**Zeitschrift:** Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

**Herausgeber:** Schweizerischer Hebammenverband

**Band:** 86 (1988)

**Heft:** 5

**Artikel:** Wochenbettpsychose

**Autor:** Haueter, Marianne

**DOI:** https://doi.org/10.5169/seals-951031

**Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

**Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

**Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

**Download PDF:** 09.12.2025

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch**

rade sehr junge Mütter (z.B. Teenager) scheinen schlechter in der Lage zu sein, den Übergang zur Mutterrolle erfolgreich und ohne grossen Stress zu bewältigen; dies aus mehreren Gründen. Sehr junge Mütter stammen häufig aus wirtschaftlich schlechter gestellten Kreisen, und die Geburt des Kindes erfolgt oft ungeplant. Zudem ist die Ehe von Paaren um so scheidungsanfälliger, je jünger geheiratet wurde. Wer vor 20 heiratet, muss mit einer Scheidungswahrscheinlichkeit von über 50% rechnen.
Die (teilweise umstrittene) These vom «Babyschock» legt die Betonung allerdings zu sehr auf negative Aspekte. Die positiven Aspekte der Geburt eines ersten Kindes werden vernachlässigt.
**Eine weniger einseitige Betrachtungsweise ist sicher angebracht, gerade weil die Geburt eines ersten Kindes ein Ereignis ist, das auch stark positive Emotionen hervorruft.** Die Geburt selbst, aber auch das rasche Erwachen der Persönlichkeit eines Kindes – das sich vom hilflosen Säugling zum aktiven Kleinkind entwickelt – wird häufig als positiv erlebt. Die Inanspruchnahme durch das Kind wird in vielen Fällen aufgewogen durch die Freude und den Stolz, mit dem die Fortschritte beobachtet werden.
*«Eigentlich ist es schöner, jetzt, wo sie ein bisschen aktiver ist.»* So die Mutter einer einjährigen Tochter. *«Es macht auch Freude, wenn man sie sieht. Sie lacht, sucht Kontakt zu anderen Leuten und hat Freude, wenn andere zu ihr kommen. Die Beziehung zu Rita ist persönlicher geworden. Vorher, kurz nach der Geburt, konnte sie keine Personen unterscheiden. Da habe ich einfach nach ihr geschaut. Ich bin mir schon sehr als Pflegeperson, so als Anonymus vorgekommen; während jetzt, da bin ich jemand und bedeute ihr etwas. Sie hat so richtig Freude, wenn ich jetzt komme. Sie kommt zu mir und lehnt sich an mich, das ist schön.»*
Die Arbeit bleibt, aber die Beziehung zum Kind wird intensiver, je älter es wird. Häufig wird der «Babyschock», falls es ihn gab, schon nach einigen Monaten überwunden und vergessen.

Die erste Phase der Elternschaft ist damit vielfach eine Phase, die sowohl starke positive wie negative emotionale Erlebnisse mit sich bringt und die deshalb häufig sehr viel intensiver erlebt wird als spätere Lebensphasen.

# Wochenbettpsychose

*Pflegebericht von Marianne Haueter, Schülerin der Hebammenschule Bern*

**Diesem bekannten Krankheitsbild begegnen die meisten von uns mit Abwehr. Wir wissen sehr wenig über dessen Entstehungsursache und Verlauf. Marianne Haueter gibt uns die theoretische Grundlage zum Verständnis der Wochenbettpsychose und deren vielfältigen Erscheinungsbilder.**
**Der Bericht lässt den Menschen hinter dieser Krankheit wiedererkennen und zeigt uns, wie wir ihm begegnen und helfen können.**

