

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Bass B, Castelberg B von, Fleischli M

**Verheimlichte und verdrängte Schwangerschaften -
eine Herausforderung für die Klinik**

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2004; 22 (3)
(Ausgabe für Schweiz), 19-19*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2004; 22 (3)
(Ausgabe für Österreich), 19-22*

Homepage:

www.kup.at/speculum

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Verheimlichte und verdrängte Schwangerschaften – eine Herausforderung für die Klinik

B. Bass, M. Fleischli,
B. von Castelberg

Verheimlichte und verdrängte Schwangerschaften sind häufiger als allgemein angenommen wird [1]. Bei der verheimlichten Schwangerschaft weiß die Schwangere von ihrer Schwangerschaft, teilt dies der Umgebung jedoch nicht mit, während die verdrängte Schwangerschaft auch von der betroffenen Frau nicht wahrgenommen wird. Die Diagnose wird frühestens ab der 20. Schwangerschaftswoche (SSW) gestellt, es gibt aber immer wieder Frauen, die durch die Geburt überrascht werden.

Die Häufigkeit von verdrängten Schwangerschaften (Diagnose der Schwangerschaft ab 20. SSW) kann aufgrund einer prospektiven Berliner Studie auf 1:475 geschätzt werden [2]. Die Häufigkeit von Schwangerschaften, die erst bei der Geburt des Kindes bekannt werden, tritt bei 1:2.455 Frauen auf. Umgerechnet auf Schweizer Verhältnisse mit 73.500 Geburten pro Jahr (Bundesamt für Statistik, 2001) sind 155 resp. 30 Geburten im Jahr zu erwarten. Die verdrängte Schwangerschaft kommt demnach häufiger vor als eine akute Appendicitis während der Schwangerschaft, ein Morbus hämolyticus (je 1:1.000) oder eine Uterusruptur (1:1.500). Die Häufigkeit von verheimlichten Schwangerschaften ist nicht bekannt.

Das Problem ist die Betreuung solcher Schwangeren und nicht die Diagnosen-

stellung – es muß einfach daran gedacht werden, daß bei einer Amenorrhoe häufiger ein Schwangerschaftstest gemacht wird (auch eine Anorektika oder Drogenabhängige mit jahrelanger Amenorrhoe kann schwanger werden). Die gute geburts-hilfliche Begleitung trägt viel zum positiven Outcome solcher Schwangerschaften bei, da bei ungenügender Betreuung prä- und perinatale Komplikationen häufiger auftreten.

Der Arzt / die Ärztin wird in der Regel mit der Vielfalt der verschiedenen Probleme, die bei einer verheimlichten oder verdrängten Schwangerschaft zu Tage treten, überfordert sein. Es braucht deshalb ein interdisziplinäres Netzwerk zur Unterstützung.

Anhand je eines Fallbeispiels zur verdrängten und zur verheimlichten Schwangerschaft werde ich die verschiedenen Problemkreise aufzeigen und auf Lösungsansätze eingehen.

Fallbeschreibung 1: Die verheimlichte Schwangerschaft

18jährige I Gravida, I + II Para mit monochorialer diamnioter Gemini-Schwangerschaft, Präeklampsie, primäre Sectio caesarea bei 35 5/7 SSW, Kinder zur Adoption freigegeben, postpartale Endomyometritis

Schwangerschaftsverlauf

18jährige Patientin muslimischer Herkunft. Sie ist in der Schweiz aufgewachsen, lebte vom 15.–18. Lebensjahr im Heimatland, wo sie als Fünfzehnjährige zwangsverheiratet wurde. Sie kehrte alleine zurück in die Schweiz zu ihrer Familie und lebt hier getrennt von ihrem Ehemann, zu dem sie auch keinen Kontakt hat. Die Freundschaft zum Kindsvater hat die Frau geheimgehalten. Sie verfügt weder über eine Berufsausbildung, noch über Arbeit oder ein sonstiges Einkommen.

Die Frau wußte von ihrer Schwangerschaft, versuchte dieses Wissen jedoch zu verdrängen. Die Familie durfte keinesfalls von der Schwangerschaft erfahren, da die Patientin Angst hatte, von ihrem Vater umgebracht zu werden. Vom Kindsvater, von dem sie sich zwischenzeitlich getrennt hatte, wurde sie ebenfalls bedroht.

Medizinische Betreuung

Die erste Schwangerschaftskontrolle fand bei ihrer Hausärztin bei ca. 18. SSW statt. Die Patientin wünschte eigentlich eine Interruptio. Die Schwangerschaft lag aber bereits weit über der 12. SSW, so daß nur eine Interruptio im Ausland zur Diskussion stand, dies von der Frau aber abgelehnt wurde. Die Ärztin stellte zudem die Diagnose einer Gemini-Schwangerschaft und wies die Patientin in die Klinik zur weiteren Schwangerschaftsbetreuung ein. Bis zur 24. SSW fanden regelmäßige zweiwöchentliche, von der Patientin eingehaltene Kontrollen statt.

