

Stress in der Schwangerschaft – die Zeichen lesen

Chronischer Stress hat gravierende Auswirkungen auf Schwangerschaft und Geburt.

Das frühzeitige Erkennen und gezielte Unterstützen von Frauen in Stress-Situationen ist

Teil der salutogenetisch ausgerichteten Hebammenarbeit, wie Josy Kühberger aufzeigt.

Schwangerschaft stellt eine sensible Umbruchsphase dar, die Anpassungsleistungen (Coping) sowohl auf körperlicher, als auch auf emotionaler und sozialer Ebene erfordert. Gelingt die Bewältigung der neuen Situation, so wird die Homöostase wiederhergestellt und die Erfahrung kann als stärkend eingeordnet werden. Individuell als positiv bewertete Stresserfahrungen werden daher als Eustress (= "guter" Stress) bezeichnet (Antonovsky 1979).

Anders verhält es sich mit Distress (= "schlechtem" Stress). Bei chronischen Belastungen kommt es nicht zur Auflösung eines als bedrohlich erlebten Zustandes. Die Anspannung wird aufrechterhalten und kann zu einer Fülle von stress-assoziierten Erscheinungen wie Wachstumsretardierungen, Frühgeburtlichkeit oder hypertensiven Erkrankungen führen (Mulder 2002; Wadhwa 2011; Alder 2007). Der Zusammenhang zwischen einem hohen Stresslevel und einem verzögertem Bindungsaufbau zwischen Mutter und Kind ist dabei schon lange bekannt (Cranley 1981). Darüber hinaus werden auch langfristige Auswirkungen im Sinne einer präpartalen Prägung, einer Veränderung der kindlichen Stresstoleranzschwelle und einer Beeinflussung des Temperaments diskutiert (van den Bergh 2005; Talge 2007).

Stress erkennen

Distress ist schwer objektivierbar. Gleiche Anforderungen werden als unterschiedlich herausfordernd wahrgenommen, abhängig von der individuellen Stress-Toleranzschwelle, verstärkt



oder abgemildert von den zur Verfügung stehenden Ressourcen und Coping-Strategien. In wissenschaftlichen Untersuchungen versucht man gefährdete Frauen zu identifizieren, indem man sozio-ökonomische Faktoren, Angaben über Gesundheitsverhalten, psychosoziale Belastungen sowie demographische Daten miteinander verknüpft (Austin 2000, Collins 2009). Als besonders risiko-behaftet gelten aus diesem Blickwinkel beispielsweise Schwangere mit einem niedrigen sozialen Status, geringer Bildung, sehr junge und überdurchschnittlich alte Gebärende oder Raucherinnen (Goldenberg 2007).

Der Nutzen dieser Studien für die praktische Hebammenarbeit ist begrenzt. Denn ein epidemiologischer Ansatz

kann nur statistische Zusammenhänge gesundheitsbezogener Ereignisse in anonymen Populationen sichtbar machen. Aber er sagt nichts darüber aus, ob eine leibhaftig vor uns sitzende Schwangere gefährdet ist oder nicht (Duden 2001).

Wie können wir also die einzelne, konkrete Frau erkennen, die unsere Unterstützung braucht? Zum einen kommen uns dabei die Vorteile der kontinuierlichen Eins-zu-eins-Betreuung zu Gute. Unsere Besuche erfolgen im besten Fall über einen langen Zeitraum und ermöglichen den Aufbau einer von gegenseitigem Vertrauen geprägten therapeutischen Beziehung. Das erleichtert es den Frauen, Probleme, Sorgen und Ängste mitzuteilen.

Zum anderen können wir unser Erfahrungs- und Beobachtungswissen nutzen. Denn Stress wird *immer* von einer körperlichen Reaktion begleitet (Selye 1950). Auf welche Bereiche könnte und müsste man achten?