## Einleitung

Die Wahl meines Themas hat einerseits mit meiner früheren Tätigkeit als Psychiatrieschwester, andererseits mit meiner jetzigen Hebammenausbildung zu tun.
Während meiner Arbeit in der psychiatrischen Klinik begegnete ich Frauen, die wegen Wochenbettpsychosen hospitalisiert wurden. Eine von diesen Frauen habe ich längere Zeit intensiv betreut. Mit der jetzigen Ausbildung und der damit verbundenen Arbeit mit Wöchnerinnen interessiert mich das Problem der Wochenbettpsychosen erneut.
Hebammen und Geburtshelfer(innen) wissen meist wenig Bescheid über dieses Geschehen. Es wird Spezialisten in der psychiatrischen Klinik überlassen. Trotzdem finde ich es auch für Hebammen nützlich, Genaueres darüber zu wissen. Es verliert dadurch etwas von seiner Unheimlichkeit oder gar Bedrohlichkeit. Mein Anliegen ist es, ein etwas umfassenderes Bild von der Vielfalt der Wochenbettpsychosen zu vermitteln sowie einige Anregungen und Hinweise im Umgang mit diesen Frauen zu geben, um so mehr, als in der ersten Zeit der Entwicklung einer Wochenbettpsychose vor allem Hebammen damit konfrontiert werden.
Es muss meines Erachtens auch nicht jede Frau mit einer Wochenbettpsychose hospitalisiert werden. Ich behaupte, wenn genügend motiviertes Personal und eine konsiliarische Fachkraft vorhanden sind, könnten mildere Verlaufsformen auf einer Geburtshilfestation betreut werden. Vorteile davon wären:
- keine Trennung von Mutter und Kind, die Beziehung bliebe erhalten;
- keine Stigmatisierung der Frau durch eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik. (Leider ist es heute immer noch ein Makel, in einer psychiatrischen Klinik zu sein.)

Bei der Suche nach theoretischen Unterlagen fiel mir auf, wie stiefmütterlich dieses Thema bis jetzt in der Fachliteratur behandelt wurde. Es wird meistens als Anhängsel in Psychiatrie- oder Geburtshilfe- und Gynäkologiefachbüchern kurz erwähnt. Wahrscheinlich zum einen, weil es schwierig ist, Wochenbettpsychosen in das psychiatrische Begriffssystem einzuordnen und zum andern, weil die Symptomatik der Wochenbettpsychose fast die ganze Skala psychischer Erkrankungsmöglichkeiten einschliesst.

## Therapiemöglichkeiten der Hebamme

Es gibt keine prinzipiellen Unterschiede in der Behandlung von Wochenbettpsychosen und Psychosen ausserhalb des Wochenbettes. Eine kausale Therapie der Psychosen ist oft schwer, weil wir die Ursachen der Erkrankungen nicht sicher kennen.
Zur stationären psychiatrischen Einweisung geben nicht nur Erregungszustände, sozial störendes Verhalten und Suizidgefahr Anlass, sondern auch die Möglichkeit einer umfassenden Therapie.
Ich möchte an dieser Stelle nicht alle therapeutischen Techniken und Möglichkeiten aufzählen und beschreiben, sondern in erster Linie ein paar Punkte ansprechen, die vor allem dem nicht speziell ausgebildeten Laien helfen und sie/ihn anregen, mit psychisch Erkrankten umzugehen.
Wer mit psychisch Kranken zu tun hat, muss sich mit dem auseinandersetzen, was unter krank, abweichend, verrückt und irre verstanden wird.
Das wichtigste Instrument überhaupt ist das Gespräch. Damit ist natürlich nicht ein leeres, sinnloses Geplapper gemeint. Zum Gespräch gehören nicht nur das Reden, sondern auch das Zuhören, ja oft sogar das Schweigen.
Das Gespräch soll nicht in erster Linie zur Diagnostik dienen oder sich an bestimmte Methoden oder Techniken halten. Die menschliche Anteilnahme, mitfühlendes Dabeisein als betroffene(r) Gesprächspartner(in) ist ein entscheidender therapeutischer Faktor. Nebst dem Eingehen auf ihre Krankheit brauchen diese Menschen – mindestens im

