

Godt nok (es ist gut genug) – aber noch nicht überall

Psychische oder auch körperliche Erkrankung und Kinderwunsch – Frauen, die bei Dr. Antje Heck in Behandlung sind, werden nicht nur in Bezug auf die Medikation gut beraten. «Es braucht eine ganzheitliche Betrachtung der einzelnen, oft dramatischen Lebensentwürfe», sagt die Fachärztin für Pharmakologie und Oberärztin in den psychiatrischen Diensten Aargau im Interview.

INTERVIEW: JIL LÜSCHER

Frau Dr. Heck, mit welchen Krankheitsbildern werden Sie in Ihrer Sprechstunde hauptsächlich konfrontiert?

Antje Heck: Das sind vor allem die affektiven Erkrankungen, am häufigsten Depressionen, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, aber auch Bipolare Erkrankungen. Auch Schlafstörungen kommen in einer Schwangerschaft oft vor, 68 Prozent meiner Patientinnen fragen aktiv nach einer Schlafmedikation. Es kommen aber auch Frauen mit körperlichen Erkrankungen wie Schmerzerkrankungen, multipler Sklerose oder entzündlichen Darmerkrankungen.

Krankheitsbilder, die durch unsere Hochleistungsgesellschaft getriggert werden?

Nicht nur. Die Schwangerschaft selber, obwohl gesellschaftlich positiv konnotiert, ist alleine für sich schon Stress. Sie bedeutet Schlafmangel, der Körper muss sich komplett umstellen, die Psyche sich der neuen Lebenssituation anpassen. Ein Baby erwarten ist eine Herausforderung für die Seele einer Frau, für die psychische Stabilität. Es kommt etwas Neues, Unbekanntes, das verursacht zuerst einmal Angst und Unsicherheit. Hinzu kommt der soziale Aspekt, die Partnerschaft, das Umfeld

– in der Summe ist schwanger sein eine Extremsituation für die Frau. Obendrauf kommen oft dysfunktionalen Annahmen von Frauen selber, aber auch von ihrer Umgebung – es heisst dann, wenn ich schwanger bin, wenn ich ein gesundes Baby habe, dann muss ich doch glücklich sein, dann gibt es doch keinen Grund für eine Depression, dann brauche ich doch keine Medikamente.

Ein gefährlicher Trugschluss?

Dazu muss man wissen, dass auch unbehandelte Erkrankungen wie Angst, Panikstörungen, Depressionen oder Schizophrenie in der Schwangerschaft



negative Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes haben können. Schizophrenie zum Beispiel ist ein Faktor für vermehrte Fehlbildungen beim Embryo, unabhängig von der Medikation. Dazu kommt eine genetische Vulnerabilität, das heisst, Kinder schizophrener Frauen erkranken später selber häufiger, zum Beispiel eben auch an einer Schizophrenie. Nichts tun gegen eine Erkrankung ist also oft gefährlicher für das Kind als eine für die Schwangerschaft optimal gewählte Medikation im Rahmen einer ganzheitlich behandelten Erkrankung.

«Unbehandelte Erkrankungen, Bipolare Störungen, Angst, Depressionen oder Schizophrenie in der Schwangerschaft können auch negative Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes haben.»

Können Sie ein konkretes Beispiel aus der Praxis geben?

Ein ganz typischer Fall: Die Frau war 28 Jahre alt und in der 20. Woche schwanger, als sie zu mir in die Beratung kam. Sie hatte Depressionen, litt an Schlafstörungen, quälte sich durch den Tag, war schwermütig, traurig und hatte keine Freude mehr am Leben. Im Job zeigte ihre Leistungskurve nach unten, sie war fehleranfällig. Im Privatleben zog sich die Frau zurück, wollte nur noch ins Bett. Auf ihren Mann war sie wütend, obwohl er sich rührend um sie kümmerte. Ich habe die Frau krankgeschrieben und drei Massnahmen ergriffen: Überweisung an eine Psychotherapeutin, Verabreichung des Antidepressivums Sertralin, ein Medikament, das die Serotoninkonzentration im Hirn erhöht und zu dem wir eine gute Datenlage für die Schwangerschaft haben. Dann appellierte ich an ihr Umfeld, mehr Unterstützung zu bieten – die Mutter half jetzt mehr mit im Haushalt. Und ich riet der Frau zu mehr Bewegung im Freien, bei Tageslicht. Licht und Bewegung wirken erwiesenermassen antidepressiv. Ein paar Wochen später war der Zustand der Frau signifikant besser. Sie sprach gut auf die Medikamente an, litt deutlich weniger unter Schlafstörungen und die Lebensfreude war zurück.