Stress zeigt sich im Körper

Unter der Geburt sind wir es gewohnt, körperliche Zeichen zu lesen. Das Erfassen der Befindlichkeit der Gebärenden geschieht zum Teil intuitiv. Unterbewusst nehmen wir Sympathikus-Symptome wie erweiterte Pupillen, blasser Haut, trockene Schleimhäute, kalte Füße oder sauren Schweiß („Angstgeruch“) wahr. Körperliche Unruhe und eine überhöhte Wachsamkeit nach außen lassen uns genauso aufmerksam werden wie eine starre, resignative Haltung mit wenig Initiative zu Positionsänderungen. Als Hebammen fällt uns die Übererregbarkeit der

Gebärmutter auf. Die Kontraktionen werden als auffallend schmerzhaft empfunden, die Wehenpausen führen nicht in die erhoffte tiefe Entspannung. Die Haltebänder des Uterus fühlen sich straff an. Spannungen im Becken und im Muskelapparat behindern den Geburtsfortschritt.

Beobachtungen werden also dahingehend geordnet, ob sympathische oder parasympathische Zeichen überwiegen. Der Sympathikus stimuliert das Kampf-Flucht-System, das unter Stress anschlägt und durch Angst ausgelöst wird, er „verschließt“. Den Parasympathikus hingegen verbindet man mit Genuss und Entspannung, er „öffnet“. Ein rhythmischer Wechsel zwischen diesen Polen ist physiologisch, da sie sich wechselseitig ergänzen. Während der Schwangerschaft sollten jedoch parasympathische Phasen überwiegen. Die einfachste Erklärung dafür ist, dass ein Organismus sich nur entweder schließen und schützen oder öffnen und wachsen kann (Lipton 2011:144f). Schwangergehen und Gebären erfordern Öffnung und Wachstum.

Hebammen begegnen Distress unter der Geburt meist mit sehr einfachen und doch effektiven Mitteln. Wir bringen Ruhe in die Situation, „schalten die Außenwelt ab“, verdunkeln den Raum. Wir bewegen uns langsamer, reden leiser und nur das Nötigste. Zuwendung, Nähe, Dasein, Wärme, Berührungen, Massagen sollen der Frau helfen, zurück in den Parasympathikus, ihre Entspannungs-Achse, zu gelangen und stimulieren die „guten“ Hormone wie Oxytocin, Endorphine und Östrogene, die wir für die Geburt so dringend brauchen (Schmid 2011:355-376).

Auf die Zeichen in der Schwangerschaft achten

Auch während der Schwangerschaft erheben wir teils bewusst, teils unbewusst eine gesamtheitliche Diagnose. Körpersprache, Händedruck und Stimm- lage fügen sich zu einem ersten Eindruck zusammen. Gut durchblutete, rosige Haut, ein klarer, ruhiger Blick, gut befeuchtete, „strahlende“ Augen mit engen Pupillen lassen uns eine Frau als entspannt empfinden (Coad 2005: 13f).

Einen besonderen Stellenwert nimmt



die Anamnese der ersten Schwangerschaftswochen ein. Frauen, die bereits zu Beginn der Schwangerschaft Anpassungsschwierigkeiten hatten, brauchen unsere Unterstützung besonders. Adaptionerscheinungen wie Müdigkeit, Übelkeit, Erbrechen dürfen sichtbar werden, sollen aber nicht an die Substanz gehen. Eine erhöhte Infektanfälligkeit, Blutungen, Harnwegsentzündungen, Pilzinfektionen, Anämie sind Hinweis auf ein Ungleichgewicht. Wie schläft die Frau? Ein alternierender Rhythmus ist ein wichtiges Kriterium, um zwischen Eustress und Distress unterscheiden zu können (Schmid 2011: 296). Eustress wechselt mit tiefen Entspannungsphasen ab, Distress ist konstant. Hier und da eine schlaflose Nacht ist nicht besorgniserregend, dauerhaft gestörter Schlaf lässt hellhörig werden. Man fragt nach der Verdauung. Progesteron verursacht eine etwas reduzierte Darmperistaltik, aber der Stuhlgang sollte weiterhin regelmäßig und weich sein. Obstipation ist ein Aufmerksamkeitszeichen.