selben Masse – auch unseren Appell an ihre gesunden Seiten.
Natürlich gibt es psychisch Kranke, mit denen man zeitweilig kein «normales» Gespräch führen kann; sei es, dass sie sich gar nicht erst auf normale Weise ansprechen lassen, oder sei es, dass sie früher oder später die normale Bahn des Gespräches verlassen und ihm eine absonderliche, oft befremdliche Wendung geben. In solchen Fällen wäre es sinnlos, den krampfhaften Versuch zu unternehmen, das Gespräch unter allen Umständen «normal» zu erhalten oder die Patientin jetzt noch von dem abzulenken, was sie mitteilen möchte. Vielmehr gilt es in solchen Situationen, der Patientin zu zeigen, dass sie auch in ihren Sonderbarkeiten angenommen wird, dass man sogar versucht, sie darin zu verstehen. Darum darf man sie beispielsweise ruhig fragen, was sie mit der unverständlichen Äusserung meint, und man soll sich bemühen, sie im Gespräch so gut als möglich auch in ihren abnormen Gedankengängen oder Handlungsweisen zu verstehen. Erst indem man das aufrichtig versucht, nimmt man sie ernst. Ein wirkliches Verständnis wird man aber in vielen Fällen nicht erreichen können, und dann wird meistens die ruhige, von jedem Vorwurf oder Werturteil freie Äusserung des Nichtverstehenkönnens ein wichtiger Beitrag zum Gespräch sein, der der Patientin weit mehr hilft als ein vorgetäuschtes Verständnis.
Wenn man sich im Gespräch also ein Stück weit in die sonderbare Welt der Patientinnen hineinbegibt und sich dabei sogar um Verständnis bemühen sollte, heisst es doch nicht, sich mit der Kranken zu identifizieren.
Wenn man weiss, was eine Wahnidee ist, wird man nicht den Versuch machen, sie einer Patientin auszureden. Man wird auch nicht gekränkt oder gereizt reagieren, wenn man im Gespräch bemerkt, dass man selbst als negative Figur in das Wahngebilde eingebaut ist.
Man wird eine Depressive nicht dadurch quälen, dass man vergeblich versucht, ihr Trost zuzusprechen, denn Depressive sind untröstlich. Einzig wenn sie spüren, dass wir ihr Leiden ernst nehmen, und dass wir von der Möglichkeit der Genesung überzeugt sind, kann ihnen das einen indirekten Trost bedeuten.
Im Umgang mit psychotischen Menschen wird unser Gefühl sehr angesprochen und belastet. Viele Einsichten in den psychischen Zustand der Patientinnen können gewonnen werden, wenn wir unsere eigenen Gefühlsreaktionen beobachten.
Den psychotischen Patientinnen müssen wir unter Umständen Entscheidungen abnehmen. Wir müssen sie zum Beispiel dazu anhalten, aufzustehen, sich anzuziehen, zu essen usw. Wir müssen uns in gewissen Situationen zu ihrem eigenen Wohl gegen sie durchsetzen. Dadurch dürfen wir uns aber nicht dazu verleiten lassen, grundsätzlich eine bevormundende oder bemutternde Haltung einzunehmen.
Wir müssen bedenken, ihnen dazu zu verhelfen, Selbständigkeit und Entscheidungsfähigkeit wieder zu erwerben.

## Was ist eine Psychose?

Bevor ich nun eine symptomatische Zuordnung vornehme, möchte ich zuerst den Begriff der Psychose allgemein erklären.
In vielen Lehrbüchern ist die Unterscheidung in endogene und exogene Psychose üblich.

Unter **endogenen Psychosen** versteht man solche, die aus der Konstitution oder Erbanlage oder ohne ersichtliche Ursache entstehen. Dies sind: Schizophrenie, manisch-depressive Erkrankung, zykloide Psychose sowie die meisten paranoischen Bilder (Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen).


Es gibt viele Gründe, weshalb das Spital-, Heim- und Pflegepersonal eine eigene Pensionskasse braucht.

Seit 1930 versichern wir ausschliesslich Spital-, Heim- und Pflegepersonal. Wir kennen deshalb Ihren Beruf! Unsere Bedingungen und Leistungen sind vollumfänglich auf Ihre Vorsorgebedürfnisse ausgerichtet.

Gruppen- und Einzelmitglieder finden bei uns die massgeschneiderte Vorsorge.

Ihre sichere Zukunft beginnt mit einer Beratung durch die SHP. Besser heute als morgen.
Nehmen Sie mit uns Kontakt auf für die Vereinbarung einer Besprechung oder die Zustellung unserer Dokumentation: ‹7 gute Gründe für eine gute Sache›.

