

# SPECULUM

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

Ringler M

## **Psychodynamische Aspekte traumatischen Geburtserlebens**

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2001; 19 (4)  
(Ausgabe für Schweiz), 23-23*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2001; 19 (4)  
(Ausgabe für Österreich), 23-27*

Homepage:

**[www.kup.at/speculum](http://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**



# Psychodynamische Aspekte traumatischen Geburtserlebens\*

M. Ringler

**G**eburtserleben wurde in den letzten 10 bis 15 Jahren kaum beforscht. Die wesentlichen Ursachen dafür sind, daß (1) Geburtserfahrungen für Frauen in der modernen westlichen Gesellschaft seltene und steuerbare Ereignisse geworden sind, (2) die Geburt sich auf eine sehr kurze Zeitspanne des weiblichen Lebenszyklus bezieht, weshalb sie vorschnell als unbedeutend betrachtet wird, (3) die wissenschaftliche Beschäftigung mit Geburtserfahrungen von anderen Forschungsfeldern der Frauengesundheit verdrängt wurde, und (4) die Veränderungen im geburtshilflichen Bereich in den 70er und 80er Jahren zu vermehrter Zufriedenheit und Sicherheit für die große Mehrheit von Müttern/Eltern und Kindern geführt haben.

Der Wunsch, Schwangerschaft und Geburt möglichst „natürlich“ erleben zu dürfen, die vermehrte Flexibilität hinsichtlich „alternativer“ Entbindungspositionen, findet derzeit ihren Gegenpol in der Propagierung der „Wunschsectio“. Aus einer psychologischen Perspektive kann die Wunschsectio als ein Versuch betrachtet werden, emotionale/psychische Probleme, nämlich Geburtsängste, mit chirurgischen Mitteln zu bekämpfen. Daher stellt sich die Frage, wie Geburtsängste zu verstehen sind und ob auf diesen Erkenntnissen Hilfestellungen für hochgradig geburtsängstliche Frauen und solche mit traumatischen Geburtserfahrungen abgeleitet werden können.

Die folgenden Ausführungen beruhen auf meiner nunmehr 30jährigen psychothera-

\* Diese Arbeit basiert auf dem Vortrag „Psychodynamic factors of traumatic childbirth experience“ beim 1<sup>st</sup> World Congress of Women's Mental Health, Berlin, März 2001.

peutischen Erfahrung mit Frauen und eingehenden Forschungsarbeiten. Die Quellen sind sehr unterschiedlich: Geburtsvorbereitung, Beratungsgespräche vor und nach der Geburt, Frauen, die wegen ihrer Geburtsängste oder Geburtserfahrungen eine psychotherapeutische Hilfe suchten, aber auch Frauen, die wegen gänzlich anderer psychischer Schwierigkeiten gekommen waren, ihre Geburtserfahrungen allerdings im Laufe der Therapien oder Psychoanalysen thematisiert wurden. Psychotherapeutische Quellen unterliegen vielen Einschränkungen: so haben wir es immer mit Menschen zu tun, die wegen eines definierten psychischen Problems Hilfe suchen; dieses steht als Therapieziel grundsätzlich im Vordergrund der therapeutischen Arbeit und bestimmt somit das Prozedere. Die „Neugier“ des Therapeuten, auch wenn das Thema für ihn/sie noch so interessant ist, hat Nachrang, weshalb immer auch ein Teil der individuellen Psychodynamik unaufgeklärt bleiben wird.

