured Clinical Interview for Trauma and Loss Spectrum	SCI-TALS
Schweizerischer Hebammenverband	SHV
Trauma and Loss Spectrum Self Report	TALS-SR

Traumatic Event Scale-B

TES-B

World Health Organization

WHO

Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften

ZHAW

## 12 ANHANG

### 12.1 Modifizierter PSS-SR für die Geburtshilfe

# PSS-SR für die Geburtshilfe

modifiziert nach Stucky & Wagner (2013)

**Information:** Die Geburt eines Kindes kann in manchen Fällen als traumatisch erlebt werden, wobei sich bei 1-2% der betroffenen Frauen eine posttraumatische Belastungsstörung, mit weitreichenden Folgen für sie und ihre Familien, entwickeln kann. Durch die Befragung mittels dieses Fragebogens, können Frauen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit der Erkrankung ermittelt und frühzeitig behandelt werden. Somit werden die Folgen so gering wie möglich gehalten.

**Vorgehen:** Beantworten Sie die untenstehenden Fragen im Bezug auf ihre Empfinden seit der Geburt Ihres Kindes mit Hilfe folgender Skala:

0 = nie / trifft nicht zu

1 = 1 Mal pro Woche / ein wenig / ab und zu

2 = 2 bis 4 Mal pro Woche / meistens

3 = 5 oder mehrmals pro Woche / sehr häufig / immer

Kreuzen Sie die zutreffende Zahl an, pro Frage dürfen Sie lediglich eine Zahl ankreuzen.



<b>Fragebogen</b>					
Nr.	Frage	0	1	2	3
1.	Hatten Sie seit der Geburt erschütternde Gedanken oder Bilder der Geburt oder der Zeit danach, die Ihnen in den Sinn kamen, ohne dass Sie es wollten?				
2.	Hatten Sie seit der Geburt schlechte Träume / Alpträume über die Geburt oder die Zeit danach?				
3.	Hatten Sie seit der Geburt, das Gefühl, dass Sie die Geburt oder die Zeit danach nochmals durchleben, in dem Sie fühlten oder handelten, als ob es erneut passiert?				
4.	Waren Sie seit der Geburt emotional sehr aufgebracht, wenn Sie an die Geburt oder die Zeit danach erinnert wurden (z.B. bei der Erinnerung ängstlich, wütend, traurig etc. werden)				
5.	Zeigten sich bei Ihnen seit der Geburt körperliche Reaktionen (z.B. Schweissausbrüche, Herzklopfen oder Herzrasen), wenn Sie an die Geburt oder die Zeit danach erinnert wurden?				
6.	Versuchten Sie seit der Geburt, Erinnerungen und Gefühle, die Sie mit der Geburt oder der Zeit danach verbinden, zu umgehen?				
7.	Meiden Sie Aktivitäten, Situationen oder Orte, welche Sie an die Geburt oder die Zeit danach erinnern?				
8.	Gibt es wichtige Momente der Geburt oder der Zeit danach, an die Sie sich immer noch nicht erinnern können?				
9.	Haben Sie das Gefühl, dass Sie seit der Geburt, das Interesse an Sachen, die Sie früher gerne mochten oder taten, verloren haben?				
10.	Fühlten Sie sich seit der Geburt gegenüber ihrem Umfeld distanziert oder abgegrenzt?				
11.	Fühlten Sie sich seit der Geburt emotional abgestumpft (z.B. das Gefühl von Traurigkeit ohne weinen zu können, Unfähigkeit, liebevolle Gefühle zu empfinden)?				
12.	Hatten Sie seit der Geburt das Gefühl, dass diese oder die Zeit danach, ihre Zukunftspläne oder Hoffnungen verändert haben?				
13.	Hatten Sie seit der Geburt Ein- oder Durchschlafstörungen, welche nicht mit Ihrem Neugeborenen in Zusammenhang standen?				
14.	Fühlten Sie sich seit der Geburt gereizter oder hatten Sie Wutausbrüche?				
15.	Haben Sie seit der Geburt, Mühe sich zu konzentrieren (z.B. Abschweifen während Gesprächen, Schwierigkeiten, sich an Gelesenes zu erinnern oder einer Geschichte im Fernseher zu folgen)?				
16.	Fühlten Sie sich seit der Geburt unter erhöhter Alarmbereitschaft (z.B. ständiger Kontrolldrang)?				
17.	Fühlten Sie sich seit der Geburt schreckhafter als zuvor?				