SHP

Pensionskasse für Spital-, Heim- und Pflegepersonal, Gladbachstrasse 117, 8044 Zürich, Telefon 01/252 53 00

Vormals: Pensionskasse des Schweiz. Verbandes dipl. Schwestern für Wochenpflege, Säuglings- und Kinderkrankenpflege (WSK), gegründet 1930.

☐ Ich/wir wünsche(n) gerne nähere Informationen.
Bitte senden Sie mir/uns Ihre Dokumentation.

Name/Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.: _____

SHV

Als **exogene Psychosen** bezeichnet man solche, die in erster Linie auf greifbare körperliche Ursachen hin auftreten. Sie werden durch schädigende Einflüsse von «aussen» auf das Zentralnervensystem verursacht, wobei zu vermerken ist, dass dieses «Aussen» der Körper selbst sein kann (z.B. symptomatische Psychose bei Urämie, Hirntumor). Weitere exogene Psychosen treten auf infolge von Infektionen, von endokrinen Störungen, von Vergiftungen und Hirnverletzungen.
Andere Bezeichnungen für exogene Psychosen sind: symptomatische Psychose, körperlich begründbare Psychose und akute exogene Reaktionstypen oder Funktionspsychosen. Es sei darauf hingewiesen, dass nicht alle psychischen Anomalien in das Schema endogen/exogen hineinpassen. Ob man von einer endogenen oder exogenen Psychose spricht, ist in Grenzfällen Ermessensfrage.
Was für Bereiche können nun bei einer Psychose gestört sein?

### 1. Ichstörungen

Die Grenze innerhalb der eigenen Person (dem Ich) und den andern Personen und der Umwelt ist entzwei. Ein Mensch kann nicht mehr sicher sagen, wer er eigentlich ist. (Ich werde beeinflusst, in mir ist noch ein anderer.)

### 2. Die Wahrnehmung

ist gestört. Dinge werden als zusammengehörig gesehen oder zur eigenen Person gehörig gesehen, die nicht zusammengehören oder nicht zur Person gehören. Häufig fällt es schwer, Wesentliches von Unwesentlichem zu trennen. Es werden Wahrnehmungen gemacht, für die es keine entsprechenden Reize gibt. Beispiel: Stimmen hören (akustische Halluzinationen) oder sich berührt fühlen, obwohl niemand da ist (haptische Halluzinationen).

### 3. Störungen der Denkabläufe

Das Denken erscheint dem Beobachter zusammenhanglos und unlogisch. Gedankensprünge oder Risse können beobachtet werden. Wortneuschöpfungen (Neologismen) treten auf. Dies alles sind *formale* Denkstörungen. Zu den *inhaltlichen* Denkstörungen gehören Wahnvorstellungen, -ideen, -bildungen.

### 4. Störungen der Affektivität

Die Gefühle und die gefühlsmässigen Beziehungen zur Umwelt wirken flach und verarmt. Psychotische Menschen können spröde, kühl, gläsern wirken. Gelegentlich stimmen Gefühlsäusserungen in Mimik und Gestik nicht mit dem überein, was gesagt wird, oder sie passen nicht zur Situation. Eine extreme Form des Rückzugs aus sozialen Kontakten zeigt sich im Autismus. Die Gleichzeitigkeit von Wollen und Nichtwollen führt nicht selten zur Handlungsunfähigkeit (Stupor). In Situationen, in welchen sich Patienten(innen) bedroht fühlen, überwiegen Erregung und Angst, die oft auch in Handlungen umgesetzt werden. Dies kann beängstigend auf die Umwelt wirken, weil wir ja die subjektive Bedrohung nicht sehen oder häufig nicht verstehen können.

Es bleibt noch zu erwähnen, dass bei exogenen Psychosen häufig auch das *qualitative Bewusstsein* (Orientierung, Aufmerksamkeit und Besonnenheit) verändert ist. Dabei sind drei Störungen zu nennen:
- das amentielle Syndrom (Amentia = Verwirrtheit),
- das delirante Syndrom
- die Dämmerzustände.