## Zur Phänomenologie traumatischen Geburtserlebens

Zumeist berichten Frauen nach einer Geburt gerne über ihr Erleben, wenn es nicht mit zuviel Scham, Angst und Schuldgefühlen besetzt ist. Im Falle einer traumatisch erlebten Geburt nehmen alle mit ihr verknüpften Umstände zumeist einen breiten Raum in den Denkprozessen ein, die selbst wieder Angst und Scham mobilisieren. Die Erinnerungen sind gekennzeichnet von spontanem Auftreten, ausgelöst durch assoziierte Reize (Intrusion), dieselben Handlungsabläufe werden perseverierend wiederholt, begleitet von Beschuldigungen und Rechtfertigungsversuchen, die der eigenen Person und anderen Menschen gelten. Daraus kann unterschiedlich generalisiertes Vermeidungsverhalten entstehen, das alle Aspekte der Schwangerschaft und Geburt betreffen kann. Eine Beziehung zu postpartaler Depression ist nicht zwingend gegeben. Angst, die sich auf die Geburt bezieht, wird in der Folge häufig von anderen seelischen Aktivitäten abgespalten oder verdrängt. Ihre volle Kraft kommt zumeist erst wieder in einer folgenden Schwangerschaft zum Vorschein, in der die betroffene Frau von den Erinnerungen und den Gedanken bezüglich der kommenden Ereignisse überflutet zu werden droht oder die aus diesen Gründen überhaupt vermieden wird. Grundsätzlich besteht eine Überempfindlichkeit und -erregbarkeit bezogen auf

alle assoziierten Reize, die nur durch Verdrängung und Spaltung unter Kontrolle gehalten werden können.

### **Zur Häufigkeit traumatischen Geburtserlebens**

Insgesamt muß angemerkt werden, daß verlässliche epidemiologische Daten fehlen. Einzelfallstudien überwiegen bei weitem [1–4] oder beziehen sich auf eine sehr geringe Fallzahl [5, 6]. Meine persönliche Erfahrung bezieht sich auf 5 Frauen, bei denen eine posttraumatische Belastungsreaktion zu diagnostizieren war. Areskog et al. [7] berichten, daß in einer Zufallsstichprobe 23 % der Frauen schwerwiegende Geburtsängste aufwiesen und 6 % in einem solchen Ausmaß, daß sie in ihrem Alltagsleben und Wohlbefinden beeinträchtigt waren. Spätere Studien ergaben, daß 67 % der Erstgebärenden und 49 % der Mehrgebärenden unter Geburtsängsten litten [8–10]. Die Aussagekraft dieser Daten wird dadurch eingeschränkt, daß sie zumeist im Kontext von Geburtsvorbereitungskursen erhoben wurden. Eine Studie von Czarnocka & Slade [11] an einer unselektierten Stichprobe (N = 264) ergab eine Prävalenz von 3 %, die alle 3 Kriterien einer posttraumatischen Belastungsreaktion erfüllten und bei weiteren 24 % war zumindest eines von drei Kriterien vorhanden. D.h. insgesamt bleibt anzumerken, daß offensichtlich (1) eine hohe Anzahl von Frauen betroffen ist, (2) unser Wissen gering ist, besonders hinsichtlich des Zusammenhangs mit vorgeburtlichen Ängsten und Präventionsmöglichkeiten, aber auch (3) hinsichtlich eines gesicherten Zusammenhangs zwischen tatsächlich somatisch bedrohlichen Begleitumständen einer Geburt.

### **Traumatisch erlebte Geburt und präexistente psychopathologische Zustände**

Frauen, die an einer posttraumatischen Belastungsreaktion nach einer Geburt litten, erlebten sowohl ihre Partner als auch das geburtshilfliche Betreuungspersonal als weniger unterstützend, Schuldzuweisungen waren häufiger und Kontrollverlust während der Wehen stärker [11]. Ballard et al. [1] beschrieben 3 Frauen, die nach einer Geburt eine posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) entwickelten und die schon zuvor psychische Beschwerden aufwiesen, die eine psychiatrische Klassifikation verdienten. Die vorliegende Datenlage erlaubt

keine Aussage, welche vorgeburtliche psychische Situation ein Geburtstrauma erklären würde. Es gibt sicherlich sehr viel mehr psychisch gesunde und kranke Frauen, die die Geburt als eine glückliche und zufriedenstellende Erfahrung erleben als umgekehrt. Daraus folgt, daß psychiatrische Kriterien für die Prävention und Therapie ungenügend sind.