Weitere Hinweise geben klinische Befunde, die regelmäßig erhoben werden. Ist der Puls langsam, voll, kräftig oder schnell und flach? Ist die Atmung langsam und ruhig oder schnell und oberflächlich? Wie ist der Blutdruck? Kommt es zum erwarteten physiologischen Blutdruckabfall oder zeigt sich hier eine erste Anstrengung (Rocken-

schaub 2001:278)?

Da mütterliches Kortisol bei kurz anhaltenden Spitzen (also unter Eustress) von der Plazenta neutralisiert wird und das Ungeborene nicht erreicht (Einspieler 2012:131f), erwarten wir ein regelmäßiges Wachstum des Kindes (messbar am Zunehmen des Bauchumfangs und des Symphysen-Fundus-Abstands) sowie eine physiologische Fruchtwassermenge.

Auch die Kindsbewegungen werden in das Gesamtbild miteinbezogen. Ist das Kampf-Flucht-System aktiviert, so ist die Schwangere stärker mit ihrer Umwelt beschäftigt. Sie ist wachsender und aufmerksamer nach außen, was die für die Kindsbewegungen nötige Innenschau behindert. Diese werden daher oft später und seltener wahrgenommen. Manchmal werden sie hingegen auch als besonders häufig auftretend beschrieben, da die Ungeborenen unter chronischem Stress lange Phasen im aktiven Wachzustand verbringen (Sjöström 2002). Fetale Bewegungen können unter Distress auch als schmerzhaft empfunden werden, möglicherweise aufgrund des erhöhten Grund-Tonus der Gebärmutter.

Ein weiteres körperliches Zeichen stellt die Intensität der Pigmentierung dar. Man wertet das Sichtbarwerden der Linea fusca als Entspannungszeichen, deutliche Striae wiederum können einen Hinweis auf schlecht kompen-

sierten Stress darstellen (Rockenschau 2001:198,444).

Im dritten Trimenon fallen wieder diejenigen Frauen auf, die auch schon zu Schwangerschaftsbeginn ihre Belastungsgrenze erreichten oder überschritten. Viele körperliche Stress-Symptome können von einer gut funktionierenden Plazenta während ihrer „Blütezeit“ kaschiert werden, kehren aber in den letzten Wochen vor der Geburt wieder zurück. Verdauungsbeschwerden und Schlafschwierigkeiten können wieder zunehmen. In den letzten Wochen beobachten Hebammen einen selteneren Stellungswechsel des kindlichen Rückens, manchmal auch ein längeres Verbleiben der Kinder in Beckenendlage, verursacht durch eine erhöhte Spannung des Uterus oder umliegender Muskelgruppen, beispielsweise des Psoas (Franke 2014). Vorbereitungsprozesse wie die „Aufweichung“ des unteren Uterinsegments geschehen langsamer oder finden überhaupt nicht statt. Der kindliche Kopf bleibt ungewöhnlich hoch, erste Schwierigkeiten der Haltung und Stellung können sichtbar werden. Das erwartete Zunehmen der Wehentätigkeit, die vermehrte Durchblutung der Scheide, das „Saftigerwerden“ der Schleimhäute bleiben aus oder beginnen verspätet.

Unterstützungsmöglichkeiten

Wie unter der Geburt, so sind auch unsere Hilfestellungen während der Schwangerschaft einfach, aber gezielt und effektiv. Empathisches und aktives Zuhören, problem-solving, Wissensvermittlung, Empfehlungen zur Lebensführung (Ernährung, Bewegung), „Zeit schenken“, Körperarbeit, Massagen und Entspannungsübungen sind Teil der kontinuierlichen Betreuung.

Einen besonderen Stellenwert nehmen die Stärkung und Einbeziehung des Partners (oder der Person, die ihn vertritt) ein, sowie die Teilnahme an Kursen. Viel Hintergrundwissen dazu findet sich bei Verena Schmid (2011) in „Schwangerschaft, Geburt und Mutterwerden. Ein salutogenetisches Betreuungsmodell“.