## Ursachen und Entstehung der Wochenbettpsychosen

Trotz intensivem Wunsch nach dem Kind sind Schwangerschaft und Geburt häufig mit seelischen Störungen verbunden. Veränderte soziale und oft auch wirtschaftliche Lage, neue Verantwortung, Anforderungen durch Familie und Beruf, kinderfeindliche Umgebung, Emanzipation, Entfremdung der zivilisierten Frau von ihrem Körper, veränderte Partnerschaft durch ein Kind, all dies sind einige Möglichkeiten, die Ängste und Verunsicherung auslösen können. Diese Belastungen verlangen vom Organismus grosse psychische und physische Bewältigungs- und Anpassungsleistungen.

## Zusammenfassung

Abschliessend seien noch einige Beobachtungen erwähnt, die *Gödtel* an den untersuchten Gruppen von Wochenbettpsychosen feststellte.
In der Gruppe der *körperlich begründbaren* Psychosen spielt das Kind eine grosse Rolle. Die wahnhaften Ideen kreisen immer wieder um die Problematik Geburt und Wochenbett. Die Sorge um das Kind beherrscht den Gedankengang.
Je mehr die Eigenständigkeit der Psychose in den Vordergrund tritt, um so weniger ist vom Kind die Rede. Die Frau ist so sehr mit sich selber beschäftigt, dass das Kind für sie gar nicht zu existieren scheint.
*Depressive* Wöchnerinnen bedauern ihr mangelhaftes Interesse für das Kind. Sie sind krankhaft besorgt um das Neugeborene, glauben alles falsch zu machen, es nicht richtig versorgen zu können. Sie leiden unter starken Schuldgefühlen, vereinzelt auch unter Zwangsgedanken, etwa das Kind absichtlich aus dem Fenster zu werfen.

Die *Schizophrene* dagegen sieht fremde Mächte im Spiel. Sie glaubt, man wolle das Kind töten oder habe es bereits umgebracht. Oft wird der Geburtsvorgang im Wahn noch einmal durchlebt; so glaubt sie beispielsweise durch dunkle Röhren kriechen zu müssen. Oder sie gibt an, das Kind noch gar nicht geboren zu haben, oder vermutet, das Kind sei vertauscht worden.
Folgende Beobachtungen wurden in der Beziehung zwischen den Partnern und den erkrankten Wöchnerinnen gemacht: Eine ablehnende Haltung gegenüber dem Ehemann war meist herauszuhören. Bestanden auch nicht immer schwerwiegende Auseinandersetzungen, so gab es doch oft Streit um häusliche Probleme, um die Unterbringung des Kindes, um Einmischungen der Eltern und Schwiegereltern, um die Schuld an der unerwünschten Schwangerschaft usw. Am häufigsten beklagten Frauen Grobheiten des Partners, das «Nichteinfühlenkönnen», den Mangel an Zärtlichkeit.

*Die amentiell-delirant* Kranke fällt auf durch verbale und körperliche Aggressionen. In vielen Fällen wurde der Mann beschimpft, angeschrien. Der Ehering wurde in die Toilette geworfen, dem Mann wurde das Gesicht zerkratzt. Häufig wurde der Mann mit groben Schimpfwörtern belegt. Oft fällt die Frau durch übersteigerte ausgefallene Wünsche auf, oder entwickelte einen Eifersuchtswahn.

In der *schizophrenen Psychose* dagegen glauben die Frauen etwa, ihr Ehemann wolle sie vergiften, oder er werde ihnen auflauern und sie hinterhältig vergewaltigen.

*Die Depressiven* fühlen sich schuldig, auch dem Mann gegenüber. Häufig besteht aber auch keinerlei Interesse an dem Ehepartner. Im Spital wünschte die Frau seine Besuche nicht, dagegen band sie sich gerne an die eigenen Eltern.