## 12.2 Risiko-Assessment

### Risiko-Assessment für PTBS

Untenstehend sind Empfehlungen für mögliche Fragekataloge zum Risiko-Assessment einer PTBS in der postpartalen Phase. Im ersten Kasten befinden sich mögliche Risikofaktoren und Fragen, die sich auf das Assessment in der Schwangerschaft beziehen, im zweiten Kasten sind intra- und postpartale Risikofaktoren sowie Fragen für das Assessment nach der Geburt aufgeführt.

#### Risiko-Assessment in der Schwangerschaft (2. Trimenon):

##### *Antepartale Risikofaktoren:*

- psychische Erkrankungen in der Anamnese
- traumatische Erlebnisse oder sexueller Missbrauch in der Anamnese
- vermehrte Angstmerkmale und erhöhte Ängstlichkeit
- tiefes Kohärenzgefühl
- negative Erinnerungen aus der Schwangerschaft
- geburtshilfliche Komplikationen in der Schwangerschaft
- wenig soziale Unterstützung

##### *Möglicher Fragekatalog:*

- Litten Sie bisher jemals unter einer psychischen Erkrankung jeglicher Art?
- Erinnern Sie sich an ein traumatisches Ereignis in der Vergangenheit (z.B. Krieg, Gewalt, Unfall, Missbrauch, Tod eines Angehörigen)?
- Würden Sie sich als ängstlich bezeichnen?
- Welche Erinnerungen haben Sie an ihre Schwangerschaft und wie fühlen Sie sich aktuell?
- Wie verlief Ihre Schwangerschaft bis jetzt?
- Wie werden Sie von ihrem Umfeld unterstützt?

#### Risiko-Assessment in der postpartalen Phase (innerhalb 10 Tage p.p.):

##### *Intrapartale Risikofaktoren:*

- einschneidendes Erlebnis unter der Geburt
- Angst und Kontrollverlust
- Dissoziation
- interpersonelle Schwierigkeiten
- wenig Unterstützung vom Partner
- negative Gefühle
- intensiver emotionaler Distress unter der Geburt

- Einleitung aus Dringlichkeit
- PDA aus Dringlichkeit
- Verhandlungsgespräch über eine Geburtseinleitung
- geburtshilfliche Komplikationen unter der Geburt
- geburtshilfliche Notfälle
- Gefühle: Panik, Alarmierung, Nervosität, Hilfslosigkeit, Entmutigung, Irritation, Wut, Verärgerung, Aggressivität, Überraschung
- Gedanken: eigene Schwäche, aufgeben wollen, überwältigt sein

*Postpartale Faktoren:*

- kürzere Stilldauer als gewünscht
- kein ausschliessliches Stillen einen Monat p.p.
- Wunsch der Frau, über mentales Befinden zu sprechen
- Zusammenhang zwischen Depressionssymptomen und PTBS
- Zusammenhang zwischen vermehrt physischen Problemen p.p. und PTBS
- schlechteres Geburtserlebnis als von der Frau erwartet
- Vermeidungsverhalten bzgl. Erinnerungen an die Geburt
- Erinnerungen mit Triggerfunktionen

*Möglicher Fragekatalog:*

- Wie haben Sie ihre Geburt erlebt?
- Wie empfanden Sie die Unterstützung unter der Geburt (von ihrer Begleitperson, von der Hebamme, vom ärztlichen Personal)?
- Erinnern Sie sich an spezielle Gedanken oder Gefühle unter der Geburt?

Angaben zum Geburtsverlauf sowie möglichen Komplikationen sollten idealerweise aus dem Geburtsbericht oder dem Partogramm entnommen werden.