Mit all diesen Handlungen versuchen wir, die Frau und ihre Bedürfnisse in den Mittelpunkt zu stellen und sie im



Rahmen unserer Möglichkeiten ein Stück weit Richtung Gesundheit zu lenken. Was zu tun ist, ergibt sich dabei nicht aus statistischen Faktoren wie Einkommen, Parität oder Bildungsgrad, sondern aus der sinnlich begreifbaren Lebenswirklichkeit der Schwangeren. Denn wir betreuen keine gesichtslosen Fälle, sondern begleiten konkrete, leibhaftige Menschen, verwurzelt in ihrer Geschichte, eingebettet in ihr besonderes soziales Gefüge.

Was sie uns erzählen, woran sie uns teilhaben lassen, was wir hören, sehen und tasten gilt es in eine gesamtheitliche Diagnose einzuordnen, um gegebenenfalls rechtzeitig unterstützend eingreifen zu können.

Literatur

- Alder J, Fink N, Bitzer J (2007). Depression and Anxiety during Pregnancy: A Risk Factor of Obstetric, Fetal and Neonatal Outcome? A Critical Review of the Literature. *J Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 20(3):189-209
- Antonovsky A (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass
- Austin M, Leader L (2000). Maternal stress and obstetric and infant outcomes: epidemiological findings and neuroendocrine mechanisms. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 40:331-337
- Coad J, Dunstall M (2005). *Anatomy and Physiology for Midwives*. Churchill Livingstone: Elsevier
- Collins JW, Wambach J, RJ David (2009). Women's lifelong exposure to neighborhood poverty and low birth weight: a population-based study. *Matern Child Health J* 13:326-333
- Cranley M. (1981). Development of a tool for the

measurement of maternal attachment during pregnancy. In: *Nursing Research*, 281-284

- Duden B (2001). „Begreifendes Wissen im Rahmen von Risikokalkulationen? Fragen zum Hebammenwissen heute.“ Vortrag am 9. Hebammenkongress/Dresden: Gebären zwischen Selbstbestimmung und gesellschaftlicher Kontrolle, 21.-23. Mai 2001
- Einspieler C, Prayer D, Prechtel H (2012). *Fetal Behaviour: A Neurodevelopmental Approach*. London: Mac Keith Press
- Franke T (2014). „Die Anatomie und Physiologie kennen, den Geburtsprozess verstehen.“ Vortrag am 2. DHZ Kongress/Hannover: Hebammenkunst – das Wissen nutzen, 27.-28. Juni 2014
- Goldenberg R, Culhane J (2007). Low birth weight in the United States. *Am J Clin Nutr* 85(Suppl):584-590
- Lipton B (2011). *Intelligente Zellen*. Burgrain: KOHA-Verlag S 144f
- Mulder E, Robles de Medina P, Huizink A (2002). Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early Hum Develop* 70(1-2): 3-14
- Rockenschau A (2001). *Gebären ohne Aberglauben. Fibel und Plädoyer für die Hebammenkunst*, 2. Aufl. Wien: Facultas-Univ.-Verlag
- Schmid V (2011). *Schwangerschaft, Geburt und Mutterwerden. Ein salutogenetisches Betreuungsmodell*. Hannover: Elwin Staude Verlag
- Selye H (1950). *The Physiology and Pathology of Exposure to Stress*. Montreal: Acta Endocrinologica
- Sjöström K, Valentin L, Thelin T (2002). Maternal anxiety in late pregnancy: effect on fetal movements and fetal heart rate. *Early Hum Dev* 67:87-100
- Talge N, Neal C, Glover V (2007). Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *J Child Psychol Psychiatry* 48(3-4):245-61
- Van den Bergh B, Mulder E, Mennes M (2005). Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. *Neurosci Biobehav Rev* 29(2):237-58
- Wadhwa P, Entringer S, Buss C (2011). The Contribution of Maternal Stress to Preterm Birth: Issues and Considerations. *Clin Perinatol* 38(3): 351-384

Josy Kühberger MSc

ist Landhebamme im Südburgenland und den angrenzenden steirischen Bezirken und im Projekt „Hebammen in den Schulen“ engagiert.