Ab der 25. SSW wurde die Betreuung zunehmend schwierig, die Patientin blieb den Kontrollen fern und konnte auch telefonisch nicht erreicht werden. Der Bruder der Patientin konnte sie bei SSW 35 motivieren, die Klinik aufzusuchen. Es wurde eine Präeklampsie diagnostiziert und die primäre Sectio durchgeführt.

Die Patientin wurde postpartal auf der gynäkologischen Station betreut. Sie entwickelte eine Endomyometritis, erholte sich unter antibiotischer Therapie jedoch gut und trat nach siebentägiger Hospitalisation aus.

Die Kinder entsprachen in Gewicht und Entwicklung 36 6/7 SSW. Beide hatten keine Adaptationsprobleme und wurden aufgrund der Frühgeburtlichkeit auf die neonatologische Station der Kinderklinik verlegt. Da sie zur Adoption freigegeben wurden, wurden sie nach achttägiger Hospitalisation direkt von der Pflegefamilie übernommen.

Soziale Betreuung

Die Patientin suchte zuerst Hilfe bei einer Streetworkerin, die während der ganzen Schwangerschaft immer wieder Anlaufstelle war. Bei SSW 22 fand ein Abklärungsgespräch in der klinikinternen Wohngruppe für schwangere Frauen in sozialer Notlage statt. Die Patientin lehnte eine solche vorübergehende Wohnmöglichkeit wegen zu großer geographischer Nähe zur Familie ab.

Im weiteren Verlauf wohnte die Patientin zeitweise bei einer Freundin, zeitweise Zuhause. Sie tauchte immer wieder unter, auch ihre Vertrauenspersonen wußten nicht immer, wo sie zu finden war. Die Suche nach betreuten Wohnmöglichkeiten in anderen

Kantonen wurde von der Patientin nicht unterstützt. Die einzige Vermittlungsperson aus der Familie war der Bruder.

Vorgehensweise der Klinik

Für die Klinik ergibt sich in Situationen wie der oben dargestellten ein Spannungsfeld zwischen soziomedizinischem Betreuungskonzept und dem sich Entziehen der Patientin als Reaktion auf ihre schwierige Situation. Es erfordert sehr hohe Flexibilität und Kreativität, um stets von Neuem einen Zugang zur Patientin zu finden. Entscheidend ist in diesem Fall ein nicht wertender Umgang mit der Patientin. Die Patientin braucht die Gewißheit, daß sie für ihr zeitweise unkooperatives Verhalten nicht bestraft wird, sondern daß auf ihre Probleme immer wieder bereitwillig eingegangen wird.

Zudem spielt die enge Zusammenarbeit mit allen involvierten Stellen eine große Rolle. Da keine Einzelperson oder Institution alle Aufgaben alleine übernehmen kann, braucht es ein Netzwerk. In unserem Fall bestand dieses aus der Klinik mit medizinischem Personal, der Sozialarbeiterin und der Wohngruppe, der Streetworkerin, der Sozialarbeiterin des Sozialzentrums, der Fachstelle für Adoption, den Behörden und den involvierten Vertrauenspersonen der Patientin (Bruder, Freundin). Aufgrund der Bedrohungslage durfte trotz des benötigten großen Netzwerkes kein Informationsleck entstehen; die Patientin mußte sich darauf verlassen können.

Es brauchte die Bereitschaft der Klinik, sich auf ein fremdes soziokulturelles System zum Schutz der Patientin einzulassen. Das Dilemma zwischen persönlicher Freiheit der Patientin und ihrem Wunsch nach Unabhängigkeit und dem Schutz der Patientin und den ungeborenen Kindern mußte immer wieder neu erwogen und diskutiert werden.

Im Notfall kann eine entsprechende Situation bis zur Bereitschaft, alle Rechtsmittel auszuschöpfen (Vormundschaftsbehörde, Bezirksarzt, Polizei), führen. Wir haben uns im geschilderten Fall von der ärztlichen Schweigepflicht vorsorglich vom Bezirksarzt entbinden lassen und auch die Vormundschaftsbehörde vorinformiert. Da es gelungen ist, den Bruder von der Wichtigkeit einer Schwangerschaftskontrolle zu überzeugen und er die Patientin in die Klinik brachte, mußte die Polizei

nicht eingeschaltet werden, die Schweigepflicht konnte gewahrt werden.