*Aus Platzgründen konnten wir leider nur den ersten Teil und die «Zusammenfassung» der Diplomarbeit veröffentlichen. In einem zweiten Teil geht Marianne Haueter auf die verschiedenen Arten der Wochenbettpsychose, deren spezifischen Symptome und Verlaufsformen ein. Interessierte Leserinnen können sich für eine Fotokopie des zweiten Teils an die Verfasserin wenden.*

*Marianne Haueter, Kasernenstrasse 30, 3013 Bern, Telefon 031 42 23 76*

## Le rôle du père dans le post-partum


**Bibliographie**

Albretsen C.S. – *Hospitalisation of post-partum psychotic patients together with husbands and babies.* Report ont he 15th Congree of Scandinavian Psychiatrists. Geilo-Norway-1967. Acta Psychia. Scand., 1968, suppl. 203, vol. 44, 179–189.

Benedek T. *Parenthood as a developmental phase.* J.Amer. Psychol. Assoc., 1959, 7: 389–417.

Brazelton T.B. *Early mother reciprocity, parent-infant interactions.* Ciba Fondation symposium 33, Excerpta Medica, North-Holland, 1975, p. 137–154.

Daniels R.S., Lessow M.D., Lessow H. – *Severe post-partum reactions. An Interpersonnal.* Psychosomatic, 1969, 4, J. 5:21–26.

Fivaz E., Fivaz R., Kaufmann L. *Dysfunctional transactions and therapeutics functions. An evolutive Model.* J.Mar. of Farm. Ther., 1981, 7:309–320.

Fivaz E., Fivaz R., Kaufmann L. – *Encadrement du développement, le point de vue systémique. Fonctions pédagogique, parentale, thérapeutique.* Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux (Bruxelles), 1982, n° 4/5:63-74.

Fivaz E., Cornut-Zimmer B., Grasset F., Rougemont T., Tornier S. – *Thérapie et institutions: dimension et communications internes du système d'encadrement thérapeutique.* Annales médico-psychologiques, 1981, 139, 8:853–868.

Fivaz E. – *Analyse systématique d'une famille à haut risque.* Thérapie familiale (Genève), 1980, 2:165–180.

Herzog James M. – *Disturbances in parenting high risk infants. Clinical Impression and hypothese. Infant born at risk.*

Behavior and development. Chap. 18, (Ed.) Tiffany Martini Field. 1979, Medical Scientific books, N.Y.

Jonquiere-Wickmann M. – *Les psychoses du post-partum* Arch. Suisses de neurologie, neurochirurgie et psychiatrie. 1981, 128 1, 105–149.

Lomas P. – *The husband-wife relationship in cases of puerperal breakdown.* Brit. J. Med. Psychol., 1959, 32:117–123.

LAMB M.E. – *The role ot the father in child development.* 1976, J. Wiley (Ed.) N.Y.

Racamier P.C., Sens C., Carretier L., – *La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum.* Evol. Psychiat., 1961, 26:526–570.

Parke R.D. – *Perspectives on fahter.* Infant interaction handbook of infant development, chap. 15:1979, 549-590.

Parke R.D., Power T.G., Tinsley B.R., Hymel S. – *The father's role in the family system.* In parent-infant relationships – ch. 6 – P. 117–133. 1980,

Ed. Paul M. Taylor, Grune – Stratton – New York – London – Toronto.

Rebelsky F., Hanks C. – *Father's verbal interaction with infants in the first three months of life.* Child development, 1971, 42:63–68.

Rosberg J., Karon B.P. – *A direct analytic contribution to the understanding of post-partum psychosis.* Psychiat. Quarterly, 1959, 33:296–304.

Wertheim E.S. – *Developmental genesis of human vulnerability. Conceptual reevaluation.* Yearbook of the int. ass. Child psychiatry and allied professions, 1978, J.Wiley&Sons (Ed.), New York – Vol. 4, 17–36.

Zilboorg G. – *The clinical issues of post-partum psychopathological reactions.* Amer. J. Obstet. Gynec., 1957, 73:305–382.


# Verbandsnachrichten Nouvelles de l'Association

## Jahresberichte 1987 Rapports annuels 1987

### Jahresbericht der Präsidentin

Im folgenden Jahresbericht möchte ich die verschiedenen Ereignisse, die wichtigsten Schritte unseres Verbandes durchs Jahr 1987 festhalten.