Ein Erfolgsmodell also ...

Ja, eines von vielen, die ich in meiner Praxis erlebe. Basis meiner Behandlungspläne sind ganzheitliche, ausführliche Anamnesen, sowohl somatisch, psychisch als auch sozial, alle Aspekte sind relevant. So komplex und tragisch manche Geschichten beziehungsweise Schicksale sind, bisher haben fast alle meine Patientinnen gesunde Kinder zur Welt gebracht. Und viele Frauen haben dank einer Behandlung mit holistischem Ansatz in ein Leben zurückgefunden, das sie gut bewältigen können. So gesehen habe ich den schönsten Beruf dieser Welt.

Hat Corona zu einer quantitativen Veränderung der Erkrankungen im negativen Sinn geführt?

Aus meiner Erfahrung muss ich sagen insgesamt Nein. Dennoch, die Pandemie kann Auswirkungen haben, die Väter können je nach Lage der Situation nicht mit zur Entbindung kommen, oder es gab den Fall, in dem die Frau nahe am Entbindungstermin war, ihr Mann aber in Japan in Quarantäne sass. Solche Einschränkungen können zu einer erhöhten Unsicherheit führen und vorhandene Angstgefühle zusätzlich triggern.

«Grundsätzlich kann man bei fast allen Erkrankungen Mutter werden. Es geht um die Stabilität, um die Krankheitseinsicht, um die Einsicht, jawohl, ich habe eine Erkrankung, die behandelt werden muss».

Gibt es hier Unterschiede bezüglich kultureller und ethnischer Zugehörigkeiten?

Die Prävalenz von Depression und Angsterkrankungen ist in der Schweiz extrem hoch. Ich habe in meiner Praxis in Bezug auf Ethnizitäten und Herkunft ein Abbild unserer Gesellschaft. Dabei kann ich, was die Häufigkeit eines spezifischen Krankheitsbildes angeht, keine Besonderheiten ausmachen. Was ich allerdings feststelle: Gebildete Frauen aus südlichen Kulturkreisen kommen oft mit der Hoffnung in die Schweiz, hier eine ihrer Ausbildung adäquate Anstellung und ein besseres Leben zu finden.

Eine Hoffnung, die sich nicht immer erfüllt, im Gegenteil, sie landen in Jobs, für die sie eigentlich überqualifiziert sind, das gesellschaftliche Klima ist kühler als in der Heimat, die Sonne und die Leichtigkeit der eigenen Kultur fehlen. Wenn dann auch noch ein Baby kommt, fern der Heimat, getrennt von der Grossfamilie, dann kann Einsamkeit eine Dominante im Leben dieser Frauen werden.

Wann ist von einer Schwangerschaft eher abzuraten?