### **Traumatische Geburtserfahrung ohne Erfüllung der Kriterien einer PTSD?**

Im DSM-IV [12] wird der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) breiter Raum eingeräumt (pp 487–496). Die Kriterien werden wie folgt definiert: Kriterium A1: „... das direkte persönliche Erleben einer Situation, die mit dem Tod oder der Androhung des Todes, einer schweren Verletzung oder einer anderen Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit einer anderen Person zu tun hat ...“. Kriterium A2: Das Ereignis löst intensive Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen aus. Kriterium B: anhaltenes Wiedererleben des traumatischen Ereignisses. Kriterium C: Vermeidung von Reizen, die mit dem Ereignis assoziiert sind und Abflachen der allgemeinen Reagibilität, Kriterium D: anhaltende Symptome erhöhten Arousal, Kriterium E: das vollständige Symptombild muß länger als einen Monat anhalten, Kriterium F: klinisch bedeutsame Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen und anderen Funktionsbereichen.

ICD-10 oder auch DSM-IV-Kriterien werden, wie schon an den wenigen verfügbaren Daten deutlich wird, nur auf einen geringen Prozentsatz zutreffen. Zahlenmäßig ist die Gruppe aber gar nicht so gering. Es bedeutet, daß pro Jahr in Österreich etwa 2.000 Frauen vom Vollbild der PTSD nach einer Geburt betroffen sind. Definieren wir traumatisch hingegen als eine Erfahrung, die als gewaltsam und die vorhandenen und erlernten psychischen Bewältigungsstrategien überfordernd erlebt wird, und die physische und mentale Integrität und Identität einer Person massiv erschüttert hat, und nur Teile der DSM-IV-Kriterien aufscheinen, dann erhöht sich die Prävalenz dramatisch [11].

### **Geburtsangst**

Der Einfluß von präpartaler Geburtsangst drängt sich natürlich sofort als Frage

auf. Es gilt, zwei Gruppen von Frauen zu unterscheiden: (1) solche, die sich vor der Geburt ohne vorangegangene Geburtserfahrung fürchten – also jene Frauen, die sich vor einem unbekanntem Ereignis fürchten und (2) eine zweite Gruppe von Frauen, die sich bei einer vorangegangenen Geburt physisch und psychisch von den Erfahrungen überfordert gefühlt haben.

Spricht man mit Frauen, die eine „Katastrophegeburt“ erlebt haben, so zeigt sich, daß ihre Angst oft nicht mit spezifisch schwierigen somatischen Umständen dieser Geburt verbunden werden kann. Oft wurden Reize, die in der klinischen Geburtshilfe als durchaus „normal“ bezeichnet werden, als die körperliche und seelische Integrität bedrohend interpretiert. Erst der spezifische Kontext der Bedeutungen und Werthaltungen einer Frau läßt verstehen, weshalb die jeweilige Reizsituation so bedrohlich erlebt werden mußte.

Es gibt Frauen, die aus geburtshilflicher Sicht „normale“ Geburten traumatisch erleben und andere, die auch sehr lange und schmerzhafte Entbindungen befriedigend erleben. Diese beiden gegensätzlichen Erfahrungsmöglichkeiten führe ich deshalb an, um zu demonstrieren/skizzieren, daß die psychische Erfahrung mit den körperlichen Prozessen nicht korrelieren muß.

Ich arbeitete einige Jahre psychoanalytisch mit einer Mutter zweier Kinder, die es sich bei der zweiten Geburt so einrichtete, daß sie zu Hause alleine entband, und die Hebamme von ihr so gerufen wurde, daß sie gerade noch rechtzeitig kam, um die Nabelschnur durchschneiden zu können. Diese Geburt und alle damit verbundenen Begleitumstände stellten die Mutter äußerst zufrieden. Schon die erste Geburt war eine Hausgeburt gewesen, allerdings hatte sich Frau M. durch die Anwesenheit und Nähe der Hebamme fast bis zur Panik gestört gefühlt. Ich bin gänzlich überzeugt, daß diese Frau, hätte sie in einem Spital entbinden müssen, beide Geburten als Katastrophe erlebt hätte. Die Ursache dafür lag in ihrem tiefen Mißtrauen in die hilfreichen Qualitäten anderer Menschen und der unbewußten Überzeugung, daß sie alleine nicht nur alles besser könne, sondern auch alles besser machen müsse, weil sie ihre Weiblichkeit ihrer Mutter gestohlen habe. Daher konnte sie alle Aspekte ihrer Weiblichkeit nur dann befriedigend leben, wenn sie ein Geheimnis blieben (und dazu mußte sie alleine bleiben).