#### Delegiertenversammlung

Die Delegiertenversammlung mit anschliessendem Kongress fand am 7. Mai in Altdorf statt, wo 57 Delegierte 80 Mandate vertreten haben. Neben den üblichen Traktanden der Delegiertenversammlung war die Genehmigung der neuen Verbandsstatuten ein wichtiger Schritt vorwärts.
Wir nahmen Abschied von Frau Antoinette Favarger, Zentralpräsidentin, die sich während vielen Jahren für die Belange des SHV mit viel Initiative eingesetzt hatte.
Die Weiterbildungstage nach der DV wurden von einer grossen Anzahl Hebammen besucht. Das Thema «Natürliche Empfängnisregelung (NER)» fand reges Interesse. Der jährliche Hebammenkongress hat auch seinen sozialen Stellenwert innerhalb des Verbandes: es tut gut, alte Bekannte zu grüssen, neuen Kolleginnen zu begegnen, Probleme miteinander zu diskutieren.

#### Zentralvorstand

Als neue Mitglieder haben die Frauen Marie-Claude Monney-Hunkeler (FR) und Erika Grünenfelder (BE) die Mitarbeit im Zentralvorstand aufgenommen. Der ZV hat an 7 Sitzungen die vielfältigen Geschäfte des Verbandes behandelt. Neben viel Kleinarbeit haben uns die folgenden Traktanden besonders beschäftigt: Zusammen mit den Mitgliedern der Weiterbildungskommission und der Juristin wurde ein *Reglement für die Weiterbildungskommission* aufgestellt, das von der Delegiertenversammlung 1988 genehmigt werden soll. Die gewählte Kommission hat die Arbeit in der deutschen und in der französischen Schweiz mit Elan in Angriff genommen und damit den Zentralvorstand entlastet.
Als Auftrag der Delegiertenversammlung 1987 wurde zusammen mit der Juristin eine *Wegleitung für Sektionsstatuten* – auf der Basis der neuen Verbandsstatuten – ausgearbeitet.
*«Höhere Fachausbildung für Hebammen, Stufe I»*
An der Kaderschule des SRK in Lausanne geht der 1. Kurs in französischer Sprache im April 1988 zu Ende. Er wurde von 11 Hebammen besucht. Zu Problemen, die sich im Laufe des Kurses ergaben, musste und muss der ZV verschiedentlich Stellung nehmen. Auch der Weg zum Kursbeginn anfangs März 1988 an der Kaderschule des SRK in Aarau war recht steinig; wir hoffen sehr, dass der Kurs nun aber einen guten Verlauf nehmen wird. Die Leitung hat Frau Georgette Grossenbacher übernommen.
Auf die im Anschluss an die DV 1987 versandten Briefe betreffend *«Entbindungen von Primipara durch Ärzte»* haben wir nur einige wenige, meist positive Reaktionen erhalten.
Auf unsere Stellungnahme zum *Problem der Fortpflanzungs- und Gentechnologie* sind nur zwei Antworten eingetroffen, und zwar vom Bundesamt für Gesundheit und der Gesundheitsdirektion des Kantons Bern. Veröffentlichungen in der Tagespresse sind uns keine bekannt.
*Die Chargenverteilung* im Zentralvorstand hat zu verschiedenen Diskussionen geführt, weil die einzelnen Mitglieder durch berufliches Engagement, Familienverpflichtungen und die «normal» anfallende Arbeit im ZV voll ausgelastet sind und so umfangreichere, zusätzliche und für den Verband wichtige Aufgaben – z.B. Wiedereinstieg von Hebammen – nicht mehr verkraftet werden können. Als eine erste Massnahme zur Entlastung und Verteilung von Aufgaben möchten wir den Zentralvorstand mit zwei weiteren Mitgliedern verstärken.
*ICM*
Im Anschluss an den internationalen Hebammenkongress vom August 1987 in Den Haag, der von einer recht grossen Delegation aus der Schweiz besucht wurde, haben wir uns mit den Möglichkeiten einer künftigen aktiveren Mitarbeit beim ICM und der WHO befasst. Zur Diskussion steht z.B. die Akkreditierung einer Schweizer Hebamme als Vertretung des ICM an den Sitzungen der WHO in Genf.