Fallbeschreibung 2: Die verdrängte Schwangerschaft

17jährige I Gravida, I Para mit Einlings-Schwangerschaft, Diagnose bei 25. SSW, Kind wird zur Adoption freigegeben werden

Schwangerschaftsverlauf und medizinische Betreuung

Die Schwangere meldet sich bei 25. SSW zur ersten Kontrolle bei ihrer Hausärztin an. Diese stellt eine intakte Schwangerschaft fest. Der bisherige Schwangerschaftsverlauf ist unauffällig, sie wird von der Hausärztin betreut.

Die Patientin hat die Möglichkeit einer Schwangerschaft trotz ausgebliebener Menstruation verdrängt. Sie kann mit der Diagnose zu Beginn schlecht umgehen und wünscht eine möglichst rasche Beendigung der Schwangerschaft und würde dadurch auch eine extreme Frühgeburtlichkeit in Kauf nehmen. In ihrem Umfeld hat niemand die Schwangerschaft wahrgenommen, ihren Arbeitgeber hat sie nicht informiert.

Soziale Betreuung und Vorgehensweise der Klinik

Die Schwangere wird aufgrund ihres Alters und ihrem Wunsch, das Kind zur Adoption freizugeben, bei der Sozialarbeiterin der Klinik angemeldet. Der ebenfalls sehr junge Kindsvater befürwortet ebenfalls die Adoption. Die schwangere Frau kommt zusammen mit ihrer Mutter, mit der sie auch zusammenwohnt, zu einem Informationsgespräch, bei dem auch eine Oberärztin der Klinik anwesend ist. Bei dem Gespräch wird der Wunsch nach Adoption nochmals geklärt, die Schwangere und ihre Mutter bestätigen diese und werden an die Fachstelle für Adoption weitervermittelt. Mit der jungen Frau muß zudem die Vorstellung, daß die Schwangerschaft bald beendet werden könne, besprochen werden. Nach Aufzeigen aller Probleme, die normalerweise mit einer extremen Frühgeburt einhergehen, kann sich die Frau mit einem Austragen der Schwangerschaft bis mindestens zur 36. SSW abfinden. Sie möchte dann per primäre Sectio caesarea entbinden.

Literaturübersicht

Wie die beiden Fallbeispiele verdeutlichen, besteht zwischen Frauen, die eine Schwangerschaft verdrängen und denen, die ihre Schwangerschaft verheimlichen, ein deutlicher Unterschied.

Als Ursache für die Verdrängung einer Schwangerschaft werden ausgeprägte unbewußte Ängste genannt. Die Verdrängung ist dann der unbewußte Abwehrmechanismus, mit welchem der emotionale Konflikt, der im Zusammenhang mit einer unerwünschten Schwangerschaft auftritt, in Schach gehalten wird, indem die Realität, in diesem Fall die Schwangerschaft, nicht wahrgenommen wird [3]. Es kann aber davon ausgegangen werden, daß es keine uniforme strukturelle Ursache gibt, sondern unterschiedliche innere Konflikte und Verarbeitungsmodi in Verbindung mit entsprechend individueller Psychodynamik bestehen [4].

Frauen, die eine Schwangerschaft verdrängen, sind häufig ansonsten psychisch komplett unauffällig und funktionieren in ihrem Umfeld vollkommen normal [5]. Der Sonderfall, daß eine Frau von der Geburt ihres Kindes absolut überrascht wird, kommt selten, aber immer noch häufiger als Drillingsgeburten vor. Meist realisiert die Frau ihre Schwangerschaft nach der 20. SSW und sucht dann auch medizinische Unterstützung auf [6]. Die Gefahr der Verdrängung liegt darin, daß eine Frau den Reifeprozess, den eine Schwangerschaft verlangt, nicht erleben kann. Dadurch ist sie auf ihre Rolle als Mutter ungenügend vorbereitet. Diese Verdrängung kann zu einer ungenügenden medizinischen Betreuung der Schwangerschaft und dadurch zu vermehrten Komplikationen führen oder in Kindsmißhandlung bis zur Kindstötung enden [7, 8]. Ein gutes unterstützendes Management durch betreuende Ärzte in- und außerhalb der Klinik und ein fachlich kompetentes interdisziplinäres Netzwerk begünstigen eine erfolgreiche Mutter-Kind-Beziehung nach der Geburt. Die Frau kann ihr neugeborenes Kind annehmen und adäquat versorgen oder es allenfalls zur Adoption freigeben.

Über Frauen, die ihre Schwangerschaft verheimlichen, ist wenig bekannt. Sicher ist ihre psychosoziale Situation häufig schwierig. Die Verheimlichung kommt vor allem dann vor, wenn das familiäre Umfeld eine Schwangerschaft aus religiösen oder

moralischen Gründen ablehnt. Die Angst, daß die Schwangerschaft bekannt werden könnte, führt dazu, daß diese Frauen spät und unregelmäßig medizinische Unterstützung aufsuchen. Auch hier besteht das Risiko von Schwangerschaftskomplikationen mit Gefährdung von Mutter und Kind sowie die Gefahr einer Schädigung des Kindes postpartal und die Entwicklung einer postpartalen Depression [9]. Frauen in einer solchen psychosozialen Notlage kann nur geholfen werden, wenn sie sich auf die unterstützenden Personen verlassen können.