## Inhalte von Geburtsängsten

Außerhalb von Einzelfallstudien ist es schwierig, zwischen Geburtsängsten *sui generis* und anderen mit Schwangerschaft und Persönlichkeitsvariablen zusammenhängenden Problemen zu unterscheiden, die durch die sozial akzeptierteren Geburtsängste wesentlich leichter verbalisiert werden können, wie beispielsweise Ängste, die sich darauf beziehen, daß man nicht weiß, wer der Vater des Kindes ist, das Kind unerwünscht ist, Konfrontation mit Perfektionsansprüchen etc. [13, 14].

Untersuchungen bezüglich des Inhalts und Ausmaßes von Geburtsängsten beruhen zumeist auf Frauen/Paaren, die Geburtsvorbereitungskurse besuchen [15, 16]. Es gilt aber im Auge zu behalten, daß gerade extrem ängstliche Frauen zumeist unfähig sind, Geburtsvorbereitungen zu besuchen, weil sie sich vor der Konfrontation mit den von Angst und Scham besetzten Reizen fürchten, die in solchen Gruppen hinsichtlich ihres Auftretens von ihnen nicht kontrolliert werden können. Zugleich drückt die Konfrontation mit Schwangeren, die sich scheinbar nicht oder weniger vor der Geburt fürchten, auf das ohnehin beeinträchtigte Selbstwertgefühl.

## Psychodynamische Faktoren

Woran lassen sich Unterschiede beschreiben, die dazu führen, daß die einen Frauen so ängstlich sind und andere selbst äußerst bedrohliche Situationen bewältigen können, ohne von Angst überflutet zu werden. Psychoanalytische und psychotherapeutische Kenntnisse weisen darauf hin, daß die folgenden Themen zentral sind:

- *Ungewißheit, ob der eigene Körper die Geburtserfahrung wird meistern können, ohne daß die sexuelle Funktionstüchtigkeit und Identität beschädigt oder zerstört wird [13, 14].* Lowe [16] benannte diesen Aspekt als „Selbstwirksamkeit“ und wies nach, daß Selbstwirksamkeit signifikant mit Geburtsängsten verbunden ist. In ihrer Untersuchung waren die häufigsten Ängste „hochhängstlicher“ Mütter (1) die Angst, während der Geburt die Kontrolle zu verlieren, (2) Angst vor der Geburt an sich, (3) die Angst, daß das Baby nicht gesund sein könnte, (4) Angst vor schmerzhaften Wehen, (5) Angst vor der Spitalsumgebung. Ringler & Pavelka [17] demonstrieren in einer faktoren-

analytischen Untersuchung, daß Geburtsängste sich im Verlauf der Schwangerschaft verändern. „Verletzungsangst“ ist 3 Monate vor der Geburt am ausgeprägtesten (62 % der Varianz), gefolgt von „Angst vor Geburtskomplikationen“, „Angst, dem Geschehen ausgeliefert zu sein“, „Angst vor der Geburtsarbeit und ihren körperlichen Begleiterscheinungen“, „Angst, die Kontrolle zu verlieren“ und letztlich „Angst vor dem Unbekannten“. In den letzten Wochen vor der Geburt wird „Angst vor der Geburtsarbeit und ihren körperlichen Begleiterscheinungen“ (64 % der Varianz) am deutlichsten, gefolgt von „Angst, dem Geschehen ausgeliefert zu sein“, „Verletzungsangst“ und „Angst vor Geburtskomplikationen“, „Angst, die Kontrolle zu verlieren“ und „Angst vor dem Unbekannten“.

- *Starre Erwartungshaltungen bezüglich des Geburtsablaufs, -settings und der eingehenden körperlichen Empfindungen.* Diese beruhen einerseits auf Phantasien der Frauen, die durch Geburtsvorbereitung und die Arzt-Patient-Klinik-Kommunikation verstärkt werden können, wenn auf das breite Spektrum von „Normalität“ nicht hingewiesen wird und die damit verbundenen Bedeutungszuordnungen nicht besprochen werden.

- *Empfänglichkeit vs. Hemmungen gegenüber neuen und unerwarteten körperlichen Empfindungen.* Doering und Entwisle [18] haben in einer fast schon vergessenen Studie auf die Bedeutung des Faktors „awareness“ hingewiesen. Damit ist eine psychische Haltung gemeint, die geburtsbegleitenden Veränderungen offen und bewußt wahrnehmen zu wollen. Eine Voraussetzung dafür ist „Neugier“. Neugier ist definiert als ein ausgeprägtes Bedürfnis, etwas zu wissen und zu lernen und löst folglich verschiedenste hinführende Verhaltensweisen aus. In unserem Fall geht es um die Neugier, etwas Neues über den eigenen Körper zu erfahren, z. B. die Plastizität und Flexibilität des eigenen Genitales, die Vorstellung des Wachsens und Nährens eines Babys etc. Die Empfänglichkeit/Rezeptivität wird dann eher vorhanden sein, wenn die neue Erfahrung als Bereicherung des Selbst und des Selbst in Beziehung zu anderen (Partner, Kind, Arzt, Hebamme) erlebt werden kann. Dies wiederum ist eine Voraussetzung, innere und äußere Reize wahrzunehmen, ihnen emo-

tionale und intentionale Bedeutung zuzuschreiben und über sie weiter nachzudenken. Traumatisierten und hochängstlichen Menschen fehlen diese mentalen Fähigkeiten, da sie durch Vermeidungsverhalten eingeengt sind.

- Die oben beschriebenen Eigenschaften sind Voraussetzungen der Fähigkeit, zwischen Wehen und Wehenpause zu oszillieren und zu diskriminieren, trotz der Wehenschmerzen. Daraus folgt, daß es eine *hohe Toleranz für gegensätzliche Körperpersensationen* geben muß.

Die zuvor genannten Eigenschaften und die Fähigkeit zu den beschriebenen Bewältigungsstrategien sind eingebettet in übergreifendere persönlichkeitspezifische Eigenschaften, nämlich der Einstellungen zu

- Sauberkeit vs. Beschmutzung,
- Vollständigkeit/Intaktheit vs. Beschädigung,
- Fähigkeit, Schmerz zu ertragen, ohne die Angst zu entwickeln, physisch und psychisch zerstört zu werden,
- Sexualisierung von Schmerzerleben,
- Fähigkeit, Kontrollverlust zuzulassen,
- Vertrauen, daß andere Menschen angemessene Hilfe bereitstellen werden.

### Psychotherapeutische Interventionen

Die meisten Frauen können wir nur wenige Male sehen. Glücklicherweise sind schwangere Frauen und junge Mütter hochmotiviert gegenüber Hilfsangeboten. Fühlen sie sich respektiert und unterstützt, dann nehmen sie dankbar alle Angebote an, die ihnen helfen, ihre Denk- und Verhaltensmuster zu verändern. Unter diesem Gesichtspunkt wird die Frage nach den wesentlichen modulierenden Faktoren und deren Veränderbarkeit wichtig.

Die beschriebenen Eigenschaften sind Teil grundlegender Charakterdispositionen und der Persönlichkeitsstruktur, somit nicht leicht veränderbar. Was also kann in kurzen, fokussierten Interventionen verändert werden? Auf der Basis psychodynamischen und psychoanalytischen Wissens können die folgenden seelischen Aktivitäten erfolgreich verändert werden, die Auswirkungen auf die zuvor angesprochenen Themen haben:

- Reflexion über das zukünftige Ereignis (Geburt) anzufangen und weiterzuführen,
- allmähliche Annäherung an Angst-auslösende Vorstellungen,
- mit verschiedenen Varianten des kommenden Ereignisses gedanklich zu experimentieren, auch im Kontext unterschiedlicher Bewältigungsstrategien,
- d. h. einen psychischen Raum zu schaffen, daß mit der Wirklichkeit gespielt werden kann,
- den Platz anderer Menschen, die bei der Geburt anwesend sein werden, hinsichtlich Mißtrauen und Unterstützung zu überlegen,
- Reflexion der eigenen Denkopoperationen, besonders hinsichtlich des Sistierens von Selbstbeobachtung und Selbstreflexion.

### Zusammenfassung

Insgesamt bleibt festzuhalten, daß unsere Datenlage für die Planung umfassender präventiver Maßnahmen zu gering ist. Eine vermehrte Aufmerksamkeit auf das Problemfeld ist jedoch dringend angezeigt. Mit Sicherheit werden negative Auswirkungen auftreten, die nicht allein die betroffene Frau in ihrer Lebensqualität und psychischen Integrität beeinträchtigt, sondern Auswirkungen in der Paarbeziehung ebenso hinterlassen wird wie in der sich anbahnenden Mutter-Kind-Beziehung und in der Entwicklung des Säuglings/Kindes [19]. Auch gibt es zahlreiche Hinweise, daß Feten von hochhängstlichen Müttern [20] schlechtere Entwicklungsparameter aufweisen. Zuvorderst gilt es unsere Datenlage zu verbessern, Meßinstrumente zu entwickeln, die international vergleichbare Daten liefern und deren Ergebnisse es zulassen, fokussierte, zeitlimitierte Interventionsstrategien zu entwickeln und zu überprüfen.

### LITERATUR

1. Ballard CG, Stanley AK, Brockington IF. Post traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. *Br J Psychiat* 1995; 166: 525–8.
2. Fones C. Posttraumatic stress disorder occurring after painful childbirth. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184: 195–6.

3. Ichida M. A case of posttraumatic stress disorder (PTSD), the onset of which was the complication of childbirth. *Jap J Psychosom Med* 1996; 36: 431–4.
4. Moleman N, Van der Hart O, Van der Kolk BA. The partus reaction: A neglected etiological factor in postpartum psychiatric disorder. *J Nerv ment Dis* 1992; 180: 271–2.
5. Menage J. Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures. *J Rep Inf Psychol* 1993; 11: 221–8.
6. Niven CA. Labour pain: Long-term recall and consequences. *J Rep Inf Psychol* 1988; 6: 83–7.
7. Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 1981; 12: 262–6.
8. Areskog B, Kjessler B, Uddenberg N. Identification of women with significant fear of childbirth during late pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 1982; 13: 98–107.
9. Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Experience of delivery in women with and without fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1983; 2: 1–12.
10. Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Background factors in pregnant women with and without antenatal fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1983; 2: 102–8.
11. Czarnocka J, Slade P. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Br J Clin Psychol* 2000; 39: 35–51.
12. Saß H, Wittchen HU, Zaudig M. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV. Hogrefe, Göttingen, 2. Aufl. 1998.
13. Ringler M. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. In: Springer-Kremser M, Ringler M, Eder A (Hg). *Patient-Frau*, Springer, Wien, 2. Aufl. 2001; 136–78.
14. Ringler M. Psychosexualität der Geburt. In: Springer-Kremser M, Ringler M, Eder A (Hg). *Patient-Frau*, Springer, Wien, 2. Aufl. 2001; 179–202.
15. Ringler M. Psychologie der Geburt im Krankenhaus. Beltz, Weinheim, 1985.
16. Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2000; 21: 219–24.
17. Ringler M, Pavelka R. Geburtsangst. Konkretisierung und Beschreibung des Begriffs anhand empirischer Daten. *Z Geburtsh Perinat* 1982; 186: 55–7.
18. Doering SG, Entwisle DR. Preparation during pregnancy and ability to cope with labor and delivery. *Am J Orthopsychiat* 1975; 45: 825–37.
19. Gergely G, Watson JS. The social biofeedback theory of parental affect-mirroring. The development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *Int J Psychoanal* 1996; 77: 1181–212.
20. McCool WF, Susman EJ. Cortisol activity and self-report anxiety in the antepartum: predictors of maternal intrapartum outcomes in gravid adolescents. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1994; 15: 9–18.

# 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](#)