Grundsätzlich kann man bei fast allen Erkrankungen Mutter werden. Es geht um die Stabilität, um die Krankheitseinsicht, um die Einsicht, jawohl, ich habe eine Erkrankung, die behandelt werden muss. Ich bringe in diesem Zusammenhang gerne die Beispiele Diabetes oder Bluthochdruck: Eine Frau, die eine essentielle Hypertonie hat, wird bei einer Schwangerschaft kaum einwenden, sie müsse jetzt ihr Medikament absetzen, damit das Kind nicht gefährdet ist. Diese Diskussion gibt es praktisch nie, eine Schwangerschaft wird bei einer somatischen Erkrankung selten in Frage gestellt. Anders bei psychischen Erkrankungen, da bestehen solche dysfunktionalen Annahmen und werden besonders auch von aussen an die betroffenen Frauen herangetragen – es geht dir doch gut, du bist doch gesund, man sieht ja nichts, du brauchst doch keine Medikamente, mach Wellness, tu dir was Gutes – die Geschichten, die dahinterstecken, die sind dem Umfeld der Patientinnen oft gar nicht wirklich bewusst. Die Patientinnen bekommen dann oft das Gefühl, sie müssten sich «nur zusammenreissen» oder «mehr anstrengen», dann gehe es ihnen auch ohne regelrechte Behandlung besser. Nur: das funktioniert nicht, psychische Erkrankungen sind eben nicht durch «Zusammenreissen» lösbar.

Welches konkrete Krankheitsbild passt in dieses Schema?

Ich habe viele schizophrene Frauen in Behandlung, die dank der Prophylaxe belastungsfähig, gesund und arbeitsfähig sind. Wenn ich eine solche Frau ausserhalb meiner Praxis, in einem anderen Kontext treffen würde, ich käme nie im Leben auf die Idee, dass das eine Frau aus meiner Praxis mit einer Grunderkrankung ist.

Dann ist die Frage schwanger Ja oder Nein bei diesen Frauen obsolet?

Ja. Diese Frauen stehen mitten im Leben und selbstverständlich können sie schwanger werden, solange sie stabil sind und regelrecht behandelt werden. Leider gibt es medizinische Fachkräfte, die das anders sehen und Frauen mit Schizophrenie kategorisch davon abraten, unter einer Medikation schwanger zu werden. Das ist sehr schade, denn das Leben vieler dieser Frauen läuft grundsätzlich in den von unserer Gesellschaft üblichen Normen. Sie meistern die Anforderungen, die der Alltag an sie stellt gut, aber ausgerechnet bei der Schwangerschaftsfrage, in diesem für sie so wichtigen Thema, sollen diese Frauen zurückstehen. Hier versuche ich zu korrigieren. Mit der richtigen Medikation, mit der richtigen Behandlung, mit Dosisanpassung, vielleicht auch mit einem Entgegenkommen bezüglich Arbeitspensum. So können stabile Frauen, meistens unabhängig von ihrer

Grunderkrankung, mit vertretbarem Risiko Mütter werden.

«Allen Widrigkeiten zum Trotz, wenn psychisch schwer erkrankte Frauen schwanger werden wollen, dann werden sie es auch, egal, wie wir beraten. Möglichkeiten finden sich immer.»

Wann wird es kritisch, um nicht zu sagen tragisch?

Es gibt Frauen, bei denen die Funktionalität im Alltag nicht mehr gegeben ist, deren Erkrankung man nur schwer in den Griff bekommt, wenn überhaupt. Frauen, die immer wieder z.B. psychotisch oder schwer depressiv werden, die jedes Jahr mehrmals hospitalisiert werden müssen, die auch von meiner Seite pharmakologisch austherapiert sind, die höchste Dosen und aussergewöhn-

liche Mixturen brauchen, damit sie halbwegs stabil sind. Durch die schwierige Medikation können Implikationen hinzukommen, die nicht ungefährlich sind für das Kind. Tragischerweise stehen viele dieser Frauen bei ihren Versuchen, ins Leben zurückzukommen, an. Was sie auch unternehmen, um ein sogenanntes normales Leben führen zu können, fast immer scheitern sie. Kaum haben sie sich irgendwo ein wenig freigestrampelt, kommen Rückschläge, die Partnerschaften betreffend inklusive. Aber: Allen Widrigkeiten zum Trotz, wenn diese Frauen schwanger werden wollen, dann werden sie es auch, Möglichkeiten finden sich immer. Daher können wir nur unterstützen, nicht urteilen oder gar verbieten.

Empfinden Sie das skizzierte Bild als Dilemma?

Man sagt, es braucht ein Dorf, um ein Kind grosszuziehen. Frauen, die vollkommen alleine sind, die kein soziales

Anzeige



Beratungsordner

«Psychosoziale Beratung bei vorgeburtlichen Untersuchungen»

Die Beratung von Frauen bei vorgeburtlichen Untersuchungen ist eine komplexe Aufgabe.

Aus diesem Grund sieht das Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) vor, dass neben der medizinischen eine **unabhängige Beratung durch fachkundige Personen** angeboten wird.

Der Beratungsordner enthält spezifische Informationen zu **medizinischen, heilpädagogischen, ethischen und juristischen Belangen** sowie:

- Register
- Beratungskonzept
- Bildtafeln
- Zeitachse
- zwei separate Broschüren

Dialog Ethik et. al. (Hrsg.)

Beratungsordner
«Psychosoziale Beratung bei vorgeburtlichen Untersuchungen»
(2010 / aktualisiert 2016)

ISBN 978-3-905757-02-6

CHF 38.–

Die Ausgabe Nr. 126 der Zeitschrift *Thema im Fokus* über die Grenzen der Präimplantationsdiagnostik (im Wert von CHF 36.–) ist inbegriffen.

www.dialog-ethik.ch/shop

Tel. +41 44 252 42 01

info@dialog-ethik.ch

Netz haben, keine stabile, funktionierende Partnerschaft, keine finanziellen Ressourcen, die mehr in der Klinik sind als ausserhalb, bei solchen Schicksalen braucht man keine Glaskugel, um zu sehen, wie die Mutter-Kind-Zukunft mit hoher Wahrscheinlichkeit aussehen wird. Trotzdem: Es steht mir als Ärztin nicht zu, einer Patientin mit schwierigem Lebensentwurf zu sagen, sie dürfe unter diesen Umständen kein Kind bekommen. Aber ich kann zu ihr von Frau zu Frau sprechen, kann aus eigener Erfahrung deutlich machen, dass Muttersein mit grossen Aufgaben, mit viel Verantwortung, mit Entbehrung verbunden ist, und das über Jahrzehnte. Ohne unterstützendes Umfeld ist das sehr aufwändig und alleine kaum zu stemmen. Ich stelle dann auch mal die Frage, ob sich die Frauen bewusst sind, was es heisst, Mutter zu werden, was ihnen abverlangt wird. Ich frage nach dem Plan B für das Kind, sollte die Frau ihre Mutterrolle aufgrund einer Hospitalisierung nicht wahrnehmen können. So versuche ich diese Frauen auf einer auf die mütterliche Verantwortung fokussierten Bewusstseinsebene abzuholen.

Sie stehen in Ihrer Funktion als Ärztin bei der medizinischen Behandlung gegenüber den Frauen in der Verantwortung. Was kommt danach? Ist die Gesellschaft bereit, nach Ihnen die Verantwortung zu übernehmen?

Es ist nicht Aufgabe der Gesellschaft, Frauen mit psychischer Erkrankung einen Kinderwunsch zu verwehren. Hier braucht es eine gewisse Offenheit, wir müssen uns wegbewegen von starren Ansichten wie «du darfst kein Kind bekommen». Aufgabe der Gesellschaft ist es, unterstützend und begleitend da zu sein für diese Frauen, und das weit über die neunmonatige Schwangerschaft hinaus. Was fehlt, sind Wohnprojekte, begleitetes Wohnen, ist eine Art SOS-Kinderdorf für betroffene Frauen und ihre Kinder.

Und dann gibt es ja auch noch die Geschwisterkinder, wie erleben Sie diese Konstellation?

Geschwisterkinder sind in der Schweiz völlig unterversorgt. Es gibt zwar einige, leider viel zu wenige Einrichtungen mit Mutter/Kind-Betten, Geschwisterkinder

können dort aber nicht aufgenommen werden. Wenn eine Frau mit psychischer Erkrankung wieder schwanger wird, was nun mal passiert, stellt sich die Frage, wer sich während der Abwesenheit der Mutter um die Geschwister kümmert. Die wenigsten dieser psychisch erkrankten und instabilen Frauen haben ein funktionierendes Familiensystem, das sie in einer solchen Situation unterstützt. Ich höre da furchtbare Geschichten von Kindern, die ins Heimatland der Mutter abgeschoben werden, bei ihnen fremden Leuten leben müssen, die Sprache nicht verstehen. Die Gefahr, dass wir als Gesellschaft mit diesen Kindern in 10, 12 Jahren Probleme haben werden, die ist gross – sie sind quasi unsere Kundinnen von morgen. Ich als Ärztin engagiere mich zwar über den medizinischen Bereich hinaus, aber eine komplette Betreuung von Mutter mit Kindern über längere Jahre kann ich nicht aufgleisen. Es bräuchte mehr Sozialfachkräfte, dazu fehlen aber die finanziellen Ressourcen mit der Folge, dass die Frauen auf Gemeinden, auf Sozialämter abgeschoben werden, die dann häufig mit der Situation überfordert sind.

Warum werden zumindest nicht mehr Mutter/Kind-Zimmer angeboten?

Durch das Baby entstehen Kosten, es braucht Einzelzimmer, es braucht geschultes Pflegepersonal, das ist schwierig zu finanzieren und für Kliniken nicht lukrativ. Deshalb werden viele Mutter/Kind-Betten gestrichen. Das Engagement wäre zwar da, aber es fehlt an Geld. Hier sehe ich eine politische Aufgabe, es braucht das klare Bekenntnis, dass psychisch erkrankte Frauen Teil unserer Gesellschaft sind, für die gesorgt werden muss.

Sie sind selber auch Mutter, haben zwei Töchter – würden Sie sich als gute Mutter bezeichnen?

Nein (lacht) – die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist sehr schwierig. Ich wurde während der Ausbildung zur Anästhesieärztin schwanger, wir hatten damals noch 95-Stunden-Wochen gehabt, wir mussten Vollzeit arbeiten, es gab keine schwangerfreundlichen Arbeitsbedingungen, es gab zu wenig Mutterschutz, zu wenig Kitas. Ich kam

aus Deutschland in die Schweiz, der Vater ist aus Dänemark, die Grosseltern lebten also nicht um die Ecke – das war alles sehr herausfordernd.

Haben Sie sich unverstanden gefühlt?

Mehr noch, uns ist auch Hass entgegengeschlagen. Mir wurde vorgeworfen, eine Rabenmutter zu sein, weil ich Fremdbetreuung für meine Kinder beansprucht habe. Was sollte ich tun? Ich liebe halt auch meinen Job. Vor 20 Jahren waren die gesellschaftlichen Voraussetzungen für Familie und Ausbildung nicht wirklich erfüllt. Diese Vereinbarkeit von Job und Familie ist auch heute noch ein schwieriges Thema, an dem auch viele meiner Patientinnen verzweifeln. Ich versuche dann zu vermitteln. Wer meint, alles vorbildlich machen zu müssen – den Brei frisch kochen, sechs Wochen nach der Geburt einen flachen Bauch haben, eine gute Partnerin sein, im Job reüssieren, die vorbildliche Mutter sein –, wird an den eigenen Ansprüchen scheitern. Die perfekte Mutter gibt es nicht, jedenfalls habe ich sie noch nicht getroffen, meine eigene vielleicht ausgenommen (lacht). Frauen, die dem Ideal nach Perfektion nachrennen und dabei auflaufen, sage ich gerne einen Ausdruck, der in Dänemark oft gebraucht wird: Det er godt nok! – übersetzt: Es reicht, es ist gut genug, lass es gut sein.



Über die Gesprächspartnerin

Dr. med. Antje Heck, Fachärztin für Anästhesie, Klinische Pharmakologie und Toxikologie FMH ist als Oberärztin Leiterin der Sprechstunde Medikamente in Schwangerschaft und Stillzeit bei den Psychiatrischen Diensten Aargau, Areal Königfelden in Windisch.