Diese Schwangerschaften sind immer als Risikoschwangerschaften zu behandeln, da es häufiger zu Komplikationen wie tiefes Geburtsgewicht unter 2.500 g am Termin, „small for gestational age“ und Frühgeburtlichkeit kommt [10].

Schlußfolgerungen

Fälle mit einer verheimlichten Schwangerschaft wie der geschilderten sind sicher häufiger als verdrängte Schwangerschaften. Mit der Zunahme von Migranten aus Ländern mit sehr strikten Moralvorstellungen, was sexuelle Kontakte vor oder außerhalb der Ehe angeht, und einem mit potentieller Gewaltanwendung verbundenen Ehrbegriff kann das Problem von verheimlichten Schwangerschaften in unserem Land bei den Töchtern aus entsprechenden Familien zunehmen.

Da es häufiger zu Komplikationen in unbetreuten Schwangerschaften kommt, ist es wichtig, Frauen im gebärfähigen Alter, auch bei Verneinung, auf ein mögliches Vorliegen einer Schwangerschaft hinzuweisen, sie diesbezüglich zu untersuchen und ihnen gute Unterstützung in einer schwierigen Situation anzubieten.

Dies kann soweit gehen, eine Patientin, die sich den Kontrollen entzieht, aktiv zu suchen.

Ärzte und Ärztinnen, die Frauen mit verheimlichten oder verdrängten Schwangerschaften betreuen, brauchen ein gutes Netzwerk. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit kann eine bessere Unterstützung der Patientin gewährleisten und auch den Arzt / die Ärztin entlasten. Die Größe des Netzwerkes orientiert sich an der Komplexität der Probleme. Eine Klinik mit entsprechender psychosozialer Kompetenz kann wertvolle Hilfe bei der Problemlösung bieten.

LITERATUR

1. Wessel J, Buscher U. Denial of pregnancy: population based study. *BMJ* 2002; 324: 458.
2. Wessel J, Endrikat J, Buscher U. Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81: 1021–7.
3. Finnegan P, McKinsty E, Erlick Robinson G. Denial of Pregnancy and Childbirth. *Can J Psychiatry* 1982; 27: 672–4.
4. Wessel J, Rau G. Zur Schwangerschaftsverdrängung – Darstellung eines Phänomens anhand einiger Ergebnisse von 28 Fällen und Vorstellung einer prospektiven regionalen Verbundstudie für Berlin. *Geburtsh Frauenheilk* 1997; 57: 116–23.
5. Paige L. Neifert. Denial of Pregnancy: A Case Study and Literature Review. *Military Medicine* 2000; 165: 566–8.
6. Brezinka C, Huter O, Biehl W, Kinzl J. Denial of pregnancy: obstetrical aspects. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1994; 15: 1–8.
7. Driever F, Dettmeyer R, Madea B. Die forensisch relevante Überraschungsgeburt nach nicht erkannter bzw. verdrängter Schwangerschaft. *Arch Kriminol (Germany)* 2001; 208: 174–81.
8. Friedrichsen G. Ich habe keine Erklärung. *Der Spiegel* 2003; 7: 52–3.
9. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 2001; 50: 275–85.
10. Wessel J, Endrikat J, Buscher U. Elevated risk for neonatal outcome following denial of pregnancy: results of a one-year prospective study compared with control groups. *J Perinat Med* 2003; 31: 29–35.



Dr. med. Barbara Bass

Medizinstudium in Zürich, Staatsexamen 1990. Promotion 1993. Seit 1996 an der Maternité Inselhof Triemli in Zürich tätig (Chefärztin: Frau Dr. B. von Castelberg), seit 2000 als Fach- und Oberärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe. Ausbildung in psychosozialer und psychosomatischer Medizin mit Fähigkeitsausweis. Seit 2001 50 % selbständige Praxistätigkeit, 50 % Oberärztin in der Klinik mit Schwerpunkt psychosomatische Medizin und Palliativcare. Seit 2003 Lehrauftrag an der medizinischen Fakultät der Universität Zürich, speziell Kommunikation und Interaktion.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Barbara Bass
Maternité Inselhof Triemli
CH-8063 Birmensdorfstr. 501
E-mail: barbara.bass@triemli.stzh.ch

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ **Bestellung kostenloses e-Journal-Abo**

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ **Bilddatenbank**

☒ **Artikeldatenbank**

☒ **Fallberichte**

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung