

Prijevod s hrvatskog na njemački. Prijevod s njemačkog na hrvatski

Horvat, Nadin

Master's thesis / Diplomski rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:131:815768>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-10-28**



Sveučilište u Zagrebu
Filozofski fakultet
University of Zagreb
Faculty of Humanities
and Social Sciences

Repository / Repozitorij:

[ODRAZ - open repository of the University of Zagreb
Faculty of Humanities and Social Sciences](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
FILOZOFSKI FAKULTET
ODSJEK ZA GERMANISTIKU
DIPLOMSKI STUDIJ GERMANISTIKE
PREVODITELJSKI SMJER
MODUL A: DIPLOMIRANI PREVODITELJ

Nadin Horvat

Prijevod s hrvatskog na njemački

Übersetzung aus dem Kroatischen ins Deutsche

Prijevod s njemačkog na hrvatski

Übersetzung aus dem Deutschen ins Kroatische

Diplomski rad

Mentor: dr. sc. **Franjo Janeš**, viši lektor

Zagreb, ožujak 2022.

SADRŽAJ

Inhaltsverzeichnis

Prijevod s hrvatskog na njemački	2
Übersetzung aus dem Kroatischen ins Deutsche	
Habek, Dubravko (2017) <i>Ginekologija i porodništvo</i> . Zagreb: Medicinska naklada, str. 253-273.	
Hrvatski izvornik	37
Kroatischer Ausgangstext	
Übersetzung aus dem Deutschen ins Kroatische	59
Übersetzung aus dem Deutschen ins Kroatische	
Tölle, Rainer; Windgassen, Klaus (2014) <i>Psychiatrie</i> . Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, str. 237-250.	
Njemački izvornik.....	79
Deutscher Ausgangstext	
Popis literature	94
Literaturverzeichnis	

Prijevod s hrvatskog na njemački

Übersetzung aus dem Kroatischen ins Deutsche

Habek, Dubravko (2017) *Ginekologija i porodništvo*. Zagreb: Medicinska
naklada, str. 253-273.

12. Normale Geburt

12.1. Beginn der Geburt

Die normale Geburt (Eutokie) ist das Ende einer Schwangerschaft durch die spontane Entbindung der Ergebnisse der Empfängnis, bzw. des Kindes und der Nachgeburt, zwischen der 37. und der 42. Schwangerschaftswoche. Dieser Prozess ist also die Folge monatelanger gegenseitiger biohumoraler Vorgänge im Körper der Schwangeren. Die Regression der Plazentafunktion, die Reifung endokriner Mechanismen im Organismus des Kindes und die Vorgänge auf der molekularen Ebene der Gebärmutter tragen alle zusammen der Reifung der Schwangerschaft und dem Beginn der Geburt bei.

Mit der Entstehung der physiologischen Regression der Plazentafunktion drei Wochen vor der Geburt beginnt die Synthese der Prostaglandinrezeptoren durch Estriol aus der Plazenta. Außerdem stimuliert Estriol zusammen mit Progesteron die lysosomale Membrane, in der sich Phospholipase A2 befindet. Danach entstehen kurz vor der Entbindung Gewebebrücken, die sog. Gap Junctions (in der Schwangerschaft sind sie nicht vorhanden), interzelluläre Verbindungen, die den Transport des elektrischen Aktionspotenzials im Myometrium fördern. Prostaglandine (Pg) E_2 und $F_{2\alpha}$ fördern die Bildung von Gap Junctions und einer großen Zahl von Oxytocinrezeptoren, während Prostazyklin und Progesteron sie inhibieren. Es wurde bewiesen, dass diese Hormone bei unreifer Zervix und unkoordinierten Kontraktionen des Uterus wenig vorhanden und bei reifer Zervix und koordinierten Kontraktionen reichlich vorhanden sind.

Die Uterusaktivität wird von Uterotropinen (Estriol) bewirkt, die die Zervix reifen, Gap Junctions bilden, die Zahl der Oxytocinrezeptoren und die Myometriumkontraktilität steigern, sowie von Uterotoninen (Prostaglandine und Oxytocin), die Kontraktionen auslösen. Zudem fördert fetales ACTH die Freisetzung des fetalen Kortisol, welches die Progesteronkonzentration verringert und die Estradiolkonzentration steigert, wobei die Destabilisierung der lysosomalen Membrane, der Abbau von Phospholipase A2 und die

daraus resultierende Prostaglandinsynthese ausgelöst werden. Diese Prozesse werden auch vom fetalen Oxytocin beeinflusst, das ein paar Tage vor der Geburt aus der fetalen Hypophyse ausgeschüttet wird.

Bei einem vaginal geborenen Fetus, der die Uteruskontraktionen und die Prostaglandinsynthese stimuliert, wird Oxytocin vermehrt ausgeschüttet. Darüber hinaus wurde Oxytocin als Folge der Hypoxie im mekoniumhaltigen Fruchtwasser entdeckt. Deswegen ist Oxytocin ein endogener Induktor der Geburt eines gefährdeten Fetus. Maternales Oxytocin besteht aus neun Aminosäuren, deren Halbwertszeit im Plasma (aufgrund der Oxytocinasewirkung) von 3 bis (6)7 Min. beträgt, und wird pulsatil und zirkadian ausgeschüttet (von 1-2 bis 4-7 Impulse/30 Min.) Außer in der fetalen und der maternalen Hypophyse wird Oxytocin auch im Myometrium und in den Eihäuten lokal freigesetzt. Östrogene und proinflammatorische Zytokine steigern die Expression von Oxytocin in der Gebärmutter.

Im Laufe einer Schwangerschaft (ab der 13. Schwangerschaftswoche) erhöht sich die Konzentration der Oxytocinrezeptoren um den 300-fachen Wert, vor allem im oberen Uterinsegment, wo die Konzentration sonst niedrig ist. Jedoch löst exogenes Oxytocin wegen der Sensitivität der Oxytocinrezeptoren erst ab der 20. Schwangerschaftswoche Kontraktionen aus.

Wie schon erwähnt, ist das vorgeburtliche Ungleichgewicht zwischen Progesteron und Östrogen ein Induktor der Destabilisierung der Lysosomenmembran und der Prostaglandinsynthese. Prostaglandin E_2 beeinflusst die Zervixreifung und den Kollagenabbau, während Prostaglandin $F_{2\alpha}$ die Uteruskontraktionen bewirkt. Auf der molekularen Ebene des Geburtsbeginns kommt auch das bedeutsame heptohelikale G-Protein vor, das die Hormon- (Katecholamine, Azetylcholin, Oxytocin, Vasopressin, Prostaglandine, Relaxin) und Neuropeptidrezeptoren (CRH, VIP, Adrenomedullin) des Myometriums aktiviert, deren Expression durch das erwähnte Ungleichgewicht zwischen Progesteron und Estriol beeinflusst wird.

Die beschriebene Wechselwirkung zwischen einer Reihe von biohumoralen Faktoren führt zur Aktivierung der Geburt (Partus), zum Beginn der Uteruskontraktionen (Wehen), zur Verkürzung und Eröffnung des Muttermundes sowie zur Ruptur der Eihäute. Das sind die grundlegenden Kennzeichen des Geburtsbeginns.

Bei 8-10% der Schwangerschaften beginnt die Termingeburt mit einem vorzeitigen Blasensprung (Ruptura velamentorum praetemporaria – RVP, PROM), also vor dem Wehenbeginn und vor der Eröffnung des Muttermundes. In ca. 95% der Fälle entwickeln sich in den ersten 72 Stunden nach dem Blasensprung regelrechte, spontane Wehen ohne Medikation, die in 80% der Fälle zu regelmäßigen Wehen als endgültiger Wirkung führen (bei 70-86% entwickeln sich Wehen in den ersten 24 Stunden und bei 91% in den ersten 48 Stunden). Jedoch entwickeln sich bei 6% der vorzeitigen Blasensprünge keine spontanen Wehen, sondern sie müssen stimuliert werden bzw. die Geburt muss augmentiert werden. Bei 3% aller Schwangerschaften kommt es zu einem frühen vorzeitigen Blasensprung bzw. vor der 37. Schwangerschaftswoche (PPROM – s. Kapitel über die Frühgeburtlichkeit).

Die Gebärenden, besonders die Multiparen, werden sich aufgrund der kurz vor dem Geburtsbeginn auftretenden Vorzeichen der Geburt bewusst, dass die Geburt bald eintritt. Einige dieser Vorzeichen sind die Senkung des Bauches, wobei sich das kindliche Köpfchen im Beckeneingang einstellt, und damit auch häufigeres Urinieren wegen des Drucks, den das Köpfchen auf die Harnblase ausübt, weniger ausgeprägte fetale Bewegungen, leichteres Atmen wegen der Senkung des Bauches, bei der sich der Uterusfundus bis zu drei Querfinger unterhalb des Schwertfortsatzes des Brustbeins gesenkt hat, verstärktes schleimiges Sekret, häufig auch die Ausstoßung des Kristellschen Schleimpfrops aus dem Zervikalkanal.

Die Propädeutik und die früheren Texte über die normale Schwangerschaft beinhalten Daten über die Semiologie der Geburt sowie die ausführliche Behandlung der Früh- und Nachgeburt.

Die folgenden Faktoren, deren Verhältnisse in 80-85% der Fälle eine normale vaginale Geburt ohne geburtshilfliche Eingriffe ermöglichen, sind für einen normalen Geburtsverlauf notwendig.

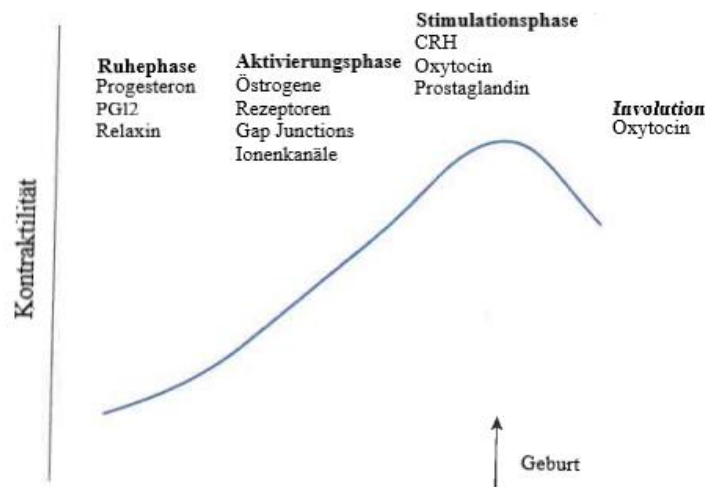


Abb. 12.1. Die einzelnen Phasen der Uterusaktivität - der Kontraktilität während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts: Ruhephase, Aktivierungsphase, Stimulationsphase, Involution

1. Geburtskanal

Das kleine Becken, der knöcherne Anteil des Geburtskanals, wurde in der topografischen Anatomie des Beckens beschrieben. Der Weichteilkanal besteht aus oberem und unterem Uterinsegment, der Scheide und dem Damm, die zusammen ein zylindrisches Muskelrohr (Weichteilrohr) bilden, das sich unter dem Einfluss der Wehentätigkeit ausdehnt.

2. Geburtskräfte, Wehen

Die Uterusaktivität während der Schwangerschaft wurde in den vorigen Kapiteln erwähnt, wie auch in den einleitenden Kapiteln über die Geburtseinleitung und über die gegenseitigen biohumoralen Verhältnisse, die zur Entstehung der Uteruskontraktionen (Wehen) führen. Dank der durch Rezeptoren vorbereiteten Uterusmuskulatur und ihrer besonderen Empfindlichkeit gegenüber Oxytocin, Prostaglandinen, Östrogenen und

mechanischen Faktoren kommt es zu regelmäßigen Wehen, die nach Goerttlers bekannten Histoarchitektonik des Uterus in den Uterushörnern beginnen und sich vom Corpus uteri (oberes, kontraktiles Uterinsegment) nach dem Isthmus uteri und der Cervix uteri, bzw. dem unteren, distraktilen Uterinsegment senken, welches nur bis zu 10% der Muskelgewebe beinhaltet und sich zusammenzieht und ausdehnt. So haben Wehen zwei Wirkungen: Retraktion (Kontraktion) und Distraktion. Diesen Prozess nennt man *dreifach absteigender Gradient*: die Wehen beginnen im Fundus uteri, wo sie auch am stärksten sind und am längsten dauern, während ihre Intensität im Corpus uteri niedriger und im unteren Uterinsegment am niedrigsten ist. Die Wehenfrequenz wird durch die Tokografie aufgezeichnet.

Wehen weisen eine typische Entwicklung auf: Wehenanstieg, Wehengipfel und Wehenabfall. So unterscheidet man zwischen dem Stadium incrementi, der Wehenakme und dem Stadium decrementi.

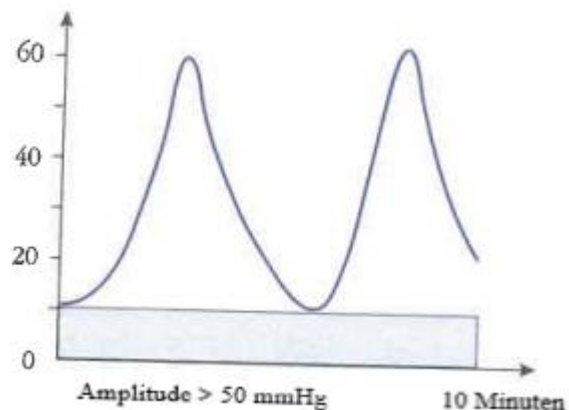


Abb. 12.2. Normotone Wehe: Wehenanstieg, Wehengipfel und Wehenabfall: 2 Wehen/10 Minuten

In der Ruhestellung variiert der Basaltonus des Uterus zwischen 8 und 12 mmHg, jedoch werden die Wehen erst bei einem Wehendruck von 20 mmHg schmerzhaft. Eine regelmäßige Wehe dauert ungefähr eine Minute, maximal 90 Sekunden. Die beschriebenen Austreibungswehen sind normotone Wehen. Die Pathologie der Wehen wird in einem gesonderten Kapitel beschrieben.

Die Wehen können spontan, vor, während oder nach dem Blasensprung beginnen. Außerdem kommt es zum Blasensprung:

1. Spontan am Termin (Ruptura velamentorum a tempore)
2. Vor dem Termin (früher vorzeitiger Blasensprung, Ruptura velamentorum praetemporaria – RVP, PPRM)
3. Vorzeitig (Ruptura velamentorum praecox, PROM), d. h. vor dem Beginn der Wehen und der Zervixreifung
4. Artifizuell, iatrogen (Amniotomie, Disruptio velamentorum)

Tab. 12.1. Arten der Uteruskontraktionen (Wehen) während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts	
Schwangerschaftswehen (Dolores in graviditate)	<ul style="list-style-type: none"> • Alvarez-Wellen: lokale Kontraktionen mit höherer Frequenz und niedriger Intensität (10-15 mmHG) • Braxton-Hicks-Kontraktionen: unregelmäßig, selten auftretende Kontraktionen mit höherer Intensität
Senkwehen (Dolores praesagientes)	<ul style="list-style-type: none"> • Unkoordinierte Kontraktionen in den letzten 3-4 Wochen vor der Geburt
Vorwehen (Dolores praeparantes)	<ul style="list-style-type: none"> • Unregelmäßige, in den letzten Tagen vor der Geburt auftretende Kontraktionen • Können alle 5-10 Min. mit möglichen stundenlangen Pausen auftreten und schmerzhaft sein
Eröffnungswehen (Dolores parturientum)	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige, zuerst alle 10 Min., dann alle 2-3 Min. auftretende Uteruskontraktionen mit einem Druck von 40-50 mmHg, die zur Erweiterung des Muttermundes beitragen • Bei Erstgebärenden dauern sie ungefähr 12 Stunden und bei Mehrgebärenden 2-8 Stunden

<p>Austreibungswehen (Dolores sic dicti)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige, starke Kontraktionen nach der Eröffnung des Muttermundes, die alle 2-3 Min. auftreten und deren Druck bis zu 60 mmHg beträgt • Bei Erstgebärenden dauern sie 50 Min. und bei Mehrgebärenden ungefähr 20 Min.
<p>Presswehen (Dolores conguassantes)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige, starke Kontraktionen mit einem reflektorischen Pressdrang, deren Druck bis zu 200 mmHg beträgt und die alle 2-3 Min. auftreten
<p>Nachgeburtswehen (Dolores placentarum)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kontraktionen, die die Entbindung der Nachgeburt fördern und bis zu 10 Min. nach der Entbindung des Kindes dauern
<p>Nachwehen (Dolores in puerperio)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lokale Kontraktionen, die die Involution der Gebärmutter während des Wochenbetts fördern

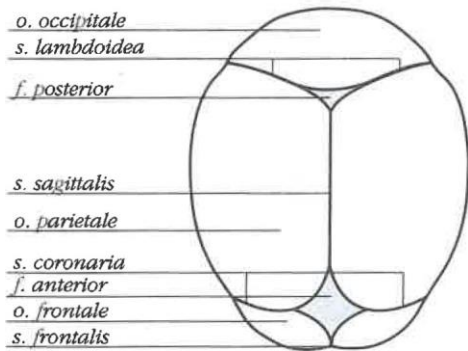


Abb. 12.3. Der kindliche Kopf

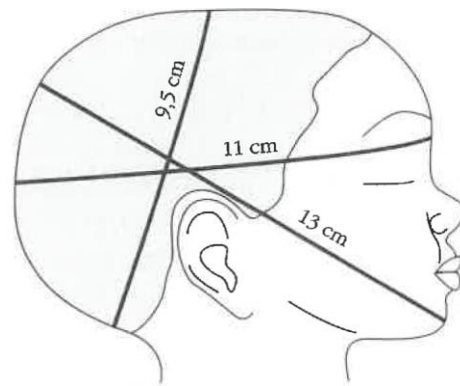


Abb. 12.4. Durchmesser des kindlichen Kopfes

3. Das Geburtsobjekt, das Kind und die Nachgeburt

Kurz vor dem Ende der Schwangerschaft nimmt das Kind die beschriebene typische fetale Körperhaltung ein, wobei es eine zylindrische Form annimmt, in der es durch den Weichteilkanal und den knöchernen Anteil des Geburtskanals mithilfe der Geburtskräfte bzw. Wehen, aber auch durch die eigene Aktivität passiert. Um den Geburtsverlauf beobachten zu können, ist es von besonderer Bedeutung, die Anatomie des kindlichen Kopfes als vorangehenden Teiles sowie seines anatomischen Verhältnisses zum mütterlichen Becken zu kennen und wie es auf Veränderungen während der Geburt reagiert.

Zu palpieren sind am kindlichen Kopf sind die große Fontanelle (Fontanela magna, Bregma), die kleine Fontanelle (Fontanela parva) und die Schädelnähte (Suturae), die grundlegenden Indikatoren des aktuellen Befundes bei der Geburt: die Pfeilnaht (Sutura sagittalis), die Stirnnaht (Sutura frontalis), die Lambdanaht mit dem Scheitelbein (Sutura lambdoidea) und die Kranznaht mit dem Stirnbein (Sutura coronaria). Die folgenden Durchmesser des kindlichen Kopfes weisen aufgrund der Beziehung des kindlichen Kopfes zum Beckeneingang auf den Höhenstand des vorangehenden Teiles hin und bestimmen die Konfiguration des fetalen Kopfes sowie mögliche Anomalien.

Die Durchmesser des fetalen Kopfes sind:

- Diameter suboccipitobregmaticus, kleiner schräger Durchmesser (9,5 cm)
- Diameter frontooccipitalis, gerader Durchmesser (12 cm)
- Diameter mentooccipitalis, großer schräger Durchmesser (13,5 cm)
- Diameter bitemporalis, großer querer Durchmesser (8 cm)
- Diameter biparietalis, kleiner querer Durchmesser (9,5 cm)

Das Verhältnis der jeweiligen Durchmesser des kindlichen Kopfes zu den Beckendurchmessern ist der grundlegende Faktor für eine regelrechte Geburt. Das Köpfchen verformt sich durch die Flexion und den Eintritt in den Geburtskanal, wobei es zum Verschieben der Schädelknochen über die Schädelnähte und zum Tieftreten des Köpfchens ins Becken kommt. Oft kommt die Kopfgeschwulst (Caput succedaneum) als

ein normales Befund nach der Geburt vor. Die Kopfgeschwulst verrät die Einstellung des Köpfchens während der Geburt, insbesondere bei regelwidrigen Einstellungen (z.B. Deflexion), die später ausführlicher behandelt werden. Vor der Geburt nimmt das Kind eine bestimmte Lage, Stellung, Einstellung und Haltung ein. **Die Lage** ist das Verhältnis des kindlichen Körpers zur Längsachse des Uterus. Die Längslage ist regelrecht, während die Schräg- und Querlage regelwidrig sind.

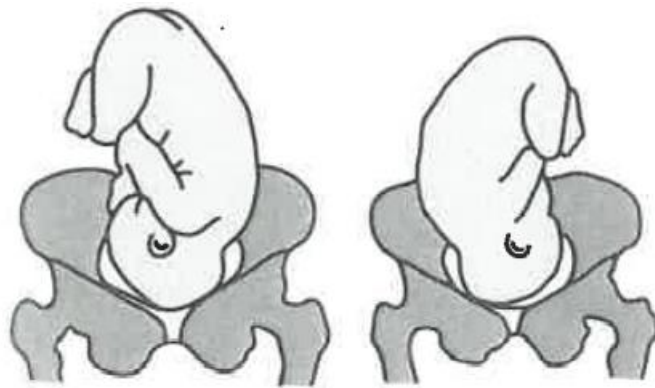
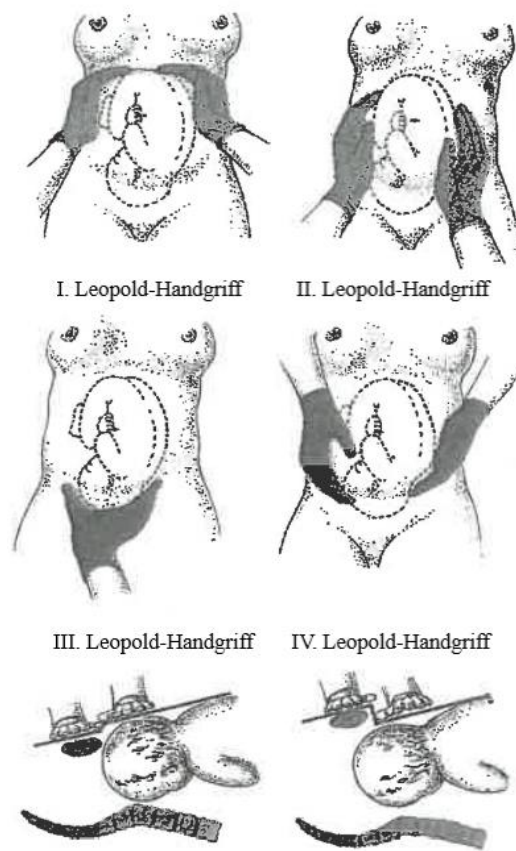


Abb. 12.5. Längslage, I.a Stellung (links), II.a Stellung (rechts), Einstellung des Hinterhauptes, typische fetale Haltung



Zangemeister-Handgriff

Abb. 12.6. Ermittlung der fetalen Lage, Stellung, Haltung und Einstellung durch die Leopold-Handgriffe und der Beziehung des vorangehenden Teiles zum mütterlichen Becken durch den Zangemeister-Handgriff

Tab. 12.2. Arten der Lage, Stellung, Einstellung, Haltung und des Höhenstands des Kindes	
Lage (Situs)	<ul style="list-style-type: none"> • Längslage (Situs longitudinalis) • Schräglage (Situs obliquus) • Querlage (Situs transversus)
Stellung (Positio)	<ul style="list-style-type: none"> • Rücken vorne (Positio dorsoanterior) 80% <ul style="list-style-type: none"> ○ links (I.a) ○ rechts (II.a) • Rücken hinten (Positio dorsoposterior) 20% <ul style="list-style-type: none"> ○ links (I.b) ○ rechts (II.b) • Rücken oben (Positio dorsosuperior) • Rücken unten (Positio dorsoinferior)
Einstellung (Praesentatio)	<ul style="list-style-type: none"> • Einstellung des Köpfchens (Praesentatio capitis) <ul style="list-style-type: none"> ○ occipitalis ○ parietalis ○ frontalis ○ facialis • Einstellung des Steißes (Praesentatio podalica, pelvina) <ul style="list-style-type: none"> ○ pelvina simplex ○ pelvina completa ○ pelvina incompleta ○ genuum completa ○ genuum incompleta ○ pedaria completa ○ pedaria incompleta • komplexe Einstellung (Praesentatio complexa) <ul style="list-style-type: none"> ○ Praesentatio pedaria et umbilicalis (z. B.) ○ manuum, omeris (z. B.)
Haltung (Habitus)	Typische fetale Körperhaltung: die zusammengerollte Frucht mit bogenförmig gewölbter Wirbelsäule, flektiertem Köpfchen, dem auf der Brust liegenden Kinn, gekreuzten Armen und in

	den Hüften und den Kniegelenken gebogenen, gekreuzten, am Bauch anliegenden Beinen
Höhenstand des kindlichen Köpfchens im Becken	-4: das Köpfchen mobil oberhalb des Beckeneingangs -3: das Köpfchen fixiert oberhalb des Beckeneingangs -2: kleines Segment des Köpfchens in der Beckenhöhle -1: mittleres Segment des Köpfchens in der Beckenhöhle 0: das Köpfchen in der Interspinalenebene – großes Segment in der Beckenhöhle +1: das Köpfchen unterhalb der Interspinalenebene +2: das Köpfchen auf dem Beckenboden +3: das Köpfchen auf dem Damm

Die Stellung ist das Verhältnis des kindlichen Rückens zur Gebärmutterwand. Möglich sind die dorsoanteriore (Rücken vorn) und die dorsoposteriore (Rücken hinten) Stellung auf der linken oder rechten Seite der Mutter.

Die Einstellung ist das Verhältnis der Leitstelle (des vorangehenden Teiles) zum Geburtskanal. Es können der Kopf, der Steiß oder andere kindliche Körperteile eingestellt werden.

Die Haltung des Kindes ist das Verhältnis der kleinen fetalen Körperteile zum Steiß, das in regelrechten Umständen der typischen fetalen Körperhaltung entspricht.

Von 100 Geburten erfolgen 99 aus der Längslage und 1 aus der Querlage. Von 99 Kinder in der Längslage ist bei 94 der Kopf und bei 5 der Steiß eingestellt. Von 94 Kopfeinstellungen sind 92 in der regelrechten dorsoanterioren Stellung mit eingestelltem Hinterhaupt, während sich in 2 Fällen um regelwidrige Kopfeinstellungen handelt.

12.2. Geburtsmechanismus

Der fetale Kopf befindet sich vor der Geburt in regelrechter Längslage und dorsoanteriorer Stellung oberhalb des Beckeneingangs in einer Mittelstellung zwischen Flexion und Deflexion und ist mobil (-4 cm von der Interspinalenebene), so dass man hier von einer **indifferenten Haltung** spricht. Der längere Durchmesser des fetalen Kopfes entspricht dem längeren Durchmesser des Beckeneingangs (die Pfeilnaht verläuft im queren oder in einem der schrägen Durchmesser).

Unter der Wehentätigkeit beugt sich der fetale Kopf zuerst allmählich im Atlantookzipitalgelenk, wobei sich die kleine Fontanelle niedriger als die große Fontanelle senkt. Die Flexion ist einfacher als die Deflexion, weil das Atlantookzipitalgelenk im Verhältnis zum längeren Durchmesser des kindlichen Kopfes exzentrisch gelegen ist. Somit tritt das Köpfchen ins knöcherne Becken ein (-3 oberhalb der Interspinalenebene) und macht unter den Wehen und der Flexion eine innere Drehung durch das Becken zur Interspinalenebene (0 Stellung). Am Beckenausgang schiebt sich das Köpfchen mit dem Nacken gegen den unteren Symphysenrand (Hypomochlion) und wird in einer Deflexionsbewegung über den Damm geboren. Danach macht das Köpfchen eine äußere Drehung gegen die I. oder II. Stellung, um die Geburt der Schultern im geraden Durchmesser des Beckenausgangs zu ermöglichen. Somit wird unter der Symphyse zuerst die vordere, dann auch die hintere Schulter geboren, wonach auch der Rest des kindlichen Körpers folgt.

Die ersten zwei Phasen der Geburt sind die Eröffnungs- und die Austreibungsperiode. Die Eröffnungsperiode ist durch die Latenzphase und die Aktivitätsphase geprägt. Sie dauert bei Erstgebärenden rund 15 und bei Mehrgebärenden rund 10 Stunden. Bei 2-4% der Entbindungen kann die Eröffnungsperiode länger dauern. Die Austreibungsperiode (II. Geburtsphase) dauert bei Erstgebärenden bis zu zwei Stunden und bei Mehrgebärenden bis zu einer.

Die Komponenten des aktiven Geburtsverlaufs, d. h. die Dilatation des Muttermundes und das Tiefertreten des vorangehenden Teiles, des Köpfchens oder des Steißes, werden mit Hilfe

eines Partogramms dokumentiert. Das Partogramm ist die graphische Darstellung von Komponenten des Geburtsverlaufs während der Latenz- und Aktivitätsphase der Geburt, die durch die Beobachtung der Kurven eines Nomogramms bei Erstgebärenden wie auch bei Mehrgebärenden entsteht. Somit kann man in jeder Geburtsphase feststellen, ob es sich um einen überstürzten oder einen protrahierten Geburtsverlauf handelt, woraus sich dann das angemessene geburtshilfliche Vorgehen ergibt, wie z. B. Oxytocininfusion, Amniotomie, Epiduralanalgesie oder Analgosedierung. Außerdem hat das Partogramm mit seiner graphischen Darstellung des Geburtsverlaufs einen organisatorischen, belehrenden und erforschenden Wert in den Kreißsälen und verringert den Bedarf nach ohnehin überreichlichen medizinischen Unterlagen.

Tab. 12.3. Dauer der jeweiligen Phasen der Geburt		
Geburtsphase	Nullipara	Multipara
Eröffnungsperiode		
<ul style="list-style-type: none"> • Latenzphase • Aktivitätsphase • Zervixdilatation 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ≤ 20 Stunden ○ 5-8 Stunden ○ $\geq 1,2$ cm/Stunde 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ≤ 14 Stunden ○ 25 Stunden ○ $\geq 1,5$ cm
Austreibungsperiode	≤ 2 Stunden	≤ 1 Stunde
Nachgeburtsperiode	≤ 30 Minuten	≤ 30 Minuten

Das bekannteste ist das Friedmann-Partogramm aus den fünfziger Jahren des 20. Jahrhunderts, das die graphische Darstellung der Geburt vorlegte und heute geringfügig modifiziert wird. Die Latenzphase der Friedmann-Kurve kennzeichnet die Zervixverkürzung und Dilatation bis zu 2 cm, wonach die Aktivitätsphase eintritt, die aus der kurzzeitigen Phase der beschleunigten Zervixdilatation und der Phase der maximalen Zervixdilatation besteht. Dieser Phase folgt dann die Dezelerationsphase mit der völligen Dilatation des Muttermundes.

Mit der Aufnahmeuntersuchung der Gebärenden im Kreißsaal gewinnt man Einblick in den Geburtsbeginn oder in den Geburtsfortschritt.

1. Der Befund wird in das Partogramm eingetragen und kommt zur Verwendung, erst wenn die Dilatation von 2 cm unter dem Einfluss der Wehentätigkeit erreicht ist.
2. Das Partogramm endet mit der Geburt, denn die Erfahrung hat gezeigt, dass die völlige Zervixdilatation erst dann bemerkt wird, nachdem sie schon erreicht worden ist.
3. Die Steigung der Friedman-Kurve sollte parallel zur entsprechenden Grenzlinie des Partogramms verlaufen, während eine leichtere Steigung der Kurve auf eine protrahierte Geburt deuten kann.

Jede Abweichung von den aufgrund der Parität erstellten Partogramm-Kurven wird Dystokie genannt. Im Unterschied dazu folgt das Absinken des vorangehenden Teiles in der Partogramm-Kurve bei einer normalen Geburt (Eutokie) oft der Dilatation des Muttermundes. Aufgrund des Partogramms sind zwei wichtigste Abweichungen von der Friedman-Kurve festzustellen: die protrahierte und die überstürzte Geburt.

Nach der Geburt des Kindes beginnt die dritte Geburtsphase, die Nachgeburtsperiode bzw. Plazentarperiode. Diese Phase sollte unter der aktiven Geburtsleitung nicht länger als 10 bis 15 Minuten dauern und in etwa 98% der Fälle löst sich die Nachgeburt in dem erwähnten Zeitraum ab. Ohne aktive Geburtsleitung sollte die Nachgeburtsperiode unter Blutungskontrolle nicht länger als eine Stunde dauern.

In 80% aller Fälle löst sich die Plazenta durch den Lösungsmechanismus nach Schultze ab, indem ein retroplazentares Hämatom unter dem Einfluss der Uteruskontraktionen während der Plazentarperiode entsteht, wobei zuerst die fetale – amniotische Seite der Plazenta durch die Vulva ausgestoßen wird. Da es bei diesem Lösungsmodus keinen Blutverlust gibt, wird er „*shiny Schultz*“ genannt. Davon unterscheidet man den sog. „*dirty Duncan*“, den anderen Mechanismus der Plazentaablösung bei 20% der Kreißenden, bei dem die Plazentaablösung durch Blutung begleitet ist und die Plazenta mit der chorialen Seite exzentrisch ausgestoßen wird. Wie schon erwähnt, wird dieser Lösungsmodus nach Duncan genannt.

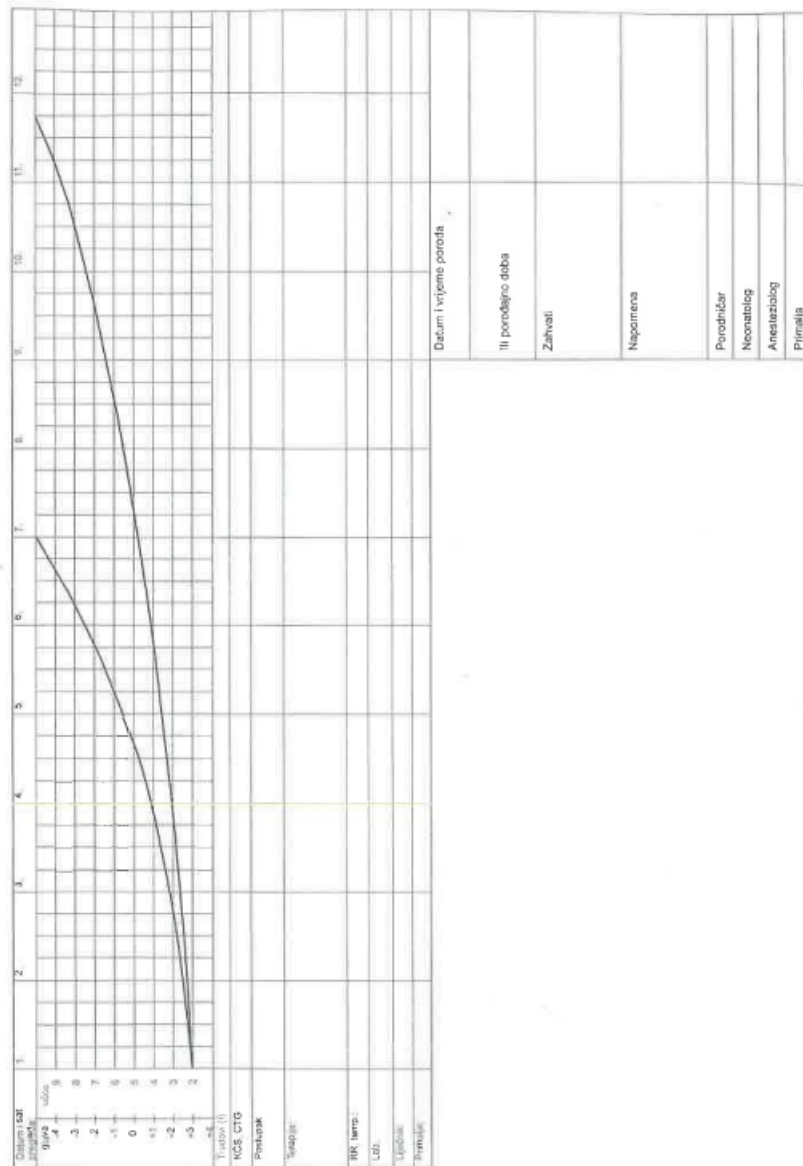


Abb. 12.8. Partogramm

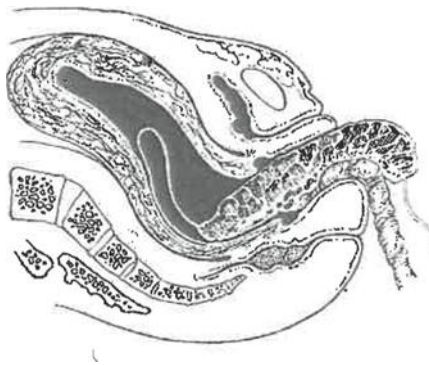
Bei dem Lösungsmechanismus nach Schultze beträgt der Blutverlust zwischen 200 und 400 ml, während der Blutverlust beim Lösungsmechanismus nach Duncan während der dritten Geburtsphase >500 ml beträgt. Selten löst sich die Plazenta kombiniert nach Gessner ab.

Der Plazentarperiode folgt die Phase der nachgeburtlichen Erholung und die Übergangsphase zum Wochenbett, die Postplazentarperiode. Sie ist durch physiologische

Thrombo- und Myotamponade der Gebärmutter als zwei wichtigsten physiologischen Schutzmechanismen geprägt.



Lösungsmechanismus nach Schultze



Lösungsmechanismus nach Duncan

Abb. 12.9. Mechanismen der Plazentaablösung nach Schultze und nach Duncan

12.3. LEITUNG DER GEBURT

Die Leitung einer normalen Geburt basiert auf der Überwachung der vier Geburtsphasen, die nach dem beschriebenen Mechanismus ablaufen, wobei Abweichungen von der Norm erkannt werden und entsprechend der üblichen Praxis rechtzeitig eingegriffen wird. Heutzutage kann die Geburt aktiv oder natürlich bzw. ohne medikamentöse Behandlung geleitet werden. Die aktive Leitung einer Geburt umfasst die Analgesie durch

Spasmolytika oder Epiduralanästhesie (Periduralanästhesie), die Beschleunigung (Augmentation) der Geburt durch Blasensprengung (Amniotomie) und Indikation zur Oxytocin-Infusion, die Episiotomie bei Indikation sowie die aktive Leitung der Plazentarperiode. In den meisten Ländern, in denen normale Geburten durch Hebammen geleitet werden, besteht in den letzten Jahrzehnten ein großes Interesse für die natürliche Geburt ohne medikamentöse Behandlung. Dies gilt in den letzten Jahren auch für Kroatien, obwohl hier die Geburten immer noch durch Geburtshelfer und Hebammen geleitet werden.

Eröffnungsperiode: Phase der Eröffnung, des Blasensprungs und der Einstellung des kindlichen Köpfchens

Die meisten Gebärenden (*Parturiens*) werden während der Eröffnungsperiode in den Kreißaal aufgenommen. Wie schon erwähnt, kann die Geburt mit dem Blasensprung, mit den Wehen oder mit den beiden Zeichen des Geburtsbeginns einsetzen. Danach wird der Geburtsfortschritt folgendermaßen beurteilt:

- Erhebung der Anamnese, Einsichtnahme in den Mutterpass und den Verlauf der Schwangerschaft bis zur Geburt
- Blutdruck- und Pulsmessung, Urinuntersuchung auf Eiweiß mit Teststreifen (Urographie)
- Durchführung einer orientierenden Ganzkörperuntersuchung (Ödeme, Varikositäten)
- Durchführung einer Pelvimetrie
- geburtshilfliche Untersuchung, die aus folgenden Komponenten besteht:
 1. Palpation des Gebärmutterhalses (Bishop-Score) mit der rechten Hand: Position (anteponiert, retroponiert, zentriert), Länge (in cm oder 1 Fingerglied; verkürzt, verstrichen), Konsistenz (weich, mittelweich, derb); Zervikalkanal (Öffnungsgrad, Länge). Nachdem sich die Portio um 3 cm (2 Querfinger) verkürzt, wird die Muttermundsweite in cm (von 3 bis 10) sowie der Muttermundsaum (unnachgiebig, nachgiebig, dick, dünn) beurteilt. Zudem wird die Beckenwand ausgetastet (Erreichbarkeit des Promontoriums, der Spinae ischiadicae, etwaiger Exostosen, vorliegender Beckentumoren).
 2. Mit der anderen Hand wird der Uterustonius palpiert: weich, sensibilisiert – tonisiert, derb (*Tetanie*), regelmäßige oder unregelmäßige Kontraktionen bzw.

Wehen, deren Regelmäßigkeit und Stärke klinisch beurteilt werden. Am Termin befindet sich der Uterusfundus 3 Querfinger unterhalb des Schwertfortsatzes des Brustbeins ($F = x/3$).

3. die Fruchtblase, die intakt oder gesprungen sein kann, wird abgetastet. Danach wird die Fruchtwassermenge (vermindert, reichlich) sowie die Fruchtwasserfarbe (klar, milchweiß, gelblich, grünlich, blutig, serosanguinös, bräunlich) beurteilt. Bei intakter Fruchtblase wird das Vaginalsekret (schleimig, serosanguinös, wässrig, blutig, eitrig) beurteilt.



Abb. 12.10. Palpation des kindlichen Köpfchens als des vorangehenden Teiles

4. Der vorangehende Teil, seine Einstellung (Kopf, Steiß, Anomalien) und Stellung (dorsoanterior, dorsoposterior) sowie sein Höhenstand im Geburtskanal (in cm: -4, -3, -2, -1, 0, +1, +2, +3, +4) werden abgetastet. Durch den Hillis-Müller-Test bzw. eine kombinierte abdominal-vaginale Untersuchung wird der Höhenstand des vorangehenden Teiles im mütterlichen Becken während der Aktivitätsphase der Geburt festgestellt, wobei der Höhenstand des vorangehenden kindlichen Teiles mit einem Druck auf den Fundus uteri und mit den Fingern in der Scheide palpirt wird. Wenn der fetale Kopf in das Becken nicht gesunken ist, kann durch diese einfache Untersuchung das Vorliegen eines möglichen zephalopelvinen Missverhältnisses festgestellt werden.
5. Mit Kardiotokographie oder mit dem Pinard-Rohr wird der fetale Zustand beurteilt bzw. die fetale Herzfrequenz überwacht. Der durch Kardiotokographie aufgezeichnete Befund wird Kardiotokogramm genannt. Heutzutage wird die Kardiotokographie bei normalen Geburten intermittierend eingesetzt, während sie

bei allen pathologischen Geburten, eingeleiteten Geburten, bei mekioniumhaltigem Fruchtwasser usw. kontinuierlich eingesetzt wird.

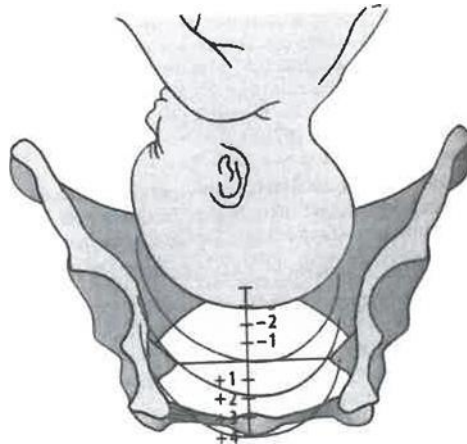


Abb. 12.11. Höhenstand des kindlichen Köpfchens im Geburtskanal in Zentimetern

Nach der geburthilflichen Untersuchung sind Daten über die Lage, Stellung und den Höhenstand des kindlichen Köpfchens sowie über den kindlichen und mütterlichen Zustand gewonnen. Am häufigsten kommt die normale dorsoanteriore Stellung mit eingestelltem Köpfchen vor. Bei dorsoposteriorer Stellung mit eingestelltem Köpfchen, vorderem Asynklitismus sowie bei Scheitelbein- und Gesichtseinstellung ist die erfolgreiche vaginale Geburt mit etwas protrahierter Geburtsdauer möglich, während die anderen pathologischen Zustände einer chirurgischen Geburtsbeendigung bedürfen.

Wenn alles in Ordnung ist und keine weiteren Eingriffe nötig sind, wird ein Einlauf zur Entleerung des Mastdarmes empfohlen, denn der Mastdarm kann die normale Geburtsmechanik hemmen. Außerdem hat die Peristaltik eine positive Wirkung auf die Wehentätigkeit, sodass ein Einlauf jedenfalls empfohlen wird. In einigen Fällen wird es empfohlen, wegen möglicher Eingriffe, wie z.B. die Episiotomie, den Dammbereich zu rasieren.

Die Eröffnungsperiode wird gemäß der Praxis mit CTG oder mit dem Pinard-Rohr, dem geburthilflichen Stethoskop, sowie nach dem Partogramm überwacht. Die Eröffnungsperiode endet mit der vollständigen Eröffnung des Muttermundes, mit wirksamen Wehen und mit einer gesprungenen Fruchtblase.

Austreibungsperiode: die vollständige Geburt des Kindes

Wenn das Köpfchen oder ein anderer vorangehender Teil (der Steiß) zum Beckenboden absinkt, fühlt die Kreißende einen Druck auf den Mastdarm und die Objektivität dieses Gefühls kann durch zwei Handgriffe festgestellt werden. Das sind der Druck auf den Hinterdamm nach Schwarzenbach und der Druck seitlich des Dammes nach De Lee.

Wenn das Köpfchen am Introitus vaginae sichtbar wird (Höhenstand des Köpfchens +3), fühlt die Kreißende einen starken Druck auf den Dickdarm. Dann sollte sie auf mit den Wehen koordiniertes Pressen verwiesen werden.

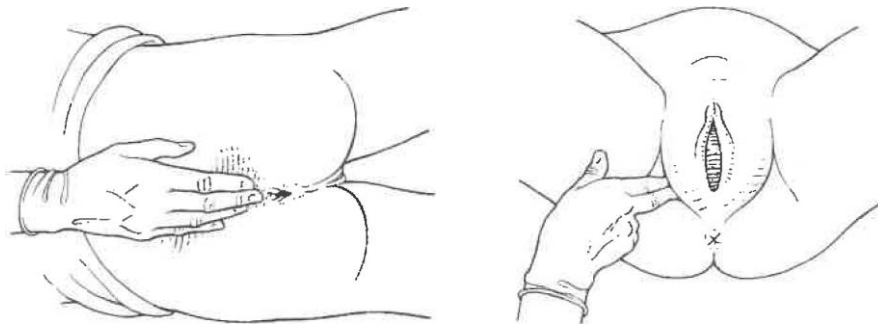


Abb. 12.12. Schwarzenbach-Handgriff und De-Lee-Handgriff

Mit der rechten gespreizten Hand wird der Damm festgehalten und zusammengezogen, mit der linken Hand wird das Köpfchen gehalten und seine Deflexion um die Symphyse allmählich erleichtert. So werden der Hinterhaupt, der Scheitel, die Stirn und das Gesicht des Kindes entbunden. Wenn der Damm verblasst und die Gefahr eines Dammrisses besteht, oder wenn der Damm zu hoch steht und rau ist, sollte eine Episiotomie eingesetzt werden (siehe weiter). In manchen Fällen kann der modifizierte von Olshausen-Ritgen-Handgriff („Hinterdammgriff“) eingesetzt werden, bei dem die allmähliche Deflexion des Köpfchens nach oben durch den Druck auf den Hinterdamm ermöglicht wird, wodurch die Extension des Köpfchens erfolgt, die Dammmuskulatur geschützt wird und die sog. vorderen Vulvarisse verhindert werden.

Nach der Geburt des Köpfchens wird der kindliche Mund abgewischt, wonach die nächste Wehe abgewartet wird oder die Mutter instruiert wird, mitzupressen, um die äußere

Rotation des Köpfchens zu gewährleisten. Das Köpfchen wird leicht abgehalten und nach unten gezogen, um die vordere Schulter unter der Symphyse bis zu $\frac{3}{4}$ des kindlichen Oberarms zu entbinden. Danach werden die hintere Schulter und der kindliche Rumpf entbunden, indem der Damm mit der rechten Hand abgehalten wird und die Schulter mit der linken Hand leicht nach oben gehalten wird. Das Neugeborene wird der Mutter auf den Bauch gelegt, sein Gesicht und sein Mund werden abgewischt, der Inhalt seiner Mundhöhle wird nach Bedarf aspiriert und es wird sofort mit einer Wärmekomresse oder mit einem vorgewärmten Tuch gewärmt.



Abb.12.13. Hinterdammgriff nach von Olshausen und Ritgen

Nach dem Sistieren der Nabelschnurpulsation wird die Nabelschnur zwei Querfinger vom Nabelschnuransatz mit einer Einmalnabelschnurklemme abgeklemmt und abgeschnitten. Das Neugeborene wird gewogen (kg) und gemessen (cm). Danach wird der Mutter und dem Neugeborenen eine Identifikationsnummer angelegt, die sie tragen werden, bis sie die Wöchnerinnenstation verlassen.

Auf Verlangen der Eltern kann das Nabelschnurblut nach der Geburt des Kindes unter aseptischen Bedingungen aus der Nabelschnur in das zu diesem Zweck beschaffte Zubehör zur Kryopräservierung entnommen werden, um die Stammzellen aus der Nabelschnur aufzubewahren.



Abb. 12.14. Geburtsablauf: Dammschutz, äußere Rotation des Köpfchens mit der Geburt der vorderen und der hinteren Schulter

Nach der Geburt wird das Neugeborene durch eine Hebamme und/oder einen Geburtshelfer untersucht und sein Vitalitätszustand wird nach dem Apgar-Schema (*Apgar-Score*) beurteilt. Fünf Variablen werden mit 0, 1 oder 2 Punkte 1, 5 und 10 Minuten nach der Geburt aufgrund der beigefügten Tabelle beurteilt. Die Vitalitätsbeurteilung zwischen 0 und 4 bedeutet schwere perinatale Hypoxie/Asphyxie, von 5 bis 7 Asphyxie und ein Apgar-Score von 8 bis 10 bedeutet, dass der Befund unauffällig ist. Bei einem Kind mit Anzeichen der Hypoxie/Asphyxie sollten sofort Reanimationsmaßnahmen durchgeführt werden, die vor allem das Absaugen der Mund- und Nasenhöhle, die Aufwärmung und die mechanische Stimulation der kindlichen Haut durch Reibung mit einer Windel umfassen. Jedenfalls sollte ein Kinderarzt/Neonatologe sofort hinzugezogen werden, um die Reanimation fortzusetzen, und die Prinzipien der weiteren Verfahren der Neugeborenenreanimation sollten in Neonatologielehrbüchern nachgeschlagen werden.

Nachgeburtsperiode: Entbindung der Nachgeburt (Plazenta, Eihäute und Nabelschnur)

Die Nachgeburtsperiode wird heutzutage durch die Verabreichung von Uterotonika (2-5 IE Oxytocin; z.B. Sintocynon®), Uterostypika (0,2 mg Methylergometrin/Methylergobrevin; z.B. Ergotyl®, Ergometrin®, Methergin®) oder deren Kombination (z.B. Sintometrin®) aktiv geleitet. Die uterotonische Wirkung dauert 2-5 Minuten, während die uterostypische Wirkung ungefähr acht Stunden dauert, sodass Uterostypika bei Mehrgebärenden, bei Gebärenden mit makrosomen Kindern und bei Mehrlingsschwangerschaften/Mehrlingsgeburten empfohlen werden. Ergotalkaloide sind

bei bestehenden Komorbiditäten der Gebärenden (zerebrovaskuläre Erkrankung, arterielle Hypertonie, Präeklampsie) kontraindiziert.

Die aktive Leitung der Nachgeburtsperiode hat zur wesentlichen Verminderung der Blutung und der Dauer dieser Periode geführt. Starke Blutung und lange Dauer der Nachgeburtsperiode hatten früher die Erholung der Wöchnerin beeinflusst, indem sie wegen der peripartalen Anämie, die neben der schon bestehenden physiologischen Schwangerschaftsanämie vorkommt, die Erholung der Wöchnerin erschwert und verlängert hatten. Die (intravenöse oder intramuskuläre) Verabreichung von Uterotonika oder Uterostypika nach der Geburt der vorderen fetalen Schulter fördert starke Uteruskontraktionen und die Entbindung der Nachgeburt einige Minuten nach der Entbindung des Kindes, sodass der Blutverlust auf ein Minimum reduziert ist.

Tabelle 12.4. Vitalitätsbeurteilung des Neugeborenen nach Virginia Apgar				
	Zeichen	0	1	2
A	Aussehen, Hautfarbe	zyanotisch, blass	Rumpf rosig, Extremitäten zyanotisch	völlig rosig
P	Puls	fehlt	<100	>100
G	Grimassieren (Reflexerregbarkeit beim Absaugen)	keine Reflexe	Grimassieren	Husten oder Niesen
A	Aktivität (Muskeltonus)	schlaff	reduzierter Muskeltonus	guter Muskeltonus
R	Respiration (Atmen)	fehlt	unregelmäßig, schwach	kräftiges Schreien



Abb. 12.15. Versorgung der Nabelwunde und die erste Neugeborenenuntersuchung

Bei der herkömmlichen Leitung der Nachgeburtsperiode bis zu einer Stunde dauerte die Blutung länger, die Plazenta löste sich langsam mit unregelmäßigen Uteruskontraktionen ab und der gesamte Blutverlust war viel höher.

Nach der Verabreichung einer uterotonischen/uterostypischen Injektion sollten die Zeichen der Plazentalösung, die bei aktivem Vorgehen sehr schnell vorkommen, abgewartet werden. Das sind die fünf bekannten Plazentalösungszeichen:

- **Küstner-Zeichen:** Beim Druck mit der Hand oberhalb der Symphyse zieht sich die Nabelschnur nicht zurück in die Scheide, wenn die Plazenta abgelöst ist.
- **Ahlfeld-Zeichen:** Wenn sich die Plazenta abgelöst hat, ist ein Bändchen oder eine Klemme, die an der Nabelschnur vor der Vulva angebracht wurde, um 10 cm nach unten abgesunken.
- **Schröder-Zeichen:** Wenn sich die Plazenta abgelöst hat, befindet sie sich im unteren Uterinsegment, und die Gebärmutter verzieht sich zur rechten Seite des Bauchs (wegen des verkürzten *Lig. rotundum uteri*) mit einem harten, kontrahierten oberen Uterinsegment.
- **Klein-Zeichen:** Die Kreißende fühlt einen starken Druck auf den Dickdarm, weil die abgelöste Plazenta durch die Vagina absinkt und Druck auf die zervikalen und rektalen Ganglien ausübt.
- **Strassman-Zeichen:** Die Berührung des Fundus uteri wird nicht auf die Nabelschnur übertragen, was ein Plazentalösungszeichen ist.

Dann wird die Nachgeburt in einer Wehe durch einen Nabelschnurzug (engl. *cord traction*) in der Führungslinie entbunden, wonach die maternale und fetale Seite der Plazenta, die

Kotyledonen, die Insertio velamentosa, die Nabelschnurlänge und die Eihäute gründlich untersucht werden. Alle Kotyledonen müssen vorhanden sein und wenn das Blut und die Koagel von der maternalen Seite der Plazenta entfernt werden, sehen die Kotyledonen nebeneinander wie Buchteln aus.

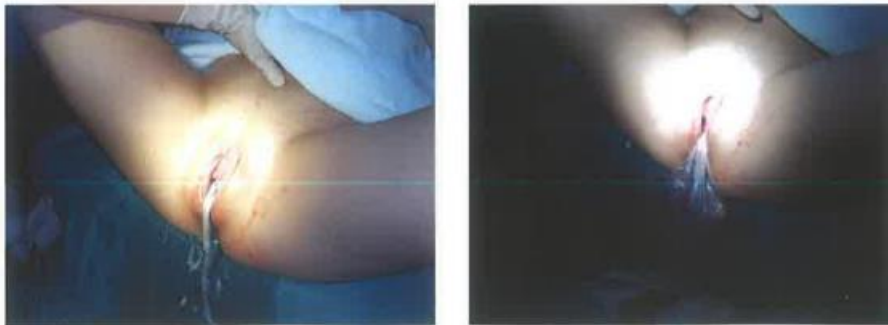


Abb. 12.16. Die Nachgeburtsperiode: positive Zeichen der Plazentalösung und Lösungsmodus nach Schultze

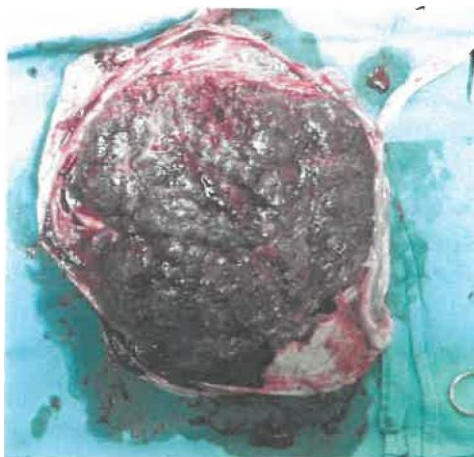


Abb. 12.17. Untersuchung der Plazenta nach der Geburt: vollständige maternale Seite mit allen Kotyledonen und Eihäuten

Postplazentarperiode: zwei Stunden unmittelbar nach dem Ende der Plazentarperiode bis zum Beginn des Wochenbetts

Die Postplazentarperiode ist die zweistündige Phase der Rekonvaleszenz und die Übergangsperiode zum Wochenbett, das dann sechs Wochen dauert. Nach der Geburt

werden die Weichteile untersucht und wenn die Kreißende Blut verliert, sollten eventuelle Risse des Damms, der Vagina und der Zervix versorgt und der Dammschnitt vernäht werden.



Abb. 12.18. Die Postplazentarperiode: unverletztes Weichteilrohr



Abb. 12.19. Die Postplazentarperiode: Hautkontakt zwischen Mutter und Kind

Der Gebärenden sollte ein steriles Tuch vor der Vulva angelegt werden, wobei die Vitalzeichen (Blutung, Diurese, Blutdruck, Puls, Temperatur, Atmung) und der Uterustonius überwacht werden. Während dieser Geburtsphase bringt die Hebamme der Gebärenden das Stillen bei und weist auf die Notwendigkeit der frühen, anhaltenden Verbindung zwischen Mutter und Kind (sog. *Hautkontakt*) hin.

12.4. GEBÄRPOSITIONEN

Die Gebärende kann die Gebärposition nach der Ausstattung des Kreißsaales, ihrem eigenen Wunsch oder nach der geburtshilflichen Beurteilung wählen, wobei auch die Wahl einer Wassergeburt möglich ist.

Während der geschichtlichen Entwicklung der Hebammengeburtshilfe waren die hockende, kniende, sitzende und halbsitzende Lage die üblichen Gebärpositionen, solange kein Bedarf nach einer chirurgisch-geburtshilflichen Intervention bestand, bei der die Gebärende in die Rückenlage versetzt wird, was sich während der 19. und 20. Jahrhundert als die konventionelle Gebärposition etablierte.

Heutzutage sind die folgenden Gebärpositionen bekannt:

- liegende Stellung, (übliche, herkömmliche) Rückenlage auf dem Entbindungsbett
- liegende Seitenlage
- vertikale Gebärpositionen: stehende, sitzende/halbsitzende (auf dem Entbindungsstuhl), hockende, kniende
- Knie-Ellbogen-Lage

Bei allen Gebärpositionen, auch bei der häufigsten Rückenlage, sind die gegenwärtigen Methoden der peripartalen Überwachung und Eingriffe eingeschlossen, beispielsweise die Kardiotokographie, Kontrolle der mütterlichen Vitalfunktionen, Epiduralanalgesie, Spasmoanalgesie, mögliche Episiotomie oder Oxytocin-Infusion.

Nach vielen Studien haben vertikale und Seitenlagen im Vergleich zur horizontalen Lage folgende Vorteile:

- kürzere Dauer der Austreibungsperiode (um durchschnittlich 5, 4 Minuten)
- geringerer Anteil an assistierten Geburten
- Reduktion der Episiotomien
- mütterlicher Säure-Basen-Status bei der Geburt: pO_2 und pH sind in der vertikalen und der linken Seitenlage höher als in der horizontalen Lage
- effektivere Wehen in der vertikalen als in den horizontalen Lagen
- Austreibungsperiode in der Rückenlage ist öfter protrahiert 52% vs. 32% in der vertikalen (sitzenden) Lage.
- geringere Zunahme an Damrissen II. Grades
- erhöhtes eingeschätztes Risiko eines Blutverlusts höheren als 500 ml
- Linderung starker Schmerzen
- geringerer Anteil an Störungen der fetalen Herzfrequenz

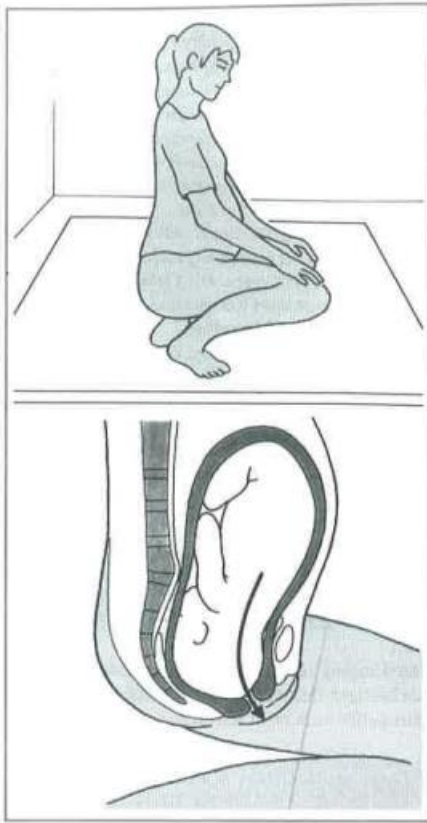


Abb. 12.20. Hockende Gebärposition

Nach der Einführung anderer Gebärpositionen außer der Rückenlage wurde in Kroatien durch die Resolution „**zum Schutz der Maternität und Kinder sowie zum humaneren Gebären**“ aus dem Jahr 2003 Folgendes vereinbart: Den Gebärenden wird die Bewegungsfreiheit und die Wahl einer Gebärposition während der Geburt ermöglicht, außer wenn die Einschränkung wegen der Vorbeugung oder Behandlung der Geburtskomplikationen nötig ist. Es wird nicht nur die liegende Gebärposition mit erhöhten Beinen gefördert.

Tabelle 12.5. Gebärpositionen, Vergleich ihrer Vor- und Nachteile

Liegende, Rückenlage	Liegende, Seitenlage	Vertikale, sitzende	Hockende	Knie- Ellbogen-Lage
<ul style="list-style-type: none"> • Ausgleich der Lendenlordose durch die Flexion des mütterlichen Kopfes • adäquate Position bei geburtshilflichen Operationen 	<ul style="list-style-type: none"> • angenehmer für die Gebärende • die Mobilität des Beckens ist größer • die Geburtsmechanik – Stellung der Leibesfrucht (I. oder II.) sollte beobachtet werden und danach die Lage der Gebärenden am Ende der Austreibungsperiode festgestellt werden • in der linken Seitenlage wird das Vena-cava-Kompressions-Syndrom vermieden, was die um ca. 20% bessere Oxygenierung der uteroplazentaren Einheit zur Folge hat • hohe Inzidenz eines intakten Dammes (bis zu 66%) 	<ul style="list-style-type: none"> • verminderte Inzidenz von Episiotomien und Damrissen • verminderte peripartale Medikation und Oxytocin-Stimulation • effektiverer Druck auf den Frankenhäuser-Plexus (zervikohypothalamischer Reflex) • ausgeglichene Lendenlordose • vermindertes, meist unnötiges Exprimieren durch den Kristeller-Handgriff und seine (unkritische) Modifikationen • positives Gesamterlebnis der Geburt • bewiesenes ökonomisches Kosten-Nutzen-Verhältnis • minimale Ausbildung und Modifizierung der Arbeit • medizinisch sicher für Mutter und Kind • für den Großteil normaler Geburten 	<ul style="list-style-type: none"> • die Beckenkapazität erhöht sich im Querdurchmesser um 1 cm und im Längsdurchmesser um 2 cm • besserer Höhenstand des vorangehenden Teiles • geringere Inzidenz von Schulterdystokie auch bei makrosomen Kindern • aktive Partnerunterstützung • aktive Einstellung mit optimalem Gebrauch der Schwerkraft • Einsatz der Atemhilfsmuskulatur • optimale Beweglichkeit des Beckens, Absenken und Tieftreten des Köpfchens ins Becken, die Längsachse des Kindes stimmt mit der Längsachse des Geburtskanals und des Beckeneingangs überein • geringere Inzidenz von Episiotomien und Damrissen • wesentlich verminderte Oxytocin-Stimulation während der Austreibungsperiode • verkürzte Expulsionsphase 	<ul style="list-style-type: none"> • einfachere Manipulation in der Sakralhöhle (Schulterdystokie) • weniger Dammrisse
<ul style="list-style-type: none"> • Pressen gegen die Schwerkraft • Spannung der Beckenbodenmuskulatur • schlechtere Sauerstoffversorgung des Kindes • oft vorkommendes Vena-cava-Kompressions-Syndrom 	<ul style="list-style-type: none"> • schwereres Pressen als in der Längslage 	<ul style="list-style-type: none"> • verminderte Beweglichkeit des Beckens (fixierte Os sacrum und Os coccygis) • meistens zu schwache Abduktion des Oberschenkels • häufigere Ödeme der Vulva • subjektiv höherer Blutverlust 	<ul style="list-style-type: none"> • physisch schwerer zu ertragende Lage 	<ul style="list-style-type: none"> • unpraktischere Lage auf dem Gebärbett, benötigt eine Matte

<ul style="list-style-type: none"> • zum Ausgleich der lumbosakralen Inklination ist es nötig, eine Erhöhung (z.B. ein Kissen) unterzulegen • wesentliche Abnahme des Femoralispulses (Poseiro-Effekt) und Hypotonie bei 1/3 der Gebärenden in der Rückenlage 				
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--



*Abb. 12.21. Gebärstuhl
(Gebärhocker), Kardiotokograph im
Gintergrund*



*Abb. 12.22. Gegewärtiges
polyvalentes Gebärbett*

In Kroatien wurde die erste Geburt auf einem Gebärstuhl im Dezember 2002 im Klinischen Krankenhauszentrum in Osijek durchgeführt.

12.5. WASSERGEBURT

Die erste Wassergeburt wurde in Frankreich im Jahr 1803 dokumentiert. Danach gab es sie in Russland im Jahr 1963, in Kreisslen in Großbritannien, in skandinavischen Ländern, Österreich, Deutschland und in der Schweiz, während sich die Wassergeburt in Slowenien seit den neunziger Jahren des 20. Jahrhunderts verbreitete. In Kroatien begannen die ersten Wassergeburten in Kliniken in Rijeka und Osijek. Es gilt, dass neben den bekannten balneologischen Vorteilen des Wassers (die Gebärende fühlt sich im Wasser angenehmer, empfindet die Schmerzen schwächer, erträgt die Geburt leichter) die Wassergeburt den Eindruck über die Geburt bei den Eltern/der Gebärenden positiv beeinflusst und dem Kind ein allmählicher Übergang aus dem intrauterinen Milieu in warmes Wasser und in die relativ kalte Luft erleichtert wird. Der Tauchreflex ist ein Schutzreflex beim Menschen, bei dem das Wasser durch die Aufregung von Rezeptoren der Gesichtshaut um Mund und Nase herum sowie durch den Glottisverschluss eine Apnoe in Expirationsstellung verursacht und das Eindringen von Wasser in die Lungen verhindert, sodass dieser Reflex bei einem reifen Neugeborenen im Zeitpunkt der Geburt am ausgeprägtesten ist. Nach dem ersten Kontakt des kindlichen Gesichts mit der Luft verschwindet dieser Reflex. Der erwähnte Reflex bleibt bei einem am Termin geborenen Kind bei der Wassergeburt intakt und es kommt zu keiner Reflexbradykardie. Die intrauterine Asphyxie und die Frühgeburt hemmen diesen physiologischen Ablauf. Außerdem ist die Stimulation der Respiration stärker als der Tauchreflex, was zur Aspiration des Wassers in die Atemwege führen kann.

Die Wassergeburt ist nur bei einfachen, spontanen, vaginalen Einzelgeburten mit der schriftlichen Zustimmung der Gebärenden möglich. Wegen der Gefahr, dass der Tauchreflex durch Hypoxie inhibiert wird, ist während der ganzen Geburt eine kontinuierliche telemetrische CTG-Überwachung notwendig (die Gebärende darf nicht direkt mit dem Kardiotokograph verbunden sein). Die Gebärende kann im Laufe der Eröffnungs- und/oder der Austreibungsperiode im Wasser sein. Die moderne

Geburtswanne ist ergonomisch geformt und die Wassertemperatur darf nicht höher als 37° sein, damit der mütterliche und kindliche Kreislauf durch Hyperthermie nicht belastet wird.

Das Kind wird im Wasser geboren und nach der Geburt des Köpfchens kann die äußere Drehung bis zur nächsten Wehe warten. Nach der Geburt des Körpers und der Beine wird das Kind in den nächsten 60 Sekunden der Mutter auf den Bauch gelegt, wobei nur sein Körper im Wasser bleibt und die Nabelschnur erst nach dem Sistieren ihrer Pulsation geschnitten wird. Die Nachgeburtsperiode kann auch in der Geburtswanne erfolgen. Der Dammschutz bzw. mögliche notwendige Episiotomien werden von dem seitlichen Wannrand aus durchgeführt und der mütterliche Blutverlust wird nach der Farbe des Wassers in der Wanne oder nach den gesunkenen Blutgerinnseln eingeschätzt.



Abb. 12.23. Wassergeburt: das Legen des Neugeborenen auf die mütterliche Brust, die Nabelschnur ist noch nicht abgeschnitten, telemetrischer Kardiotokograph ist im Hintergrund sichtbar

Die Geburtswanne sollte über keinen Überlauf und keine Luftkombinationsanlagen (Whirlpool) verfügen. Außer der permanenten UV-Desinfektion ist nach jeder Verwendung eine Wischdesinfektion nötig und die Duschköpfe sollten belüftet und einmal pro Woche mit Gas sterilisiert werden. Das Personal sollte im Fall einer Verletzung im Unterarmbereich den Kontakt mit dem Wasser vermeiden und die regelmäßige Sanitär- und Hygienekontrolle durch die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention ist selbstverständlich notwendig.

Vorbedingungen für eine Wassergeburt:

- nur normale Geburten (Einzelgeburten am Termin mit Kopfeinstellung)
- ständige Überwachung durch Hebamme und Arzt
- ständige Verfügbarkeit des Hilfspersonals zum Transport aus der Geburtswanne bei auftretenden Problemen
- gleiche Überwachung wie bei einer Landgeburt

Relative Kontraindikationen für eine Wassergeburt:

- Steißgeburt
- Mehrlingsschwangerschaft
- Frühgeburt
- pathologischer Geburtsverlauf
- Verdacht auf Chorioamnionitis
- maternale Infektion (starke Kolpitis, Infektion der Harnwege, febriler Zustand, Tuberkulose, positive Nachweise von HBV, HCV, HIV)
- Epiduralanästhesie
- fetale Makrosomie

Aktuelle Studien deuten darauf hin, dass fetale und maternale Morbidität und Mortalität bei Wassergeburten im Vergleich zu Landgeburten nicht erhöht sind, wenn genannte Vorbedingungen und Kontraindikationen beachtet werden.

Hrvatski izvornik
Kroatischer Ausgangstext

12.1. POČETAK POROĐAJA

Normalni porođaj (*eutocija*) svišetak je trudnoće koja završava spontanom rađanjem plodova začeca, djeteta i sekundina od 37. do 42. tjedna trudnoće. Ovaj je proces stoga rezultat višemjesečnih međusobnih biohumoralnih zbivanja u trudničnu tijelu. Regresija funkcije posteljice, dozrijevanje endokrinoloških mehanizama u djetetovu organizmu, zbivanja na molekularnoj razini maternice, zajedno pridonose dozrijevanju trudnoće i početku porođaja.

Nastankom fiziološke regresije posteljične funkcije tri tjedna prije porođaja, estriol iz posteljice počinje sintezu prostaglandinskih receptora, a uz progesteron stimulira membranu lizosoma u kojoj se nalazi fosfolipaza A2. Potom se pred sam porođaj stvaraju tkivni mostići tzv. *gap junctions* (u trudnoći ne postoje), intermiometrijske međuspojnice koje pospješuju transport električnoga potencijala kroz miometriju. Prostaglandini (Pg) E_2 i $F_{2\alpha}$ pospješuju stvaranje mostića i velikoga broja oksitocinskih receptora, dok ih prostaciklin i progesteron inhibiraju. Dokazano je da ih ima vrlo malo kod nezreloga cerviksa i nekoordiniranih materničnih kontrakcija, a mnogo u zrelih cerviksa i koordiniranim kontrakcijama.

Na materničnu aktivnost djeluju **uterotropini** (estriol) koji dozrijevaju (maturiraju) cerviks, stvaraju tkivne mostiće, povećavaju broj oksitocinskih receptora i povišuju kontraktilnost miometrija te **uterotonini** (prostaglandini i oksitocin) koji uzrokuju kontrakcije. Također, usporedo s navedenim zbivanjima fetalni ACTH potiče izlučivanje fetalnoga kortizola koji smanjuje koncentraciju progesterona i povišuje

koncentraciju E_2 , što izaziva destabilizaciju lizosomske membrane, razgradnju fosfolipaze A2 i posljedičnu sintezu prostaglandina, na što utječe i fetalni oksitocin koji se izlučuje nekoliko dana prije porođaja iz fetalne hipofize.

Oksitocin se pojačano izlučuje u fetusa rođenog rodničnim putem koji stimulira majčine kontrakcije i sintezu prostaglandina. Osim toga, pronađen je u mekonijijskoj plodovoj vodi kao rezultat hipoksije pa je time endogeni induktor porođaja ugrožena fetusa. Majčin se oksitocin sastoji od devet aminokiselina s vremenom poluraspada u plazmi od 3 do (6)7 minuta (zbog djelovanja oksitocinaze), a izlučuje se pulsatilno i cirkadijano 1–2 do 4–7 impulsa/30 minuta. Uz fetalnu i majčinu hipofizu izlučuju ga lokalno miometriju i plodove ovojnice. Estrogeni i proinflamatorni citokini povećavaju ekspresiju oksitocina u maternici. Tijekom trudnoće, od 13. tjedna, broj se oksitocinskih receptorskih mRNA povećava za 300 puta, posebice u gornjemu materničnom segmentu, gdje je njihova koncentracija inače niska, no na egzogeni oksitocin kontrakcije će se pojaviti tek od 20. tjedna zbog senzitivnosti receptora.

Spomenuta neravnoteža između progesterona i estrogena prije porođaja induktor je destabilizacije lizosomske membrane i sinteze prostaglandina, kako je navedeno. Pg E_2 djeluje na maturaciju cerviksa i otapanje kolagena, a Pg $F_{2\alpha}$ na kontrakcije maternice. Na molekularnoj razini početka porođaja spominje se i vrlo važan heptahelikalni G-protein koji aktivira receptore miometrija za hormone (katekolamine, acetilkolin, oksitocin, vazopresin, Pg, relaksin) i neuropeptide (CRH, VIP, adrenomedulin),

na čiju ekspresiju djeluje spomenuti međusobni odnos progesterona i estriola.

Na opisani način međusobnim djelovanjem brojnih biohumoralnih čimbenika, dolazi do aktivacije porođaja (parturicije), početka kontrakcija (trudova), skraćivanja i otvaranja materničnoga vrata te prsnuća plodovih ovojnica, kao temeljnih znakova početka porođaja.

U 8–10 % trudnoća terminski porođaj počinje prijevremenim prsnućem vodenjaka (*ruptura velamentorum praetemporaria – RVP, PROM*), dakle prije početka trudova i otvaranja materničnoga vrata. U oko 95 % slučajeva razvit će se normalni, spontani trudovi bez medikacije u prva 72 sata od prsnuća vodenjaka, koji će u 80 % rezultirati konačnim učinkom, regularnim trudovima (70–86 % će razviti trudove u prva 24 sata, a 91 % u 48 sati). No, u oko 6 % rođilja s prijevremenim prsnućem vodenjaka ne će se razviti spontani trudovi, već će se oni morati stimulirati, odnosno porođaj augmentirati. U oko 3 % svih trudnoća vodenjak će pr-

snuti prije termina, odnosno prije 37. tjedna trudnoće (*PPROM* – vidjeti poglavlje o sindromu prijevremenoga porođaja).

Trudnice će pred sam početak porođaja, posebice višerodilje, prema predznacima porođaja znati da će on uskoro uslijediti, primjerice „spuštanje trbuha“, kad se glavica već angažira u zdjelični ulaz, a time i češće mokrenje zbog pritiska glavice na mokraćni mjehur, manje izraženiji djetetovi pokreti, lakše disanje zbog spuštenoga trbuha jer se fundus maternice spustio do tri poprečna prsta ispod ksifoidnog nastavka prsne kosti, pojačani sluzavi iscjedak uz nerijetko ispadanje sluzavoga, Kristellerova čepa iz endocervikalnoga kanala.

U propedeutici i prethodnim tekstovima o normalnoj trudnoći navedeni su podatci o semiologiji porođaja i detaljno obrađeni prijevremeni i poslijeterminski porođaj.

Za normalni tijek porođaja potrebne su sljedeće sastavnice, čiji odnosi omogućuju normalno rađanje rodničnim putem u 80–85 % slučajeva bez porodničkih intervenci-



Slika 12.1. Pojedine faze maternične aktivnosti – kontraktilnosti tijekom trudnoće, porođaja i babinja: faza mirovanja, aktivacije, stimulacije i involucije.

ja. To su porođajni kanal (put), porođajne snage (trudovi) i porođajni subjekt (dijete i sekundine).

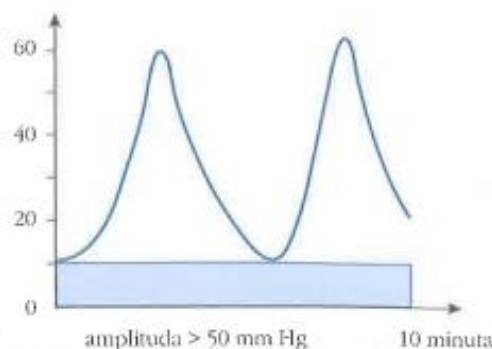
1. Porođajni kanal

Koštani dio porođajnog kanala, „opstetrička zdjelica“, opisan je u topografskoj anatomiji zdjelista. Meki porođajni kanal čine gornji i donji maternični dio, rodnica i međica, koje čine mišićnu valjkastu cijev koja se djelovanjem trudova rasteže.

2. Porođajne snage, trudovi

O materničnoj aktivnosti tijekom trudnoće bilo je riječi u prethodnim poglavljima, kao i u uvodnom o inicijaciji porođaja, te o međusobnim biohumoralnim odnosima koji rezultiraju nastankom materničnih kontrakcija (parturicija). Receptorima pripremljena maternična miškulatura i njena osjetljivost posebice na oksitocin, prostaglandine, estrogene te mehaničke čimbenike daje regularne trudove koji počinju prema znanoj Görtlerovoj histoarhitektonici maternice u rogovima spuštajući se s trupa (gornji, kontrakcijski maternični segment) prema istmusu i vratu maternice, odnosno donjem, distrakcijskom materničnom segmentu u kojem ima samo do 10 % mišićja i koji se skraćuje i rasteže. Tako trud ima dva učinka: retrakciju (kontrakciju) i distrakciju. Ovaj se proces naziva *trostrukom silaznošću truda*: počinju i najjači su i najviše traju u fundusu, manje u materničnome trupu i najmanje u donjem materničnom segmentu. Pojavnost trudova mjeri se tokografijom. Trud ima tipičan slijed: uzlazni, vrh truda i silazni, pa se razlikuju *stadium incrementi*, *acme* i *stadium decrementi*.

U stanju mirovanja maternica ima temeljni tonus od 8 do 12 mm Hg, što ne izaziva



Slika 12.2. Normotoni trud: uzlazni dio, vrh truda i silazni dio: 2 truda/10 minuta.

bolnost sve do jakosti truda od 20 mm Hg, kad oni postaju bolni. Regularni trud traje oko jedne minute, maksimalno do 90 sekunda. Opisani su pravi trudovi normotoni, a patologija trudova opisat će se u zasebnom poglavlju.

Trudovi mogu početi spontano, prije, tijekom ili nakon prsnuća vodenjaka. Također, vodenjak može prsnuti:

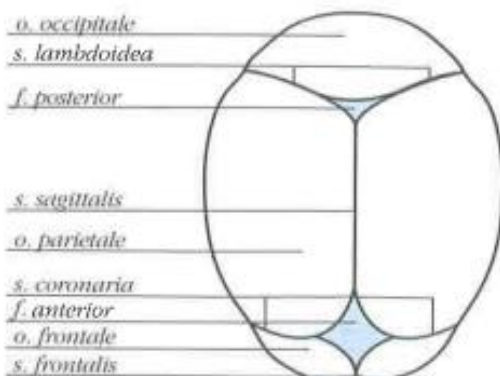
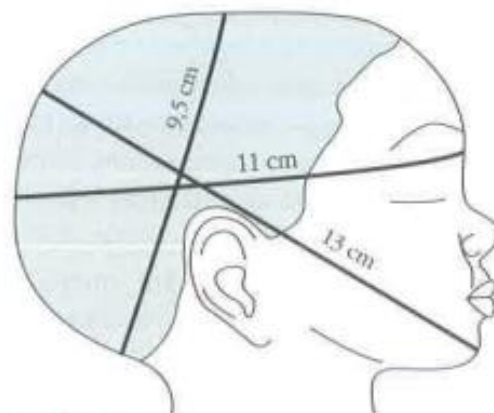
1. spontano u terminu (*ruptura velamentorum a tempore*),
2. prije termina (*ruptura velamentorum praetemporaria* – RVP, PPROM),
3. prije vremena (*ruptura velamentorum praecox*, PROM), što znači prije početka trudova i zbijanja na cerviksu,
4. arteficialno, ijatrogeno (*amniotomia, disruptio velamentorum*).

3. Porođajni subjekt, dijete i sekundine

Dijete pred kraj trudnoće zauzima opisani tipični fetalni položaj, koji mu daje oblik valjka koji će proći meki i koštani porođajni put s pomoću porođajnih snaga, odnosno trudova, ali i svojom aktivnošću. Kako bi se mogao promatrati tijekom porođaja, od neobične je važnosti

Tablica 12.1. Vrste kontrakcija (trudova) u trudnoći, porođaju i babinju

Fiziološke kontrakcije u trudnoći (<i>dolores in graviditate</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Alvarezove kontrakcije: lokalne kontrakcije više frekvencije i niske jakosti (10–15 mm Hg) • Braxton-Hicksove kontrakcije: neregularne, sporadične rijetke kontrakcije jače osjetljivosti
Prethodni trudovi (<i>dolores praesagientes</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • nekoordinirane kontrakcije posljednja 3–4 tjedna prije porođaja
Pripravni trudovi (<i>dolores praeparantes</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • povremene kontrakcije posljednjih dana prije porođaja. Mogu se pojavljivati svakih 5–10 minuta s višesatnim stankama i biti bolni
Porodajni trudovi (<i>dolores parturientum</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • regularne kontrakcije svakih 10 minuta, a potom 2–3 minute s intenzitetom do 40–50 mm Hg koje pridonose otvaranju materničnoga ušća. U prvorođilja traju oko 12 sati, a u višerođilja 2–8 sati.
Pravi trudovi (<i>dolores sic dicti</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • regularne, jake kontrakcije nakon otvaranja materničnoga ušća. Pojavljuju se svakih 2–3 minute i dostižu 60 mm Hg. U prvorođilja traje 50 minuta, a u višerođilja oko 20 minuta
Pravi, potresni trudovi tiskanja (<i>dolores conguassantes</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • regularne i jake kontrakcije s refleksnim naponom na tiskanje, intenziteta do 200 mm Hg, svakih 2–3 minute.
Trudovi III. porodajne dobi (<i>dolores placentarum</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • kontrakcije koje potpomažu porođaj sekundina i traju do 10 minuta nakon porođaja djeteta
Trudovi u babinju (<i>dolores in puerperio</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • lokalne kontrakcije koje potpomažu involuciji maternice u babinju

**Slika 12.3.** Fetalna glavica.**Slika 12.4.** Promjeri fetalne glavice.

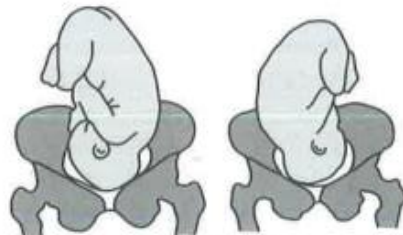
poznavati anatomiju fetalne glavice kao predležječeg dijela te odnosa prema majčinoj zdjelici i promjenama tijekom porođaja.

Na fetalnoj se glavici palpiraju velika (*fontanela magna, bregma*) i mala fontanela (*fontanela parva*) te lubanjski šavovi koji su temeljni pokazatelji aktualnoga nalaza u porođaju: uzdužni šav (*sutura sagittalis*), šav čeonih kostiju (*sutura frontalis*), šav zatiljačne s tjemenim kostima (*sutura lambdaidea*) i šav tjemenih kostiju s čeonom (*sutura coronaria*). Na fetalnoj glavici nalaze se sljedeći promjeri koji upućuju na aktualnost predležječeg dijela na temelju stava glavice nad zdjeličnim ulazom, određuju konfiguraciju glavice i moguće nepravilnosti.

Promjeri fetalne glavice jesu:

- *diameter suboccipitobregmatica* (9,5 cm)
- *diameter frontooccipitalis* (12 cm)
- *diameter mentooccipitalis* (13,5 cm)
- *diameter bitemporalis* (8 cm)
- *diameter biparietalis* (9,5 cm).

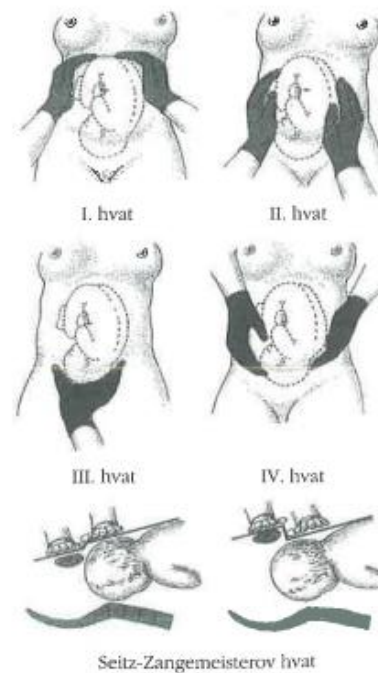
Odnos pojedinih promjera fetalne glavice i zdjeličnih promjera temeljni je čimbenik normalnoga porođaja. Glavica se konfigurira fleksijom i ulaskom u porođajni



Slika 12.5. Uzdužni položaj, I.a namještanje (lijevo), II.a namještanje (desno), stav glavicom, zatiljkom, tipično fetalno držanje.

kanal preklapajući lubanjske kosti preko šavova i utiskivanjem u zdjelište, a nerijetko se nalazi fiziološka porođajna oteklina (*caput succedaneum*) kao normalni nalaz nakon rođenja. Porođajna oteklina odaje nam stav glavice tijekom porođaja, posebice pri abnormalnim stavovima (npr. defleksija), o čemu će biti više spomena kasnije.

Pred porođaj dijete je u određenom položaju, namještanju, stavu i držanju. **Položaj** je odnos djetetova tijela prema uzdužnoj osi maternice. Uzdužni je normalan, a kosi i poprječni položaji su abnormalni.



Slika 12.6. Određivanje položaja, namještanja, držanja i stava djeteta Leopold-Pavlikovim hvatovima te odnosa predležječeg dijela prema majčinu zdjelištu Seitz-Zangemeisterovim hvatom.

Tablica 12.2. Vrste položaja, namještaja, stava, držanja i angažiranosti djeteta

Položaj (<i>situs</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • uzdužni (<i>situs longitudinalis</i>) • kosi (<i>situs obliquus</i>) • poprječni (<i>situs transversus</i>)
Namještaj (<i>positio</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • ledima sprijeda (<i>positio dorsoanterior</i>) 80 % <ul style="list-style-type: none"> - lijevo (I.a) - desno (II.a) • ledima straga (<i>positio dorsoposterior</i>) 20 % <ul style="list-style-type: none"> - lijevo (I.b) - desno (II.b) • ledima gore (<i>positio dorsosuperior</i>) • ledima dolje (<i>positio dorsoinferior</i>)
Stav (<i>praesentatio</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • glavicom (<i>praesentatio capitis</i>) <ul style="list-style-type: none"> - <i>occipitalis</i> - <i>parietalis</i> - <i>frontalis</i> - <i>facialis</i> • zatkom (<i>praesentatio podalica, pelvina</i>) <ul style="list-style-type: none"> - <i>pelvina simplex</i> - <i>pelvina completa</i> - <i>pelvina incompleta</i> - <i>genuum completa</i> - <i>genuum incompleta</i> - <i>pedaria completa</i> - <i>pedaria incompleta</i> • složena (<i>praesentatio complexa</i>) <ul style="list-style-type: none"> - <i>praesentatio pedaria et umbilicalis</i> (npr.) - <i>manuum, omeris</i> (npr.)
Držanje (<i>habitatus</i>)	tipični fetalni položaj: sklupčani plod kralježnicom savijenom u luku, flektiranom glavicom, bradom na prsištu, sklopljenim ručicama, nogama svijenim u koljenima i kukovima, prekrizanim nožicama privučenima uz trbuh
Angažiranost glavice u zdjelištu	<ul style="list-style-type: none"> - 4: glavica nad zdjeličnim ulazom pokretna - 3: glavica fiksirana nad zdjeličnim ulazom - 2: glavica malim segmentom u zdjelištu - 1: glavica srednjim segmentom u zdjelištu 0: glavica u interspinalnoj ravnini – velikim segmentom u zdjelištu +1: glavica prošla interspinalnu ravninu +2: glavica na dnu zdjelišta +3: glavica na medici

Namještaj je odnos djetetovih leđa prema stijenci maternice, a može biti dorzoanteriorni (leđa sprijeda) i dorzoposteriorni (leđa straga), lijevo ili desno.

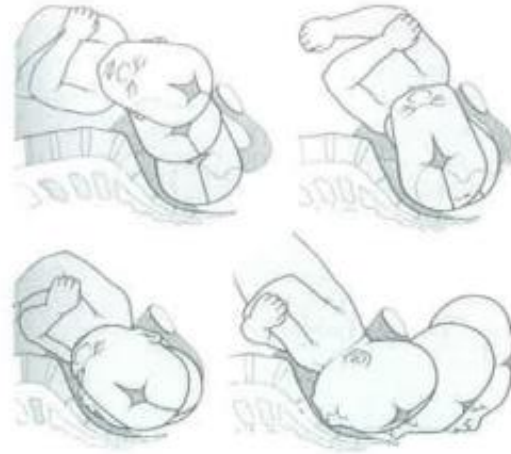
Stav je odnos vodećega (predležećeg) dijela prema porodajnom kanalu, a može biti glavicom ili zatkom te drugim djetetovim dijelovima.

Držanje djeteta jest odnos sitnih dijelova prema djetetovu trupu, što je u normalnim uvjetima tipični fetalni položaj.

Od 100 porođaja, 99 djece je u uzdužnom, a jedno u poprječnom položaju.

Od 99 uzdužnih položaja, 94 je u stavu glavicom, a 5 u stavu zatkom.

Od 94 stava glavicom, 92 su u normalnom dorzoanteriornom namještaju stavom glavicom, dok su u 2 slučaja abnormalni stavovi glavice.



Slika 12.7. Kretnje glavice kroz porođajni kanal.

12.2. MEHANIZAM POROĐAJA

Pred porođaj, u normalnome uzdužnom položaju i dorzoanteriornom namještaju, fetalna se glavica nalazi nad ulazom u zdjelicu, u srednjem položaju između fleksije i defleksije i pomična je (-4 cm od interspinalne ravnine), pa govorimo o **indiferentnom položaju**. Dulji promjer glavice odgovara duljemu promjeru ulaza u zdjelicu (*sutura sagittalis* u poprječnom je ili jednom od kosih promjera)

Pod djelovanjem trudova fetalna se glavica najprije lagano flektira u atlantookcipitalnom zglobu, a time se mala fontanela spušta niže od velike. **Fleksija** je lakša od defleksije jer je atlantookcipitalni zglob postavljen ekscentrično u odnosu prema duljem promjeru glave. Tako glavica ulazi u zdjelište (-3 od interspinalne ravnine), pa uz trudove i fleksiju glavice obavlja **unutrašnju rotaciju** kroz zdjelište do interspinalne ravnine (položaj 0). Na izlazu zdjelice glavica se zatiljkom upre o donji rub simfize (hipomohlion) te **defleksijom** porodi preko medice. Potom se, kako bi se porodila ramena u uzdužnom promjeru izlaza zdjelice, glavica **vanjskom rotaci-**

jom okreće prema namještaju (I. ili II.), pa se pod simfizom porodi prednje rame, a potom i stražnje, nakon čega se porodi djetetovo tijelo.

Prvo i drugo porođajno doba prolazi kroz razdoblja otvaranja i spuštanja predležećeg dijela. Razdoblje otvaranja karakteriziraju latentna i aktivna faza, u prvorodilja traje oko 15 sati, a u višerodilja oko 10 sati. U 2–4 % porođaja I. porođajno doba može biti produljeno. Period spuštanja (II. porođajno doba) u prvorodilje traje do dva, a u višerodilje do jedan sat.

Sastavnice tijeka aktivnog porođaja, dilataciju ušća maternice i spuštanje predležeće česti, glavice ili zatka, prati se partogramom, njihovim grafičkim prikazom kroz latentnu i aktivnu fazu porođaja prateći krivulje nomograma za prvorodilje i višerodilje. Tako je moguće jasno i precizno zaključiti je li riječ o ubrzanom ili sporom tijeku porođaja u bilo kojoj njegovoj fazi, što potom upućuje na porođnički postupak, poput oksitocinske stimulacije, amniotomije, epiduralne analgezije ili analgose-

Tablica 12.3. Trajanje pojedinih doba porođaja

Porodajno doba	Nulipara	Multipara
I. porodajno doba		
• latentna faza	≤ 20 sati	≤ 14 sati
• aktivna faza	5–8 sati	2–5 sati
• dilatacija cerviksa	≥ 1,2 cm/sat	≥ 1,5 cm/ sat
II. porodajno doba	≤ 2 sata	≤ 1 sat
III. porodajno doba	≤ 30 minuta	≤ 30 minuta

dacije. Osim toga, partogram ima organizacijsku, edukacijsku i istraživačku vrijednost u radaonicama u svojem slikovnom prikazu tijeka porođaja i smanjuje potrebu za ionako preobilnom medicinskom dokumentacijom.

Najpoznatiji je Friedmanov partogram od pedesetih godina 20. stoljeća koji je predložio grafički prikaz porođaja, a danas postoje neznatne modifikacije njegova partograma. Latentna faza Friedmanove krivulje karakterizira nestajanje cerviksa i dilataciju do 2 cm, a potom se nastavlja aktivna faza koju čine kratkotrajna faza ubrzane dilatacije te faza maksimalne dilatacije. Potom se nastavlja faza deceleracije s potpunom dilatacijom materničnoga ušća.

Dolaskom roditelje u radionicu i prvim pregledom roditelje dobiva se uvid u početak ili napredovanje porođaja. Nalaz se upisuje u partogram, a počinje se rabiti:

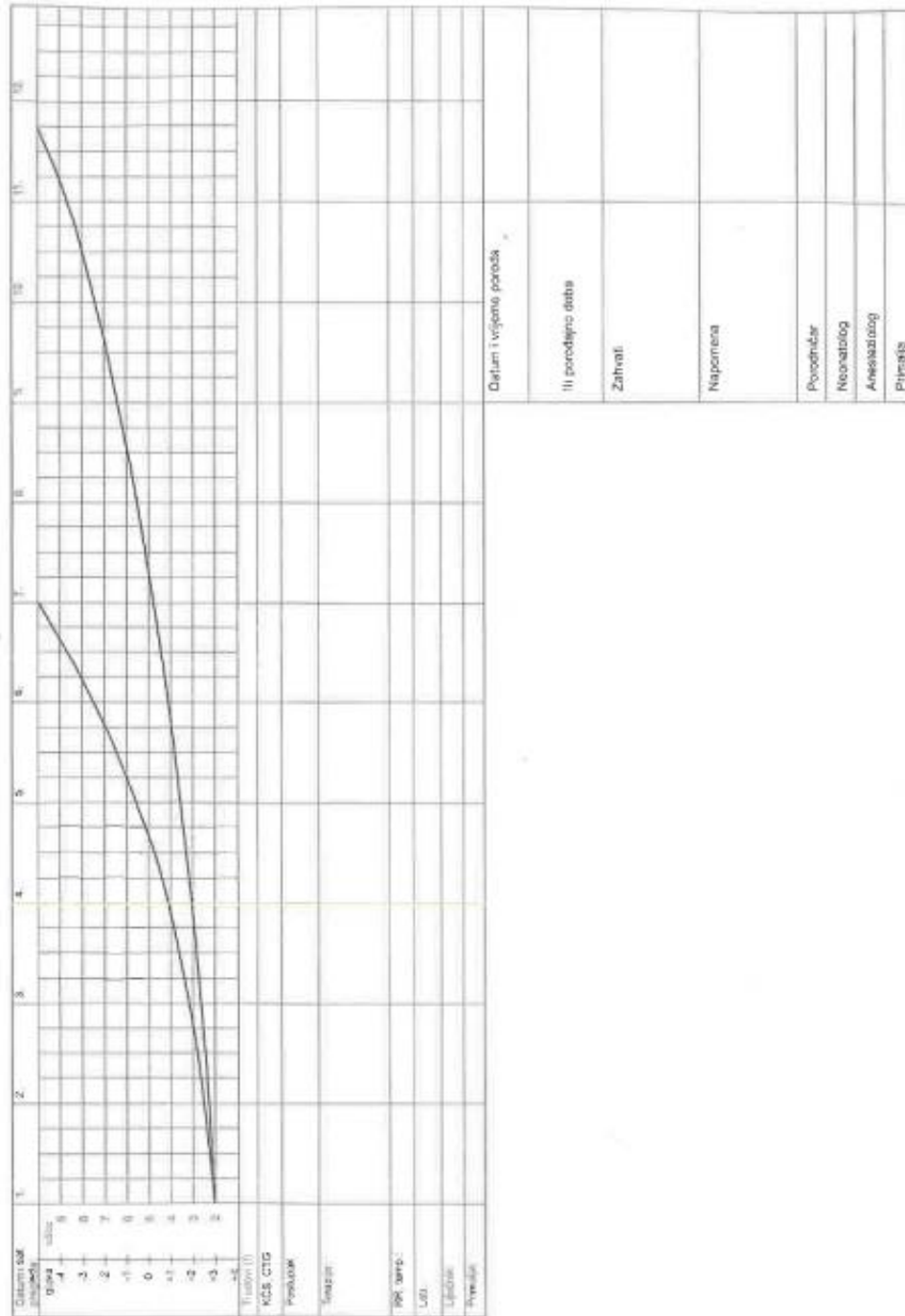
1. tek pošto je dosegnuta dilatacija od 2 cm uz trudove,
2. partograf završava porođajem jer je iskustvo pokazalo da je potpuna dilatacija cerviksa često prepoznata tek pošto je postignuta,
3. nagib krivulje treba ležati usporedno s odgovarajućom graničnom linijom

partografa, dok blaži nagib može upozoriti na protrahirani porođaj.

Svako odstupanje od krivulja partograma koje su napravljene prema paritetu nazivamo distocijom, za razliku od eutocičnog porođaja, gdje spuštanje često prati dilataciju ušća u krivulji partograma prema paritetu. Prema partogramu utvrđujemo dva glavna odstupanja od krivulje porođaja: produljeni i prenapli porođaj.

Nakon djetetova rođenja, nastupa III. porodajno doba, posteljično doba ili doba rađanja sekundina. Ono ne bi smjelo trajati, uz aktivno vođenje porođaja, dulje od 10 do 15 minuta, a sekundine će se izljuštiti u oko 98 % slučajeva u spomenutom vremenu. Bez aktivnoga pristupa vođenju III. porodajnog doba posteljično doba ne smije trajati dulje od jednoga sata uz kontrolu krvarenja.

U 80 % slučajeva posteljica će se poroditi načinom prema Schultzzu tako da se, stvarajući retroplacentni hematoma s pomoću kontrakcija maternice u III. dobu, posteljica rađa fetalnom – amnijskom stranom kroz stidnicu. Kako nema krvarenja, ovaj se način naziva „čistim Schultzom“, za razliku od tzv. „priljavoga Duncana“, drugoga načina odljuštenja posteljice u 20 % roditelja,



Slika 12.8. Partogram.

gdje se uz krvarenje posteljica porada ekscentrično s korijskom stranom posteljice, što se naziva spomenutim Duncanovim mehanizmom. Prvim načinom odljuštenja posteljice gubitak je krvi od 200 do 400 mL, dok je mehanizmom prema Duncanu gubitak krvi tijekom III. porođajnog doba > 500 mL. Vrlo malo sekundina odljuštiti će se kombinirano, Gessnerovim načinom.

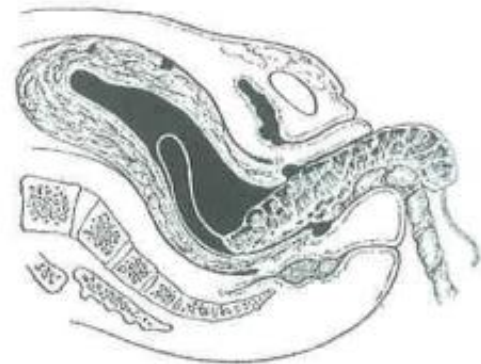
Nakon III. porođajnog doba nastupa doba poslijeporođajnog oporavka ili IV. porođajno doba, koje je prijelazno doba prema babinju, a karakteriziraju ga fiziološka trombotamponada i miotamponada maternice, kao dva glavna zaštitna fiziološka mehanizma.

12.3. VOĐENJE POROĐAJA

Vodenje normalnoga porođaja temelji se na praćenju četiriju porođajnih doba prema opisanom mehanizmu, tijekom čega će se primijetiti odstupanja od normalnoga, te na vrijeme intervenirati prema pravilima struke. Danas se porođaj može voditi aktivno ili tzv. prirodno bez upletanja medikamentnog načina vodenja porođaja. Aktivno vodenje porođaja uključuje spazmoanalgeziju, epiduralnu (periduralnu) analgeziju, ubrzanje (augmentaciju) porođaja prokidanjem vodenjaka (amniotomija) i ordiniranjem infuzije oksitocina, epiziotomiju kod indikacije te aktivno vodenje trećega porođajnog doba. U većini zemalja u kojima normalne porođaje vode primalje, posljednjih desetljeća postoji znatan interes za nemedikamentni, prirodni porođaj, pa tako unatrag nekoliko godina i u Hrvatskoj, premda u nas još uvijek porođaje vode porodničari i primalje.



Schultzeov način



Duncanov način

Slika 12.9. Porodaj sekundina prema Schultzu i Duncanu.

Prvo porođajno doba: doba otvaranja, prsnuća vodenjaka i angažiranja glavice

Pri prijmu u rodilište roditelja (*Parturiens*) dolazi najčešće tijekom I. porođajnog doba, a, kako je spomenuto, porođaj može početi prsnućem vodenjaka, trudovima ili obojnim znakovima početka porođaja, a potom će se redom utvrditi napredovanje porođaja:

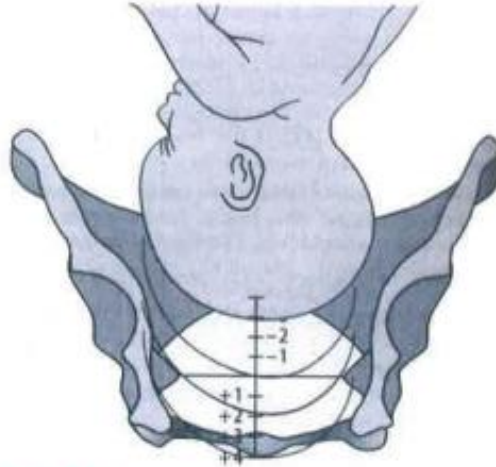
- uzet će se anamneza i uvid u trudničku knjižicu i tijekom trudnoće do porođaja
- izmjerit će se krvni tlak, puls, odrediti testnom vrpcom (urogram) albuminurija

- obaviti će se orijentacijski somatski pregled (edemi, varikoziteti)
- obaviti će se pelvimetrija
- obaviti će se opstetrički pregled koji čine sljedeće sastavnice:
 1. palpacija materničnoga vrata (Bishopov zbroj) desnom rukom: pozicija (anteponiran, retroponiran, centriran), duljina (u cm ili 1 članak, skraćeno, nestao), konzistencija (smekšan, mek, tvrd); cervikalni kanal (uloživost, duljina). Nakon nestale porcije iza 3 cm (2 poprječna prsta) govori se o materničnom ušću i prati otvorenost u centimetrima od 3 do 10 cm, te rub ušća: rigidan, elastičan, debeo, tanak. Osim toga, palpira se zdjelična stijenka iznutra (dostupnost promontorija, *spinae ischiadicae*, mogućih egzostoza, predležećih zdjeličnih tumora).
 2. drugom se rukom palpira maternični tonus koji može biti mekan, senzibiliziran – toniziran, tvrd (*tetanija*), regularne ili intermitentne kontrakcije, odnosno trudovi te procijeniti klinički njihovu regularnost i jakost. U terminu je fundus maternice tri poprječna prsta ispod ksifoidnoga nastavka prsne kosti ($F = x/3$).
 3. palpira se vodenjak koji može biti održan ili je prsnuo, pa se procijeni količina plodove vode (oskudna, obilna), boja (bistra, mliječna, žućkasta, mekonijaska, krvava, sukrvava, smeđasta). U slučaju održanoga vodenjaka gleda se rodnični iscjedak koji može biti sluzav, sukrvav, vodenast, krvav, gnojan.



Slika 12.10. Palpacija glavice kao predležećeg dijela.

4. palpira se predležeći dio, stav (glavica, zadak, anomalije) i namještaj (dorzoanteriorni, dorzoposteriorni) te angažiranost u porođajnom kanalu (u cm: -4, -3, -2, -1, 0, +1, +2, +3, +4). Hillis-Müllerovim testom utvrđuje se angažiranost predležećeg dijela u zdjelicu tijekom aktivnoga porođaja kombiniranom abdominovaginalnom pretragom, pri kojoj se pod prstima u rodnici palpira angažiranost predležećeg djetetova dijela uz pritisak na fundus maternice. Ako angažiranosti nema, ovim jednostavnim testom može se utvrditi postojanje moguće fetopelvine disproporcije.
5. kardiografijom ili opstetričkom slušalicom procjenjuje se fetalna kondicija, odnosno prate se kucaji djetetova srca, a zapis s pomoću kardiografika naziva se kardiogramom. Danas se kod normalnih porođaja rabi povremena (intermitentna) kardiografija, dok se kod svih patoloških porođaja, indukcija porođaja, mekonijaska plodove vode itd., kardiografija rabi kontinuirano.



Slika 12.11. Anagažiranost glavice u porodajnom kanalu u centimetrima.

Nakon opstetričkoga pregleda dobiveni su podatci o položaju, namješčaju i anagažiranosti glavice te o djetetovu i majčinu stanju. Najčešći je normalni dorzoanteriorni namješčaj u stavu glavicom. Dorzoposteriorni namješčaj u stavu glavicom, prednji asinklitzam, tjemeni i lični stav moguće je uspješno poroditi rodničnim putem s nešto produljenim tijekom, dok ostala prepoznana stanja zahtijevaju kirurško dovršenje porođaja.

Ako je sve u redu i ne zahtijeva nikakve dodatne intervencije, preporučuje se kli-

zma kako bi se ispraznilo stražnje crijevo koje može ometati normalni porođajni mehanizam, a peristaltika ima dobar učinak na trudove, pa se svakako preporučuje. U nekim slučajevima, predjel medicine preporučuje se obrijati radi mogućih zahvata poput epiziotomije.

Prvo porođajno doba nadzirat će se prema pravilima struke, kardiotokografijom ili opstetričkom/primaljskom slušalicom te pratiti prema partogramu. Prvo porođajno doba završit će potpunim otvaranjem materničnog ušća, dobrim trudovima i prsnutim vodenjakom.

Drugo porođajno doba: potpuno rođenje djeteta

Kad se glavica ili drugi predležeci dio (zadak) spusti na dno zdjelice, roditelj će osjetiti pritisak na stražnje crijevo, a s pomoću dvaju hvatova moći ćemo doznati objektivnost roditeljina osjećaja. To je pritisak na stražnju medicu prema Schwarzenbachu i pritisak na bočne strane medicine prema De Leeu.

Kad se glavica pokazuje u introitusu rodnice (položaj glavice +3), roditelj osjeća jaki pritisak na debelo crijevo, tada je treba uputiti na tiskanje koordinirano s trudom.



Slika 12.12. Schwarzenbachov i DeLeeov hvat.

Desnom raširenom šakom pridržava se i skuplja medica, a lijevom rukom drži i postupno olakšava defleksija glavice oko simfize, pa se tako porodi zatiljak, tjeme, čelo i lice djeteta. Ako se primijeti da medica blijeđi i prijete joj razdore, ili je previsoka i opora, treba učiniti epiziotomiju (vidjeti dalje). U nekim se slučajevima može primijeniti modificirani von Olshausen-Ritgenov hvat („hvat stražnje medice“), kad se pritiskom na stražnju medicu omogućuje postupna defleksija glavice prema gore, što postiže ekstenziju glavice i štiti medičnu muskulaturu te sprječava tzv. prednje razdore stidnice.

Nakon rođenja glavice obrišu se djetetova usta, pa pričekaju sljedeći trud ili majci kaže da pritisne kako bi se osigurala vanjska rotacija glavice. Ona se, pri tomu lagano je pridržavajući, povlači prema dolje kako bi se porodilo prednje rame ispod simfize do $\frac{3}{4}$ djetetove nadlaktice, a potom se, desnom rukom držeći medicu, lijevom rukom lagano držeći prema gore porode stražnje rame i djetetov trup. Novorođenče se položi majci na trbuh, obrišu se lice i usta, aspirira sadržaj usne šupljine ako je potrebno, te se odmah utopli toplom kompresom ili toplim dječjim ručnikom. Potom



Slika 12.13. von Olshausen-Ritgenov hvat zaštite medice.

se pupkovina, pošto je prestala pulsirati, na dva poprječna prsta podveže kopčicom i prereže. Novorođenče će se izvagati (kg) i izmjeriti (cm) te majci i novorođenčetu staviti identifikacijski broj koji će nositi do odlaska iz rodilišta.

Nakon djetetova rođenja, na zahtjev roditelja, u za tu namjenu pribavljeni pribor, iz pupkovine se u sterilnim uvjetima može uzeti umbilikalna krv za kriopohranu, u svrhu čuvanja matičnih stanica iz pupkovine.



Slike 12.14. Tijek porodaja: zaštita medice, vanjska rotacija glavice uz rođenje prednjega i stražnjega ramena.

Po rođenju, novorođenče će primalja i/ili porodničar pregledati i procijeniti njegovu vitalnost prema zbroju Virginije Apgar (*Apgar score*). Boduje se pet varijabli po 0, 1 ili 2 boda prema tablici u privitku u prvoj, petoj i/ili desetoj minuti. Ocjena vitalnosti od 0 do 4 znači tešku perinatalnu hipoksiju/asfiksiju, 5–7 asfiksiju, a zbroj od 8–10 znači uredan nalaz. Ako je dijete sa znakovima hipoksije/asfiksije treba odmah započeti s mjerama reanimacije, koje prvotno uključuju aspiraciju usne i nosne šupljine, ugrijavanje i mehaničku stimulaciju kože tarenjem pelene o djetetovu kožu. Svakako treba odmah pozvati pedijatra-neonatologa koji će nastaviti s reanimacijom, a principe daljnjih postupaka reanimacije novorođenčeta valja pogledati u neonatološkim udžbenicima.

Treće porodajno doba: rođenje sekundina (posteljice, plodovih ovojnica i pupkovine)

Treće porodajno doba danas se vodi aktivno ordiniranjem uterotonika (2–5 UI oksitocina; npr. Sintocynon®), uterostiptika

(0,2 mg metilergometrina/metilergobrevina; npr. Ergotyl®, Ergometrin®, Methergin®) ili pak njihove kombinacije (npr. Sintometrin®). Uterotonični učinak traje 2–5 minuta, dok uterostiptični traje oko osam sati pa se potonji preporučuje u višerodilja, u roditelja s makrosomnom djecom, kod višeplođnih trudnoća/porodaja. Ergotalkaloidi su kontraindicirani kod komorbiditeta roditelja (cerebrovaskularna bolest, hipertenzija, preeklampsija).

Aktivno vođenje III. porodajnog doba znatno je smanjilo krvarenje i trajanje tog doba, što je dokazano imalo učinka na sporiji i teži oporavak babinjače zbog peripartalne anemije naciijepljene na već postojeću fiziološku gestacijsku anemiju. Ordiniranjem uterotonika ili uterostiptika nakon rođenja prednjega fetalnoga ramena (intravenski ili intramuskularno) potiče jaku kontrakciju maternice i porodaj sekundina u nekoliko minuta nakon djetetova rođenja, pa je volumen izgubljene krvi tako sveden na minimum. Klasičnim vođenjem III. porodajnog doba do jednoga sata krvarenje je

Tablica 12.4. Procjena vitalnosti novorođenčeta prema Virginiji Apgar

Znak	0	1	2
A aspekt (izgled), boja kože	cijanotično, blijedo	trup ružičast, udovi cijanotični	sasvim ružičasto
P puls	nema	< 100	> 100
G grimase (refleksna podražljivost na aspiraciju)	nema odgovora	grimase	kašalj ili kihanje
A aktivnost (mišićna napetost-tonus)	mlohavo	slaba fleksija	dobra fleksija
R respiracije (disanje)	odsutno	nepravilno, slabo	snažan plač



Slika 12.15. Zbrinjavanje pupčane ranice i prvi pregled novorođenčeta.

bilo dugotrajnije, posteljica se odljuščivala sporo uz povremene maternične kontrakcije, a ukupni volumen izgubljene krvi bio je mnogo veći.

Nakon ordinirane uterotonične/uterostipitične injekcije treba pričekati znakove odljuštenja posteljice koji kod aktivnoga pristupa uslijede vrlo brzo, a to je poznatih pet znakova:

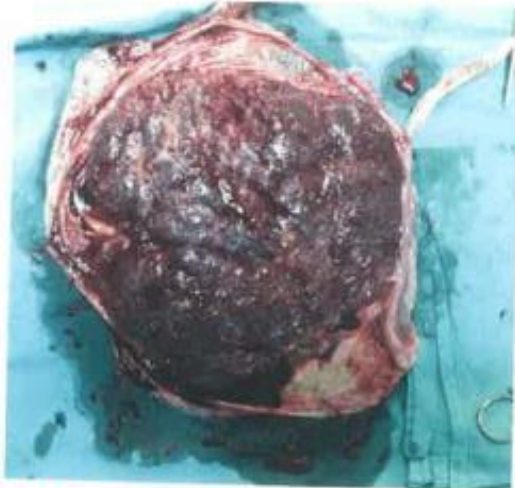
- **Küstnerov znak:** dlanom se pritisne iznad simfize pa, ako se posteljica odljuštila, pupkovina se ne uvlači u rodnicu

- **Ahlfeldov znak:** ako se posteljica odljuštila, hvataljka ili tračica postavljena na pupkovinu ispred stidnice spuštenu je za oko 10 cm naniže
- **Schröderov znak:** ako se posteljica odljuštila, nalazi se u donjem materničnom segmentu, a maternica se povlači prema desnoj strani trbuha (zbog kraćeg *lig. rotunda*) s tvrdim, kontrahiranim gornjim materničnim segmentom
- **Kleinov znak:** roditelja osjeća jaki pritisak na debelo crijevo jer se posteljica odljuštila i spušta kroz rodnicu i pritišće na cervikalne i rektalne ganglije
- **Strassmanov znak:** dodir materničnoga dna ne prenosi se na pupkovinu, što je znak odljuštenja posteljice.

Potom se povlačenjem za pupkovinu (engl. *corde traction*) uz trud, u smjeru crte vodilje porode sekundine, a zatim pažljivo pregleda posteljična maternalna i fetalna strana, kotiledone, inserciju i duljinu pupkovine, plodove ovoje. Svi kotiledoni moraju biti na broju, a kad se ukloni krv i koaguli s maternalne strane posteljice, kotiledoni će biti prikazani kao kolač *Buchtl*, jedan uz drugi.



Slike 12.16. Treće porodajno doba: pozitivni znakovi odljuštenja posteljice i Schultzeov modus odljuštenja sekundina.



Slika 12.17. Pregled posteljice nakon rođenja: cjelovita maternalna strana sa svim kordovima i plodovim ovojcama.

Četvrto porodajno doba: dvosatno razdoblje neposredno nakon svršetka III. porodajnog doba do početka babinja

Četvrto porodajno doba jest doba rekonvalescencije od dva sata i prijelazno je razdoblje prema babinju koje potom traje šest tjedana. Nakon porođaja, pregleda se meki porođajni put, pa ako roditeljica krvari, potrebno je zbrinuti moguće razdore međice, rodnice, materničnoga vrata ili ušiti epiziotomiju.



Slika 12.18. Četvrto porodajno doba: neozlijeđeni meki porođajni put.

Roditeljica treba postaviti sterilni predložak pred stidnicu uz kontrolu vitalnih znakova (krvarenje, diureza, krvni tlak, bilo, temperatura, disanje) te pratiti tonus maternice. Tijekom ovoga porodajnog doba, primaljka poučava roditeljicu dojenju i tumači prijeko potrebni rani i stalni kontakt djeteta s majkom (tzv. *koža na kožu*).

12.4. POLOŽAJI ZA RADANJE

Tijekom porođaja roditeljica može izabrati položaj za radanje sukladno mogućnostima rodilišta, želji roditeljice ili primaljske/porođničke procjene, ili pak porođaj u vodi.

Tijekom povijesnoga razvoja primaljstva najčešći su položaji za radanje bili čučajući, klečeći, sjedeći i polusjedeći, sve dok nije zatrebala kirurško-porođnička intervencija.



Slika 12.19. Četvrto porodajno doba: novorođenče u kontaktu s majkom „koža na kožu“.

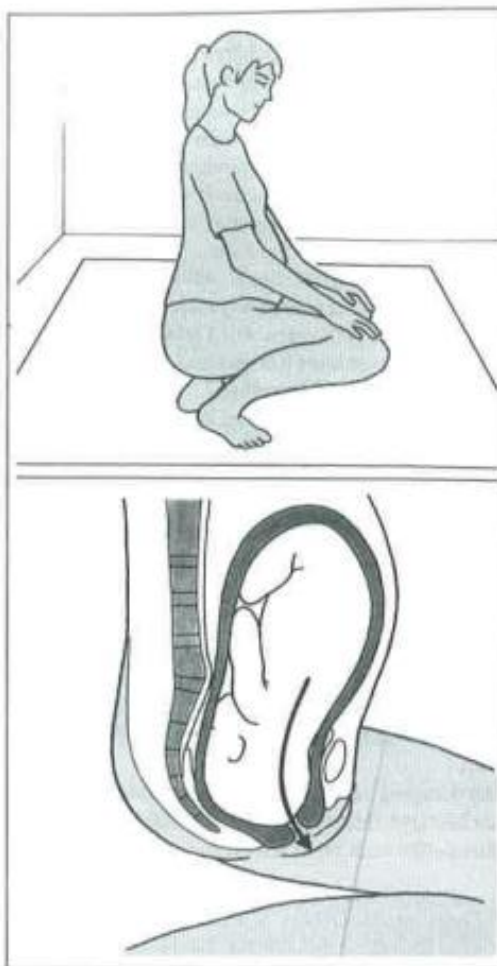
ja, kada je roditeljica stavljena u leđni položaj koji se uvriježio tijekom 19. i 20. stoljeća kao konvencionalan položaj za rađanje. Danas se poznaju slijedeći položaji za rađanje:

- ležeći, leđni (konvencionalni, klasični) položaj na postelji
- ležeći, bočni položaj
- uspravni položaji: stojeći, sjedeći/polusjedeći (na stolici za rađanje), čučajući, koljenski
- koljeno-lakatni položaj.

Tijekom svih položaja za rađanje, uz onaj najučestaliji na leđima, nisu isključene suvremene metode peripartalnog nadzora i zahvata poput kardiotokografije, praćenja vitalnih funkcija majke, epiduralne analgezije, spazmoanalgezije, moguće epiziotomije ili oksitocinske stimulacije.

Na temelju brojnih studija rađanje u uspravnim i bočnim u usporedbi s ležećim položajem bitno je povezano s:

- kraćim trajanjem drugoga porođajnog doba (za prosječno 5,4 minute)
- manjim udjelom asistiranog porođaja
- redukcijom epiziotomija
- majčin acido-bazni status u porođaju: veći pO_2 i pH u uzdužnom i lijevom bočnom položaju, nego u ležećem
- efektivniji trudovi u uzdužnom nego u ležećim položajima
- češće produljeno drugo porođajno doba u leđnom položaju 52 % vs. 32 % u uzdužnom (sjedećem) položaju.
- manjim porastom razdora drugoga stupnja
- povećanim procijenjenim rizikom gutbitka krvi više od 500 mL
- smanjenjem jake boli i



Slika 12.20. Čučajući položaj za rađanje.

- manjim udjelom poremećaja KČS-a.
- Nakon uvođenja drugih položaja za rađanje, osim leđnoga, u Hrvatskoj je Rezolucijom „**Za zaštitu materinstva i djece i humanije rađanje**“ iz 2003. godine dogovoreno sljedeće: *omogućiti roditeljima slobodu kretanja i izbora položaja koji im odgovara za vrijeme rađanja, osim ako to ograničenje nije potrebno zbog preveniranja ili ispravljanja komplikacije tijekom porođaja, ne potičući rađanje samo u položaju kad su leđa na ravnome, a noge podignute.*

Tablica 12.5. Položaji za rađanje: usporedba prednosti i nedostataka

Ležeći, leđni	Ležeći, bočni	Uspravni, sjedeći	Čučači	Koljeno-lakatni
<ul style="list-style-type: none"> • izravnavanje majčine lordoze fleksijom majčine glave • adekvatni položaj kod opstetričkih operacija 	<ul style="list-style-type: none"> • za roditelju ugodniji • veća je mobilnost zdjelice • treba pratiti biomehaniku porođaja – namještaj ploda, te prema njemu (I. ili II.) odrediti položaj roditelje pri kraju II. porođajnog doba • u lijevome bočnom položaju izbjegnuto je sindrom donje šuplje vene uz posljedičnu bolju oksigenaciju uteroplacentne jedinice za oko 20 % • visoka je incidencija intaktno medice (do 66 %), 	<ul style="list-style-type: none"> • smanjena incidencija epiziotomija i ruptura medice • smanjena peripartalna medikacija i oksitocinska stimulacija • efektivniji pritisak na Franckenhau-serov pleksus (cervikohipotalamični refleksi) • izravnana je lumbosakralna lordoza • smanjena većinom nepotrebna Kristellerova ekspresija i njezine (nekritične) modifikacije • pozitivni ukupni doživljaj porođaja • dokazani ekonomski <i>cost-benefit</i> • minimalna edukacija i modifikacija rada • medicinski sigurno za majku i dijete • za većinu normalnih porođaja 	<ul style="list-style-type: none"> • povećava se kapacitet zdjelice u transversalnom promjeru za 1 cm i u anteroposteriornom promjeru 2 cm • bolja angažiranost predležeće česti • smanjena pojavnost distocije ramena i kod makrosomne djece • aktivna partnerova potpora • aktivni stav uz optimalno korištenje silom težom • sudjelovanje pomoćne dišne muskulature • optimalna pokretljivost zdjelice, spuštanje i ulaženje glavice u zdjelicu, osovina čeda poklapa se s osovino porođajnog kanala i ulaska u malu zdjelicu • manji udio epiziotomija i ruptura medice • znatno smanjena oksitocinska stimulacija tijekom II. porođajnog doba • skraćena faza ekspulzije 	<ul style="list-style-type: none"> • lakša manipulacija u sakralnoj fosi (distocija ramena) • manje razdora medice
<ul style="list-style-type: none"> • tiskanje protiv sile teže • napetost mišića dna male zdjelice • lošija opskrba djeteta kisikom • čest sindrom donje šuplje vene • zbog izravnanja lumbosakralne inklinacije podmetnuti povišenje (npr. jastuk) • znatno sniženje femoralnog pulsa (Posierov efekt) i hipotenzija u 1/3 roditelja u leđnom položaju 	<ul style="list-style-type: none"> • nedostatak je teže tiskanje nego u uzdužnom položaju 	<ul style="list-style-type: none"> • smanjena pokretljivost zdjelice (križna i trtična kost fiksirane) • većinom premala abdukcija natkoljenice • češći edem vulve • subjektivno veći gubitak krvi 	<ul style="list-style-type: none"> • fizički teže podnošljiviji položaj 	<ul style="list-style-type: none"> • nespretniji položaj na postelji, zahtijeva strunjaču



Slika 12.21. Stolčić (hoklica) za rađanje, u pozadini kardiokotografski uređaj.

Tako je prvi porodaj na stolčiću u Hrvatskoj obavljen u prosincu 2002. godine u Kliničkoj bolnici Osijek.

12.5. PORODAJ U VODI

Prvi porodaj u vodi dokumentiran je u Francuskoj 1803. godine, potom u Rusiji 1963. godine, u rodilištima u Britaniji, skandinavskim zemljama, Austriji, Njemačkoj i Švicarskoj, a u Sloveniji rađanje u vodi rasprostranilo se od devedesetih godina. U Hrvatskoj su prvi porodaji u vodi krenuli 2003. godine u klinikama u Rijeci i Osijeku. Smatra se da porodaj u vodi ima pozitivni učinak na dojam o porođaju kod roditelja/roditelje uz poznate balneološke prednosti vode (rodilja se u vodi osjeća ugodnije, bolove osjeća slabije, lakše podnosi porođaj), a djetetu se omogućuje postupni prjelazak iz unutarmatemičnoga miljea u toplu vodu,



Slika 12.22. Suvremeni polivalentni stol za rađanje.

pa na relativno hladni zrak. *Diving-reflex* ili refleksi ronjenja zaštitni je refleksi u čovjeka, pri kojemu voda podraživanjem receptora na koži lica, oko usta i nosa zatvaranjem glotisa uzrokuje apneju u ekspiriju i sprječava ulazak vode u pluća, pa je u zrelog novorođenčeta taj zaštitni refleksi u trenutku rođenja najizraženiji. Nakon prvog kontakta dječjeg lica sa zrakom taj se zaštitni refleksi gasi. Spomenuti refleksi pri porođaju u vodi u donošena je djeteta očuvan i ne dolazi do refleksne bradikardije. Intrauterina asfiksija i prijevremeni porođaj ometaju ovaj fiziološki tijek i stimulacija respiracije je snažnija od refleksa ronjenja, zbog čega može doći do aspiracije vode u dišne puteve.

Porođaj u vodi moguć je samo za nekomplikirane spontane vaginalne jednoplod-

ne porodaje uz roditeljin pisani pristanak. Zbog opasnosti od inhibicije refleksa rođenja hipoksijom, za vrijeme cijelog razdoblja porođaja potreban je kontinuirani CTG-telemetrijski nadzor (roditeljica ne smije izravno biti spojena s CTG-uređajem). Roditeljica može biti u vodi tijekom I. i/ili II. porođajnog doba. Suvremena porođajna kada ergonomski je oblikovana i temperatura vode ne smije biti viša od 37 °C zbog opasnosti od opterećenja krvotoka majke i djeteta hipertermijom.

Dijete se rađa u vodi, a nakon rađanja glavicu vanjska rotacija može pričekati do sljedećeg truda. Nakon rađanja tijela i nogu, dijete se unutar 60 sekunda poliježe majci na trbuh, pri čemu samo djetetovo tijelo ostaje u vodi, a pupkovina se reže tek nakon prestanka pulsiranja. Treće porođajno doba može se obaviti, također u kadi. Zaštita medice, odnosno moguća potrebna epiziotomija radi se s postraničnog ruba kade, a majčin gubitak krvi procjenjuje se prema obojenosti vode u kadi ili procjenom potonulih krvnih ugrušaka.



Slika 12.23. Porodaj u vodi: polijeganje novorođenčeta majci na prsa, pupkovina još nije prerezana, vidi se telemetrijski kardiograf.

Porođajna kada mora biti bez prelijevanja za otjecanje vode, bez uređaja kombiniranih sa zrakom (*Whirlpool*), a potrebna je dezinfekcija pranjem nakon svake uporabe uz permanentnu dezinfekciju ultraljubičastim zrakama, glave tuševa potrebno je zračiti i jedanput tjedno sterilizirati plinom. Kod ozljede osoblja u području podlaktice potrebno je izbjegavati kontakt s vodom, i naravno, potrebna je redovita sanitarno-higijenska kontrola povjerenstva za hospitalne infekcije.

Preduvjeti za rađanje u vodi jesu:

- samo normalni porodaji (donešeni jednoplodni vaginalni porodaj u stavu glavicom)
- stalna skrb primalje i liječnika
- stalna raspoloživost pomoćnog osoblja za prijenos iz kade kod eventualnih problema
- jednaki nadzor kao i kod „suhog“ porođaja.

Relativne kontraindikacije za rađanje u vodi jesu:

- porodaj zatkom
- višeploidna trudnoća
- prijevremeni porodaj
- patološki tijek porođaja
- sumnja na korioamnionitis
- majčina infekcija (jaki kolpitis, uroinfekcija, febrilno stanje, tuberkuloza, pozitivni biljezi na HBV, HCV, HIV)
- epiduralna anestezija
- fetalna makrosomija.

Recentne studije upućuju na to da morbiditet i mortalitet djece i majki pri porođaju u vodi nije povišen u usporedbi s porođajima u suhoj kadi.

jima izvan kade prema navedenim preduvjetima i kontraindikacijama.

12.6. NADZOR NAD STANJEM DJETETA U POROĐAJU

U prethodnom su tekstu navedeni načini vođenja normalnoga porođaja te praćenja stanja majke i djeteta da bi se navrijeme prepoznala fetalna patnja (hipoksija, asfiksija, distres). Učestalost **fetalne hipoksije** (relativnog pomanjkanja kisika u fetalnim tkivima) jest 2–4/1.000 porođaja. **Asfiksija** je sinonim za sufokaciju, a uključuje *bipoksiju* povezanu s *acidozom* i *biperkapnijom*, te BE od –12 do –16. Premda se uobičajeno rabi za fetomaterne poremećaje u izmjeni plinova, asfiksija nije točan izraz za ta patološka stanja. Naime, prema grčkoj nomenklaturi, pojam *asphyxia* znači „bez pulsa“. Tako se pojam hipoksija uvriježio kao naziv za poremetnje na CTG zapisu u smislu patološkog ili prepatološkog zapisa, a asfiksija je pojam koji mora biti objektiviziran biokemijskim pretragama fetalne krvi (pehametrijom).

Postoje **tri stupnja** fetalne asfiksije:

1. stupanj: smanjena saturacija kisika 40–50 % s centralizacijom krvotoka uz refleksnu katekolaminemiju, redukciju anaboličkih procesa, pojačanu eritropoezu te reverzibilne poremećaje fetalnoga srčanoga ritma
2. stupanj: razvoj metaboličke acidoze, smanjena je posteljina perfuzija sa znatnom vazocentralizacijom, moguća hipoksična oštećenja moždanoga tkiva
3. stupanj: dekompenzacija regulacijskih kompenzacijskih mehanizama sredi-

šnjega živčevlja i srca, terminalna bradikardija, multiorgansko zatajenje i intrauterina smrt.

Do prije četiri desetljeća, a i danas, u uporabi je primaljska, odnosno opstetrička slušalica (Pinardova slušalica), koja može biti drvena ili metalna. Ona se postavlja na majčinu trbušnu stijenku i slušaju se otkucaji čedinjega srca: frekvencija, jakost te moguća bradikardija ili tahikardija za vrijeme truda i nakon njega.

12.6.1. Kardiotokografija

Kardiotokografija (CTG) je metoda antenatalnog nadzora kojom se procjenjuje respiracijska funkcija fetoplacentne jedinice, odnosno kardiovaskularni fetalni odgovor i istodobno registriraju kontrakcije maternice. Metodu je u kliničku praksu uveo njemački porodničar Hammacher. Današnji CTG-uređaji konstruirani su tako



Slika 12.24. Primaljska/porodnička slušalica.

Übersetzung aus dem Deutschen ins Kroatische

Prijevod s njemačkog na hrvatski

Tölle, Rainer; Windgassen, Klaus (2014) *Psychiatrie*. Berlin: Heidelberg:
Springer-Verlag, str. 237-250.

18 Afektivni poremećaji/afektivne psihoze

Kao afektivni poremećaji opisuju se duševne bolesti koje su uglavnom popraćene poremećajima inicijative, raspoloženja i osjećaja te koje se mogu pojaviti u potpuno suprotnim oblicima: kao depresije i/ili manije. Pritom razlikujemo epizodične i trajne afektivne poremećaje. Afektivni poremećaji koji se odvijaju u vremenski razmaknutim fazama (epizodama) u pravilu popuštaju ne uzrokujući značajne promjene osobnosti. Ako se kod jednog bolesnika pojavljuju depresivne i manične epizode, govorimo o bipolarnom poremećaju (koji se prije nazivao manična depresija).

O terminologiji. Ispreplitanje različitih tradicija čini terminologiju nepreglednom i stvara potrebu za objašnjenjem: teške depresije koje se odvijaju u fazama (epizodama) sa specifičnom depresivnom simptomatikom prije su se opisivale kao *melankolija* i zajedno s manijama kao *afektivne psihoze*. Suvremeno značenje pojma afektivnih poremećaja je šire i također obuhvaća distimiju i ciklotimiju. Distimija kao trajni depresivni poremećaj pritom uvelike odgovara kliničkoj slici koju se tradicionalno nazivalo neurotičnom depresijom. Kao unipolarna depresija opisuju se afektivni poremećaji tijekom kojih se pojavljuju isključivo depresivne epizode bez maničnih; u teškim oblicima odgovaraju ranije spomenutoj melankoličnoj depresiji (pritom riječ „melankolično“ ne treba svaćati u njezinu razgovornom smislu, nego kao naziv karakteristične depresivne simptomatike o kojoj će se kasnije detaljno govoriti).

Američka klasifikacija DSM-5 kod depresivnih poremećaja također rabi pojam „*melankolično*“, prvenstveno za opis osnovne skupine velikih depresivnih poremećaja (*major depressive disorder*). U ovoj se knjizi također rabi precizniji opis ovog oblika depresije, naime depresija melankoličnog tipa ili ukratko: melankolična depresija. Ova dijagnoza otprilike odgovara kategoriji depresivne epizode odnosno težim oblicima velikog depresivnog poremećaja s dodatnim obilježjima psihotičnih odnosno melankoličnih simptoma.

Klasifikacija. MKB-10 obuhvaća kategorije manična epizoda (F30), depresivna epizoda (F32), bipolarni afektivni poremećaj (F31), povratni depresivni poremećaj (F33). Znamenka iza točke dakle opisuje sindrom i oblik bolesti.

Epidemiologija. Navodi se da trenutna prevalencija unipolarne depresije (depresivne epizode, povratnog depresivnog poremećaja, distimije) iznosi oko 5%, a životna prevalencija 10-20%. Bipolarni su poremećaji mnogo rjeđi; životni rizik od oboljenja iznosi oko 1-2%. Unipolarne depresije dvostruko su učestalije kod žena nego kod muškaraca, a bipolarni se poremećaji kod obaju spolova pojavljuju otprilike jednako često.

U ovom će se poglavlju prvo govoriti o depresijama s epizodičnim tijekom, pri čemu će se posebno prikazati teški pojavni oblik koji odgovara melankoličnoj depresiji. Nakon toga slijede manija i bipolarni poremećaji, zatim etiopatogeneza i terapija. Distimija je već ranije opisana u poglavlju o neurozama.

18.1 Depresija (MKB-10: F 32, F 33)

Izgled. Izraz lica ozbiljan je i ne reagira na ohrabrenje ili šalu. Pogled često odaje tjeskobnu uznemirenost i istovremeno karakterističnu udaljenost i ravnodušnost prema svemu što se događa oko oboljeloga. Najuočljiviji je manjak pokreta koji je često popraćen jedva potisnutim „unutarnjim“ nemirom. Mimika, gestikulacija i govor izražavaju napetost, neodlučnost i beznađe; povremeno je uočljiv snažan motorički nemir (agitacija).

Doživljaj. Melankolično-depresivni doživljaj ne može se pojmiti kategorijama psihološki normalnog. Zdrava se osoba teško može uživjeti u njega. I samom je bolesniku teško ponovno se uživjeti u preboljeno stanje nakon što epizoda završi. Ono mu se čini stranim i nepojmljivim, ali istovremeno i toliko teškim i opterećujućim da bi dao prednost bilo kojem drugom stanju patnje kad bi morao birati.

Afektivnost. Melankolično raspoloženje nije identično, čak niti slično tuzi. Oboljeli će prije reći: skamenjeno, ravnodušno, prazno, neživo, mrtvo, pregoreno. „U meni je sve uništeno i mrtvo.“ Mnogi izričito kažu da ne mogu biti tužni niti plakati; tuga se ne može pojaviti čak ni u slučaju nesreće u obitelji, zbog čega oboljeli jako pate. Neki će ipak za

sebe reći da su tužni, ali samo jer ne poznaju drugu riječ kojom bi opisali svoje stanje. Samo rijetki mogu plakati.

Skamenjenost i praznina utječu na cjelokupnu afektivnost. Oboljeli jedva može ili uopće ne može osjetiti veselje, suosjećanje, ljubav ili druge osjećaje. Ohrabrenja i apeli izvana ne djeluju i često su mučni. Anhedonija kao opis ove bezosjećajnosti nedovoljno odgovara stanju koje pacijent proživljava. *Bezosjećajnost i nemogućnost osjećanja tuge* dijagnostički su važna obilježja koja pripadaju srži melankolično-depresivnog poremećaja, a ne samo sporedne pojave. Pritom je doživljaj bezosjećajnosti mučan, osjećaj ukočenosti bolan, a osjećaj beživotnosti u ekstremnim se slučajevima doživljava kao osjećaj otuđenosti (*depersonalizacija*).

>Prema riječima pacijentice, pedesetdevetogodišnje žene:

„Toliko sam očajna i nemam hrabrosti da se suočim s danom, nemam nikakve nade za budućnost, svega se jako bojim. ... Više ništa ne mogu zapamtiti, mogu čitati, ali ništa ne pamtim, čak ni ono što pogledam na televiziji, iako mislim da bih to morala zapamtiti. Kako da preživim dan? Ne pada mi na pamet ništa što bih mogla učiniti, ništa se ne usudim. Pitam se je li jučer bilo bolje jer nisam sama morala odlučiti što se mora učiniti, jer nisam imala nikakvu odgovornost, nego su me vodili [izlet pacijenata]. Pamćenje me izdaje. Ne znam kad moje unuče ima rođendan, to smatram lošim.“

Ovaj primjer pruža uvid u opći dojam nedostatnosti kod oboljelih od melankolične depresije.

Većina oboljelih, spontano ili na upit, govori o *strahu*. Ne osjećaju se toliko ugroženo koliko tjeskobno ili pod pritiskom, što je također povezano sa sputanošću i poremećenim doživljajem vremena. Sve što nadolazi i što ih očekuje stvara im mučnu tjeskobu, od obveza koje ne ispunjavaju do banalnih svakodnevnih stvari koje im se čine nedostižnima i nepremostivima (strah od zakazivanja).

>Prema riječima pedesetpetogodišnje pacijentice:

„Bojim se svega što moram učiniti i što se od mene očekuje. Osjećam drhtanje u šakama i nogama. Obuzimaju me napadaji plača koje nitko ne smije primijetiti. Strah me kućanskih

poslova, čišćenja i kuhanja, posebice ako očekujem posjet. Čak i kod Gabi [kćeri] strah me da se neću moći pobrinuti za Lauru [unuku]. (Strah me) Erninog rođendana. Velike selidbe na ljeto. Bojim se šetnji, da neću izdržati, da ću klonuti.“

>Druga pacijentica, 29 godina:

„Da, i strahovi, strah od onoga što uopće postoji jer je jednostavno nepojmljivo. Dakle, radije bih slomila ruku ili nogu. Jer jednostavno više ne mogu razumjeti i uopće ne znam što sa mnom nije u redu.“

Inicijativa. Blokiranost se odnosi i na inicijativu. *Sputanost* kao uobičajen opis nedostatan je za prikaz melankolično-depresivnog doživljaja inicijative, koji se znatno razlikuje od sputanosti u svakodnevnom smislu. Oboljeli ne mogu prevladati svoju bezvoljnost, neodlučni su, nemaju inicijative ni poleta, ne uživaju u poslu, ništa im ne polazi za rukom, svaka radnja postaje muka, posebice ujutro. „Kao leš u ograničenom životnom prostoru.“ Propusti koji iz toga proizlaze doživljavaju se uz osjećaj krivnje i muke (emocionalna i intencionalna onemoćalost). Melankolična depresija nije samo poremećaj raspoloženja, nego „sputanost svih psihičkih procesa“.

>Prema riječima pacijenta, sedamdesetšestogodišnjeg muškarca:

„Psihičko dno: prijedodne i poslijepodne u slikarskom ateljeu nisam mogao napraviti ni jedan potez kistom. Započetu sliku morat ću poderati. Besposleno sjedim, čak ne mogu ni čitati. Moram se prisiliti da jedem, ne osjećam ni sreću ni tugu. Nemam volje za životom, moja je inicijativa jednaka nuli. Moram se prisiliti na svaku malu radnju, čak i na brijanje. Živim, ali kao da sam mrtav.“

Ovaj primjer prikazuje inače nepoznatu melankoličnu vrstu sputanosti.

U najtežim slučajevima postoji depresivni *stupor*: bolesnik je ravnodušan i skoro nepomičan, gotovo da ne govori, ali ne pokazuje unutarnju napetost i katepsiju katatonog stupora.

Sa sputanošću je često povezan mučan unutarnji *nemir*, često u području prsa, osjetan i u cijelom tijelu. Ako se taj nemir očituje u ponašanju, to jest u obliku naglih pokreta ili

nemirnog tapkanja u mjestu, govori se o *agitaciji*. Ona je dodatan, ali ne i alternativan simptom (stoga se „agitirana depresija“ ne može smatrati zasebnom kliničkom slikom bolesti). Često je povezana s tjeskobom i može biti izražena glasnim kukanjem i jadikovanjem. Bolesnici su u isto vrijeme sputani i užurbani („tiha panika“).

Mišljenje je usporeno, tromo, postaje jednolično i neproduktivno, usmjereno samo na melankolično-depresivne strahove. Osim toga, mogu se pojaviti znatne smetnje u koncentraciji, mišljenju i pamćenju (kognitivni deficiti) koje pacijenti također opisuju kao misaonu prazninu. Strah od Alzheimerove bolesti tada je lako razumljiv. Radi se o simptomu depresije koji se više ne bi trebao opisivati kao „depresivna pseudodemencija“ jer ga se ne može izjednačiti s organski uvjetovanom demencijom. Štoviše, depresivni manjak učinkovitosti u okviru „sveobuhvatnog smanjenja energije“ depresivnog bolesnika dovodi do zaostatka u ispunjenju vlastitih potreba (za urednošću i savjesnošću), što je za njega bolno: „Bez koncentracije i bez snage za razmišljanje, ni za što sposoban“, tako to opisuje jedan pacijent. Smetnje uzrokovane depresijom popuštaju zajedno s epizodom, ali kod dijela pacijenata ipak mogu prerasti u demenciju.

Promjene auditivnog i vizualnog *opažanja* (koje se također mogu dokazati eksperimentima) uglavnom su slabije izražene: bolesniku se čini da sve čuje izdaleka ili nije siguran u procjeni udaljenosti. Jedan pacijent govori o „redukciji opažanja na fizikalnu komponentu.“ – „Ni poimanje mi više nije išlo.“ – „Gubitak pojma stvarnosti ... i sposobnosti stvarne procjene situacija“. Neki bolesnici ove poremećaje opažanja smatraju najtežim ili najkarakterističnijim simptomom.

Blagi kompulzivni simptomi nisu rijetki. U slučaju jače izraženih simptoma (2% bolesnika) radi se o *anankastičnoj depresiji* koju se lako može pogrešno procijeniti kao opsesivno-kompulzivni poremećaj.

Većina je bolesnika tijekom dužeg razdoblja *suicidalna*. Iako obzir prema bližnjima i sputanost uvjetovana bolešću uglavnom sprečavaju samoubilačke postupke, s ovom opasnošću ipak uvijek treba računati.

Sumanute misli. Bolesnici sebe doživljavaju kao male, krive i bezvrijedne, što može prerasti u sumanute misli koje se mogu otkriti kod otprilike jedne petine oboljelih, uključujući i početne stadije kod skoro polovine oboljelih.

Doživljaj krivnje i sumanute misli o krivnji. Mnogi se bolesnici okrivljuju za razne propuste i promašaje. Također si bezrazložno pripisuju krivnju. Pritom postoje različite razine osjećaja krivnje. Sumanuti osjećaj krivnje može biti i neutemeljen: krivnja i bezvrijednost sama po sebi.

Predodžbe o osiromašenju i sumanute misli o siromaštvu. Mnogi se bolesnici bez pravog povoda brinu oko vlastite financijske sigurnosti i još više oko financijske sigurnosti svoje obitelji: strahuju da bi im se prihodi mogli smanjiti, da neće moći platiti porez, da se umirovljenje bliži itd. Iz toga se može razviti sumanuto uvjerenje da će nestati novca, da će kuća biti srušena, da će obitelj umrijeti od gladi.

>Prema riječima pacijenata:

„Mnogo toga sam pogriješio.“ – „Kriv sam za sve.“ – „Ovo mi je kazna.“ – „Bit ću vječno proklet.“ – „Ja sam veliki grešnik.“ – „Više ništa ne vrijedim“. (Sumanute misli o krivnji)

„Naša kuća i sve ostalo bit će srušeno i razbijeno.“ – „Zdravstveno osiguranje neće pokriti velike troškove liječenja.“ (Sumanute misli o siromaštvu).

„Moja snaga popušta, postajem sve slabiji, molim Vas obavijestite moje bližnje da me posjete posljednji put.“ – „Kao da mi nedostaje moždanih stanica.“ – „Više ništa ne funkcionira, mjesečnica, crijeva...“ – „Dolazim zbog raka.“ (Sumanute misli o bolesti).

„Svjetlo je iščezlo.“ – „Mozak i duša su prazni, kao da hodam poput mrtvaca.“ – „Postojim li još uvijek? I pogledam u osobnu iskaznicu.“ – „Nemam sina“ (zapravo ima odraslog sina). (Nihilističke sumanute misli).

Hipohondrične strepnje i sumanute misli o bolesti. Učestali su strahovi od još nepoznate bolesti i preuveličavanje pojedinih nalaza. Kod jačih slučajeva bolesnik se izražava kako je gore navedeno; neki si umišljaju karcinom ili neku drugu tešku bolest. Ako im se ukaže na normalne nalaze pretraga, oni odvrćaju: sigurno će ubrzo biti nasmrt bolesni.

Nihilističke sumanute misli (sumanute misli o bezvrijednosti). Melankolično-depresivni doživljaj malenkosti i krivnje ekstremno je izražen u obliku sumanute misli o nepostojanju: bolesnik poriče vlastito postojanje ili postojanje svoje duše. Bolesnik u najboljem slučaju postoji prividno (postojanje bez osjećaja postojanja, također poznato kao Cotardov sindrom). Ponekad također poriču postojanje živućih bližnjih. Iza izjave „nemam sina“ stoji sumanuto uvjerenje ove žene da je toliko bezvrijedna, nesposobna i nevažna da nije moguće da je rodila dijete. Samo je jedan korak od „ništa ne vrijedim“ do „ne postojim“. – Takve misli pacijenti rijetko izgovaraju i doživljaj bevrjednosti samo daju naslutiti.

Ostale vrste sumanutih misli. Bolesnik može osjećati toliku krivnju da si umisli da ga netko progoni. On u kriminalistima ne vidi svoje protivnike (kao shizofreni bolesnik sa sumanutim mislima o praćenju) nego kao izvršitelja pravedne kazne (stoga je to bolje zvati *sumanutim mislima o kazni ili počinjenju zločina*). Ova vrsta sumanutih misli također je dio melankolično-depresivnog raspoloženja.

Stoga govorimo o *sintimnom sumanutom doživljaju* koji je sukladan s raspoloženjem za razliku od simptoma sumanutosti kod shizofrenih bolesnika koji često nisu sukladni s raspoloženjem.

Izrazit sumanut doživljaj u psihotičnoj depresiji u pravilu je popraćen *manjkom uvida u bolest*. Bolesnik svoje stanje smatra posljedicom osobne krivnje, „...uopće nisam bolestan, ja sam se ovdje (u kliniku) samo ušuljao“. Većina pacijenata svoje stanje ipak smatra bolešću.

Tjelesni simptomi (vitalni simptomi i vegetativni poremećaji). Melankolična depresija ne očituje se samo psihopatološkim, nego i tjelesnim simptomima. Ova je psihoza „najbliža tijelu“, čime se također razlikuje od ostalih oblika depresije. Radi se o smetnjama u području takozvanih tjelesnih osjećaja: opća iscrpljenost, stalni umor, umor i nakon spavanja, nesanica i posebice nedostatak dubokog sna, gubitak teka te opstipacija, osjećaj pritiska (poput jako teškog kamena) na prsima ili u trbuhu, glava teška poput olova, stegnuto grlo, pritisak oko tijela kao da ga steže obruč ili osjećaj nemira u prsima, trbuhu ili rjeđe u glavi. „Moje se depresije nalaze u tijelu i oduzimaju mi svu volju za životom.“ Spolna je želja snižena ili nestaje, a kod žena često prestaje mjesečnica. Dio ovih vitalnih simptoma može se objektivirati, npr. kao tahikardija (blaga), ortostatska hipotenzija, kod

pojedinih bolesnika snižena tolerancija na glukozu. Mišićna snaga mjerljivo je smanjena. Ponekad poremećaji vegetativnih funkcija dominiraju toliko da se govori o *vegetativnoj depresiji*, pri čemu se ne podrazumijeva podtip depresije.

Poremećaji cirkadijanog ritma. Ciklus budnost-spavanje često je poremećen. *Poremećaj spavanja* najčešći je i često prvi simptom melankolične depresije. Većina bolesnika može samo malo spavati, san im je plitak, često se bude, posebno loše spavaju u drugoj polovici noći (i u to su vrijeme najočajni). Neki također teško mogu zaspati. Polisomnografija pokazuje rano nastupanje i povećanje trajanja te gustoće prvih REM faza pri poremećenom kontinuitetu spavanja i čestom buđenju. Ovi nalazi nisu specifični za melankoličnu depresiju. – Hipersomnija je rijetka.

Dnevna oscilacija. Jačina simptoma može oscilirati tijekom dana: simptomi su nerijetko najizraženiji rano ujutro i prijepodne (tzv. jutarnje pogoršanje depresije), a do popodne ili navečer donekle jenjavaju. Takozvana tipična dnevna oscilacija znatna je, ali nije nužna niti specifična za melankoličnu depresiju. Pojavljuje se kod otprilike jedne trećine bolesnika (a ni tada nije konstantna i svakodnevna). Također je možemo zateći i kod drugih oblika depresije, iako rjeđe. Kod melankolične depresije (mnogo rjeđe) postoji i obrnuti tijek: pogoršanje u drugoj polovici dana (tzv. večernji tip). Pored cirkadijanih oscilacija uočljivi su i kratkotrajniji (ultradijani) ritmovi.

Fenomenološki aspekti. Temeljni poremećaj melankoličnih bolesnika može se protumačiti kao „*nemogućnost promjene*“. Bolesnik vrijeme pred sobom doživljava kao beskonačno rastegnuto (što se također može dokazati eksperimentima), a ono mu istovremeno neprestano istječe. Budućnost je melankoličnom bolesniku nedostižna. Ako je nada (za zdravu osobu) iščekivanje budućnosti, melankolični bolesnik živi bez budućnosti i nade. Ako „više ništa nema smisla“, mora nastati strah od svega, pa i svakodnevnog, banalnog, zapravo od samog života, manje strah od smrti nego od produljenja takvog života.

Ovaj strah ima drukčiju narav od neurotičnog i više nalikuje egzistencijalnom strahu. „Što se više pojačava sputanost i usporava tempo unutarnjeg vremena, to se jasnije doživljava ograničavajuća silina prošlosti. Što je depresivnom bolesniku budućnost nedostižnija, to se on snažnije osjeća svladano i ograničeno prošlošću“ (STRAUS).

„Život oko mene ide dalje, ali moj ne ide.“ Ove riječi melankoličnog pacijenta označavaju zaostatak unutarnjeg vremena promjene u odnosu na prirodni tijek događaja. Stari osjećaj krivnje, koji je u međuvremenu potisnut u pozadinu, može se ponovno aktualizirati u melankoliji. „Stari su kompleksi poput velikog kamenja u riječnom koritu koje se pri niskom vodostaju probija kroz površinu narušavajući je ...“ (KRETSCHMER). Ako život više ne podrazumijeva razvoj, nego samo prolaznost, suicid se jednostavno čini kao posljedica. Dakle, „nemogućnost promjene“ očituje se beznađem i strahom, osjećajem krivnje i suicidalnošću.

Ako se prošlost čini premoćnom, a budućnost nedostižnom (vidi gore), nepromjenjivi događaji (ili u ekstremnom slučaju sumanuta uvjerenja) prenose se u budućnost: propast ću, kuća će izgorjeti. Takve izjave u gramatičkom obliku budućnosti osobito obilježavaju depresivno-melankoličnu sumanutost.

Melankolično-depresivni sumanuti doživljaj može se interpretirati kao „odvojenost od svih temeljnih uvjeta prirodnih iskustava“. Bolesnici izrazito često svoje stanje opisuju riječima koje sadržavaju morfem „bez“, poput obeshrabren, beznadan, bezosjećajan, bezvoljan. Morfem „bez“ etimološki znači gubitak ili izgubljeno.

>Prema riječima pacijenta:

„Dakle, budući da uopće ne mogu razumjeti i ne znam što se sa mnom događa. Mislim da moj dan ima 24 sata tijekom kojih sam budna i veselim se svakoj polovini sata koja prođe; (mislim) da se uopće ne radujem životu, nego nekako želim prebroditi dan...“

Tako jedna dvadesetdevetogodišnja pacijentica pokušava opisati promjene svoga doživljaja vremena.

>Prema riječima drugoga pacijenta:

„Bio sam u sukobu s vremenom...doživljaj vremena bio mi je poremećen...Ponekad je vrijeme letjelo kao da se kazaljka za minute kreće jednako brzo kao i kazaljka za sekunde...a ponekad je vrijeme opet prolazilo jako usporeno.“

Sažetak o simptomatici teških depresivnih epizoda. Ne radi se samo o tuzi, nego o karakterističnoj promjeni koja je u pojedinim crtama osobito specifična za melankoličnu

depresiju i koja se u osnovi toliko razlikuje od zdravog doživljaja da razgovorni jezik i znanstvena terminologija za to jedva nalaze odgovarajući izraz. Simptome drugi ne mogu razumjeti niti se u njih uživjeti. Ni sam oboljeli nakon proživljene depresivne epizode više ne može zamisliti ovo stanje. Simptomi uglavnom pogađaju afektivnost i inicijativu u smislu smanjene energije, mišljenje te (u manjoj mjeri) opažanje. Osobito su narušene psihička i tjelesna sposobnost. Poremećaji vegetativnih i endokrinih funkcija (vidi dolje) također se pojavljuju. Temeljni simptomi melankolične depresije su bezosjećajnost i nemogućnost osjećanja tuge, kao i blokirano doživljaj vremena. Time se ovaj tip depresije jasno razlikuje od drugih oblika depresije. Karakterističan sumanutu doživljaj (u skladu s raspoloženjem) krajnje je pogoršanje melankolično-depresivnog doživljaja (sumanuta depresija nije podtip depresije).

Dijagnoza. Vrlo je lako prepoznati izrazitu melankoličnu depresiju. Kod nemelankolične depresije i manje uočljive simptomatike može doći do dijagnostičkih poteškoća. Najvažnija dijagnostička obilježja su sljedeća: osobito su zakočeni inicijativa i raspoloženje, ne radi se samo o sniženom raspoloženju; Također se mogu pojaviti tjelesni simptomi i dnevne oscilacije. Pacijenti tvrde da su nesretni, obeshrabreni, bez energije itd.; oni melankolično stanje doživljavaju kao kvalitativnu psihičku promjenu. U dubokoj depresiji može doći do sumanutosti. Ne samo, ali posebno kod melankolične depresije može se dokazati hiperkortizolemija, a test supresije deksametazona je negativan. Ovi nalazi ipak nisu specifični, a dijagnostička očekivanja koja se prvenstveno nadovezuju na njih nisu potvrđena. Tijek bolesti može uvelike pomoći pri postavljanju dijagnoze ukoliko je već zabilježen u anamnezi.

>Prema riječima pacijenta:

„Isprva osjećaj samoće. Nitko mi ne može pomoći. Osjećaj da lebdim negdje u prostoru nepovezan s prošlošću. Strah od postojanja – strah od budućnosti. Strah da obitelji nešto nedostaje jer ja nisam u stanju da se nosim s izazovima. Strah od zakazivanja, osjećaj da više ništa ne vrijedim jer nemam temelja za to. ... Osjećaj da se želim predati, osjećaj beznađa i očaja. Osobito duboka rezignacija pri usporedbi sa zdravima i uspješnima. ... Često osjećaj da sam izgubio tlo pod nogama, da plutam. Nemam samopouzdanja, ustručavam se započeti neki novi posao zbog straha da ću psihički i fizički zakazati. Nisam

u sukobu sa svojom okolinom, nego ona sa mnom. Uvijek iznova želja da mi netko pomogne da se izvučem iz ovog raspoloženja pa makar i silom. ... Ne mogu otjerati faze negativnih misli, svako jutro nakon buđenja ista situacija, dočekaju me svi opisani problemi. To je kao da se nalazim u začaranom krugu od kojeg ne mogu pobjeći ...i da moram nemoćno promatrati kako se nešto sa mnom događa, ... Mislim da su mi inteligencija i mentalna sposobnost jako popustile i da mi je pamćenje jako ograničeno.“

Ovaj izvod iz izjave četrdesetšestogodišnjeg službenika u cijelosti opisuje simptomatiku melankolične depresije.

Naizgled bezrazložne promjene raspoloženja u adolescenciji nisu rijetke i nosološki su višeznačne. Bipolarni afektivni poremećaji često počinju u adolescenciji, uglavnom s depresivnom epizodom. Melankolične se depresije relativno rijetko očituju već u ovoj dobi, pritom mogu biti kratkotrajne i zbog toga izbjeći dijagnozu; stoga se početak bolesti u ovoj dobi često može utvrditi tek retrospektivno.

Osim na simptomatici, dijagnoza se temelji na *tijeku bolesti* (vidi dolje). Dijagnostički su ključne ranije epizode, posebice s melankolično-depresivnom simptomatikom. Karakteristični su nagli početak i kraj epizode. Nipošto se ne smije propustiti postavljanje pitanja o simptomima prethodnih maničnih epizoda ili o hipomaničnoj popratnoj oscilaciji; o njima pacijenti uglavnom ne govore spontano, ali su ključni za dijagnozu (bipolarni afektivni poremećaj). *Ljestvice* za samoprocjenu ili tuđu procjenu depresivne simptomatike više služe znanstvenom radu, posebice za kontrolu tijekova liječenja. Najčešće pogreške pri dijagnozi melankoličnih depresija su:

- bolest nije poznata liječniku,
- pregled ne obuhvaća (prepoznatljive) karakteristične simptome,
- u anamnezi nisu postavljena pitanja o prijašnjim fazama,
- pretpostavlja se određeni obrazac ponašanja ili struktura ličnosti.

Prepoznavanje opasnosti od suicida pripada najvažnijim dijagnostičkim zadacima. Većina je ovih pacijenata tijekom dužeg razdoblja teške depresivne epizode barem latentno suicidalna. O kriterijima za procjenu opasnosti od suicida već se raspravljalo. Suicidalni porivi uglavnom se mogu spriječiti sigurnim vođenjem i bliskim povezivanjem s

bolesnikom. Neki se bolesnici na ovaj način ipak ne mogu dovoljno sigurno zaštititi od suicida i moraju se liječiti stacionarno, ponekad i privremeno u zatvorenom odjelu. 10 – 15 % pacijenata s teškim oblikom depresije umire od suicida. Nije dokazano da se opasnost od suicida može povećati tijekom liječenja antidepresivima jer oni najprije utječu na sputanost, a manje na raspoloženje (nema sumnje u načelnu korist antidepresiva, a kratkoročno i benzodiazepina). Neki pacijenti također pate zbog suicidalnih poriva jer su proturječni njihovoj savjesti.

Diferencijalna dijagnoza i razgraničenje. Navedena klinička obilježja vrijede za unipolarni i bipolarni oblik bolesti te se *ne* razlikuju u pogledu simptomatike i tijeka bolesti.

Diferencijalna dijagnoza u odnosu na tugu i depresivnu reakciju: ove su pojave bliže normalnom neraspoloženju i ne pokazuju specifičnu melankolično-depresivnu promjenu doživljaja.

U odnosu na distimiju (neurotičnu depresiju): I ovdje su simptomatološke razlike jasno prepoznatljive. Psihosocijalni čimbenici (uzrok) ipak nisu razlikovni kriteriji. Ponekad je diferencijalna dijagnoza teška. Dulji tijek bolesti obično donosi razjašnjenje. Međutim, postoje i teške depresivne epizode, također s karakterističnim melankoličnim simptomima, u neurotično-depresivnim (distimijskim) tijekovima (tzv. *double depression*).

Diferencijalna dijagnoza u odnosu na organski depresivni poremećaj (F 06.32). Depresivna raspoloženja često su povezana s bolestima mozga i teškim općim tjelesnim bolestima. Vrlo su različita, dijelom bliska reaktivnoj depresiji (poremećaj prilagodbe), dijelom melankoličnoj depresiji. Istodobno, obično postoje jasni kognitivni gubici, što je ključno za diferencijalnu dijagnozu.

Opisani su brojni *podtipovi depresije*. Radi se o uočljivim manifestacijama određenih obilježja simptoma ili tijeka bolesti koja, ako ih se prepozna, mogu biti važna za postavljanje dijagnoze i određivanje terapije. Najčešći podtipovi su:

Blaga depresija (*minor depressive disorder*) u klasifikaciji (F32.0) definira se na sljedeći način: može se utvrditi samo dio depresivnih simptoma s minimalnim trajanjem od dva tjedna. Kriterij je dakle samo stupanj težine, tako da se očito radi o blagom obliku poremećaja koji se inače naziva *major depressive disorder* (depresivna epizoda). Važno je

znati da postoje ovakvi blagi izražajni oblici i da ih se često previdi. Ovo je više dijagnostički nego diferencijalno dijagnostički problem; jer nije sigurno da se ovaj oblik može definirati kao zaseban podtip depresije. – Isto vrijedi i za:

Povratni depresivni poremećaj (*reccurent brief depression, RBD*) obilježavaju kratko trajanje (manje od dva tjedna) i ponekad znatna težina kliničke slike te ponovno pojavljivanje. Ovi su poremećaji također mnogo češći nego što ih psihijatar vidi. Moguće je da se uglavnom radi o varijantama tijeka melankolične depresije jer bolesnici na sličan način opisuju simptome.

Netipična depresija. Uz depresivna raspoloženja i hipersomniju, ovdje su opisani i anksioznost, naizgled "histerično" ponašanje, pojačan apetit i povećanje tjelesne težine te olovni osjećaj težine u ekstremitetima. Dijagnoza je jednako nesigurna kao i terapijska preporuka inhibitora monoaminooksidaze.

Sezonska depresija (*seasonal affective disorder, SAD*). Postoji sezonska povezanost između depresivnih epizoda koje uvijek počinju u kasnu jesen ili zimu i traju do proljeća. Depresivno neraspoloženje može imati razdražljivu i tjeskobnu notu, često je povećana potreba za snom, povećan tek (posebno kad su u pitanju ugljikohidrati), dolazi do povećanja tjelesne težine. Do tri četvrtine oboljelih su žene. Za liječenje se preporučuje fototerapija. Nosološka klasifikacija još uvijek je neizvjesna, ne mogu se zanemariti preklapanja s tzv. netipičnom depresijom i s distimijom.

Komorbiditet. Postavljanje točne dijagnoze također može biti otežano prisutnošću dviju psihičkih bolesti kod jednog bolesnika. Ovaj se komorbiditet u psihijatriji sve više uzima u obzir. Postalo je uobičajeno da se po potrebi postavljaju dvije dijagnoze, što se pokazalo korisnim za terapiju.

Melankolične depresije ne javljaju se samo kod prethodno psihički zdravih ljudi, već i kod bolesnika s raznim psihičkim poremećajima. Depresija je tada uglavnom "sekundarna bolest". Kod bolesnika s oštećenjem mozga, epilepsijom i intelektualnim poteškoćama osim nekarakterističnih neraspoloženih stanja također postoje relativno tipične melankolično-depresivne bolesti. Isto vrijedi i za manične epizode te bipolarnu afektivnu poremećaje.

Kod shizofrenih bolesnika neraspoloženje može imati više oblika (npr. postremisijsko depresivno stanje). U tijeku shizofrenije javljaju se i teške, tipične depresije, koje je već opisao E. BLEULER. O shizoafektivnim psihozama govorit će se kasnije.

Komorbiditet melankolične depresije i već postojećih neuroza ili poremećaja ličnosti ima veliki praktični značaj. Dvostruka dijagnoza mora se postaviti posebno pažljivo jer se liječenje tijekom depresivne epizode razlikuje od liječenja u ostalim razdobljima dugotrajne neuroze ili poremećaja osobnosti. To se posebno odnosi na depresivno-neurotične pacijente koji obole od teške depresivne epizode. Ovaj je komorbiditet relativno učestao (tzv. *double depression*) i zahtijeva složenu dijagnostiku i diferencijalnu terapiju.

Čest je komorbiditet *ovisnosti o alkoholu* i depresije. Uska povezanost alkoholizma i neurotične depresije već je istaknuta. Osim toga, u tijeku melankolične depresije i posebno bipolarnih afektivnih poremećaja, zlouporaba alkohola i ovisnost o alkoholu mogu se pojaviti kao komplikacija i otežati liječenje.

Tijek pojedine depresivne epizode. Trajanje epizoda varira. Predviđa se da će 40 do 50 % epizoda trajati do 3 mjeseca, 25 do 30 % do 1 godine, a 20 – 25 % duže od 1 godine. Ekstremi su trajanje od nekoliko dana odnosno nekoliko godina. Ako epizoda traje duže od 2 godine, govori se o *kroničnoj depresiji*, u kojoj jačina simptoma može biti promjenjiva.

Epizode uglavnom počinju postupno, a ponekad ipak naglo i pacijent može navesti minutu ili sat njihovog početka. Završavaju (bez obzira na njihovu duljinu) dijelom postupno, dijelom naglo. Začuđujuće je da nakon teške depresivne faze koja mu je potpuno promijenila doživljaj pacijent često može skoro neprimjetno i bez napora nastaviti sa svojim prijašnjim životom. Većina bolesnika fazu takoreći ostavlja iza sebe bez razmišljanja. Međutim, drugi imaju znatnih poteškoća s ponovnim privikavanjem na svoj život, posebno nakon duge epizode. Nakon vrlo duge epizode (nekoliko godina) neki pacijenti navode da su se promijenili: smireniji su, više usredotočeni na bitno, manje ambiciozni, skromniji ili čak rezignirani, ali bez gubitka potencijala u smislu popratne pojave.

Nakon melankolično-depresivne epizode kod otprilike 10 % bolesnika slijedi *hipomanična popratna oscilacija*, obično slabe jačine i kratkog trajanja. Ovaj oblik tijeka bolesti naziva se bipolarni poremećaj tipa II.

Dužina *intervala između dvije epizode* različita je i iznosi između nekoliko dana i nekoliko desetljeća. Prognoze u pojedinom slučaju nisu moguće. Trajanje ciklusa, tj. vremenski raspon između početka jedne epizode i početka sljedeće epizode u početku je u prosjeku četiri do pet godina kod unipolarne depresije i 3 – 4 godine kod bipolarnih afektivnih psihoza. Trajanje ciklusa skraćuje se s povećanjem broja epizoda, pri čemu se prvenstveno skraćuje razdoblje bez bolesti. U višefaznim tijekovima može doći do povećanja jačine simptoma, a otpornost na terapiju može postati češća (osim ako profilaksa ne zaustavi ovaj tijek).

18.2 Manija (MKB-10: F30)

Izgleđ. Obilježja manije su povišeno raspoloženje, povećana inicijativa i ubrzano razmišljanje (bijeg ideja). Manija je u nekim pogledima istovjetna melankoličnoj depresiji, iako ne i njezin zrcalni odraz. Pojavljuje se u fazama (epizodično), pritom rijetko unipolarno, uglavnom izmjenično s melankoličnom depresijom (bipolarni tijek).

Manično raspoloženje uglavnom se opisuje kao povišeno. Međutim, vedrina jednako slabo obilježava maniju kao što tuga obilježava melankoličnu depresiju. Melankolično-depresivni bolesnici pate od manjka (koji seže do bezosjećajnosti u melankoliji), a manični bolesnici od viška osjećaja, inicijative i poriva. Doduše, neki manični bolesnici djeluju veselo i duhovito, razuzdano, zarazno i zanosno (za razliku od euforije bolesnika koji pati od organskog duševnog poremećaja koja pak djeluje prazno i paralizirajuće). Međutim, najmanje jednako toliko maničnih bolesnika je razdražljivo i teško, ratoborno te agresivno.

Povećanje inicijative očituje se u povećanoj aktivnosti, snažnoj potrebi za kretanjem i neumornoj hiperaktivnosti, što maničnog bolesnika čini teško podnošljivim njegovoj okolini. Ova nesputanost može se očitovati i u gubitku osjećaja srama, zbijanju grubih šala, seksualnoj napasnosti i ljubavnim izjavama. Teška stanja uznemirenosti nisu rijetka. Grčka riječ *mania* također znači bijes i gnjev, a ne samo zanos.

Bijeg ideja tipičan je poremećaj mišljenja kod maničnih bolesnika. Bolesniku neprestano nadolaze nove ideje koje su kratkotrajne i nepostojane. Često su povezane samo labavim asocijacijama riječi i zvukova. Bavi se svime što se oko njega događa, skače s jedne teme na drugu i nije u stanju dovršiti malo dulji tok misli. Neki pacijenti osim potrebe za govorom imaju i potrebu za pisanjem. Uostalom, kod manije su održani sposobnost mišljenja i pamćenje. Svijest ostaje jasna.

Sadržaji mišljenja s bijegom ideja blisko su povezani s povišenom uposlenošću i samoprecjenjivanjem pacijenta (*megalomanija*). On se smatra iznimno inteligentnim i zanesen je mišlju da bi se drugi trebali ugledati u njega. Tvrdi da može riješiti sve probleme, govori o revolucionarnim izumima, svjetonazornim i političkim obnovama, velikim financijskim pothvatima, osnivanju poduzeća i neizmjereno dalekosežnim planovima. Ovaj osjećaj povećane sposobnosti i neumornost maničnog bolesnika suprotni su vitalnoj slabosti melankoličnog bolesnika.

Budući da pacijenti u pravilu nemaju uvid u patološku narav svojega stanja, skloni su provođenju svojih grandioznih ideja u djelo npr. da mnogo kupuju, naručuju, da se zadužuju ili imenuju druge pacijente suvlasnicima (svojega poduzeća). Uvid u bolest postupno se vraća tek s popuštanjem manične aktivnosti, tako da i kod bolesnika koji se liječe lijekovima i stoga djeluju smireno još dugo postoji opasnost od nepromišljenih postupaka.

Subjektivno gledajući, manično se stanje ne doživljava uvijek pozitivno. Neki ga pacijenti procjenjuju nestvarnim i stranim njihovoj osobnosti, djelomično mučnim zbog unutarnjeg nemira i užurbanosti. Većina maničnih bolesnika malo spava, ali im ne nedostaje sna (za razliku od depresivnih bolesnika), ne osjećaju se umorno, nego neograničeno vitalno. Pacijent ovako doživljava popuštanje manične faze: „euforiji je došao kraj ... i vraćaju se mali svakodnevni strahovi.“ Dotad nije bio u stanju doživjeti male svakodnevne probleme. Nadodaje da mu je bilo nelagodno što nije mogao biti samokritičan.

Neki bolesnici nakon blage manične epizode ostaju pri svojoj pozitivnoj procjeni. Ipak, manično se stanje često naknadno doživljava kao sramotno, naročito ako je došlo do svađe, financijskih gubitaka ili drugih posljedica maničnog ponašanja. Bolesnik nakon manične epizode može ostati suočen s njezinim posljedicama i postati suicidalan.

>*Prema riječima pacijenta.* Pedesetogodišnja pacijentica u osvrtu na proteklu maničnu fazu:

„Osjećate se lako i gipko. Sve vam ide od ruke. Također ste laki na nogama, rado plešete. Osjećate se vječno mlado. Osjećate se lijepo.

Imate dobre ideje (...) Nevjerojatno ste entuzijastični (...) Volite ljude, puni ste suosjećanja i zapravo vrlo susretljivi, apsolutno ste nekritični. Podlost, pakost, zloba – takve stvari uopće ne shvaćate. Nije im mjesto u svjetonazoru koji je vrlo neprikladno opisan kao pogled kroz ružičaste naočale. Uvijek imate premalo vremena, osjećate se kao da ste skočili na jureći vlak, vrijeme leti i povlači vas za sobom. Tijekom manične faze jako ste napeti. Ta je napetost u tijelu osjetna kao neka vrsta uzavrele energije u sredini ispod dijafragme, odakle se može popeti do glave i eksplodirati u obliku jezivih izljeva bijesa. Doslovno poludite, osjećate se jako agresivno, ne možete se obuzdati. Privremeno ste gotovo izvan sebe. Neobično je da se taj događaj vrlo brzo zaboravi. (...)

Međutim, ova se napetost može osloboditi u obliku preplavljujućih sretnih osjećaja koji dolaze skroz iznutra, nekog proizvoljnog dana x, bez ikakvog razloga ili povoda. I onda trčite kroz šume, plešete po livadama, razgovarate s oblacima i pristojno se ispričavate travi jer ste s njom još ljupkije koketirali, grlite drveće, grlite svijet. (...) Samo tako se razbacujete novcem...Jednom sam u kupovini tijekom jednog prijepodneva potrošila 1.800 eura! Na same bluze od čiste svile i vrlo skupe džempere, remen optočen draguljima, negližee ukrašene čipkom, vezene sarije...“

Ovo izvješće temelji se isključivo na pacijentičinom vlastitom doživljaju u maničnoj fazi.

Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza. Simptomi nisu uvijek toliko jako izraženi kako je ovdje opisano. *Blaži oblici manije* (hipomanije: F 30.0) učestali su, ali ih se često ne prepoznaju. Često se o njima ne govori spontano, nerijetko se mogu otkriti isključivo ciljanim ispitivanjem rodbine (bolesnika). Osobito je važno da ih se prepoznaju jer ih je moguće ciljano i učinkovito izliječiti te jer u suprotnom slučaju postoji rizik od nerazboritih postupaka s teškim posljedicama, također i za bolesnikovu rodbinu. Vodeći kriteriji pri postavljanju dijagnoze blagog oblika manije su poriv za govorom, povećana vitalnost, nekritični optimizam i oslobođenost od sputanosti i razdražljivost koja nije u skladu s

osobnošću oboljeloga. Kod mlađih se pacijenata dijagnoza ponekad teško postavlja i utvrđuje se tek u tijeku bolesti.

Tri navedena glavna simptoma manije nisu uvijek jednako jako izražena. Ako prevladavaju grandiozne ideje i hiperaktivnost, govorimo o ekspanzivnoj maniji, ako nema bijega ideja, o urednoj maniji, a ako su najizraženiji bijeg ideja i mogući poremećaji mišljenja, o smušenoj maniji. – U maničnim se epizodama nerijetko mogu uočiti paranoični, halucinacijski ili katatonični simptomi. U tim se slučajevima ne smije odmah dijagnosticirati shizofrenija jer se ovi simptomi često pojavljuju samo prolazno na vrhuncu manične faze koja uostalom ima tipičan tijek. Ipak, ako ovi simptomi dugo traju, radi se o shizoafektivnoj psihozi.

Ako se u obzir ne uzmu razlike između maničnog i ekstatičnog raspoloženja, može doći do zamjene manije s ekstatičnim cikličnim psihozama. – Manični sindromi pojavljuju se i uz organske psihoze, dakle zbog cerebralnih ili općih tjelesnih bolesti (F 06.30), zbog čega je također nužan temeljit tjelesni pregled svakog maničnog bolesnika.

Tijek maničnih epizoda vrlo je malo istražen. Srednje dugo trajanje manične epizode naizgled je kraće nego kod depresivne epizode. Manična faza može prijeći u kratkotrajnu, blagu *depresivnu popratnu oscilaciju* ili prerasti u tešku depresivnu epizodu.

18.3. Bipolarni poremećaji (MKB-10: F 31)

Moguće je da pacijent koji pati od afektivnog poremećaja oboli samo od depresivnih epizoda (koje su najučestaliji oblik afektivnih poremećaja); tada se radi o unipolarnom obliku bolesti. Osim toga postoje oblici bolesti tijekom kojih se kod istog pacijenta pojavljuju i depresivne i manične epizode, što se naziva bipolarnim oblikom. Ove različite kliničke slike i tijekovi bolesti poznati su od davnina i znanstveno su definirani u 19. stoljeću, ponajprije u francuskoj psihijatriji, a zatim kod njemačkoga psihijatra KRAEPELINA koji je afektivne psihoze, opisujući ih kao manično-depresivne psihoze, ograničio od shizofrenih psihoza. Kraepelin je involucijsku depresiju (depresiju u kasnoj životnoj dobi) smatrao posebnim oblikom afektivne psihoze, što ipak nije potvrđeno.

Druga je podjela nastala 1966. Angstovim i Perrisovim istraživanjima: nalazi obiteljske slike i tijeka bolesti dokazali su da se unipolarne depresivno-melankolične bolesti trebaju usporediti s bipolarnim oblicima, pri čemu su se u potonje ubrajale i isključivo manične afektivne psihoze. (Odat se „bipolaran“ ne odnosi samo na progresivni oblik, već i na skupinu bolesti.) Ova je dihotomija postala uobičajena.

Njemački izvornik
Deutscher Ausgangstext

18 Affektive Störungen/Affektive Psychosen

Affektive Störungen bezeichnen seelische Erkrankungen, die hauptsächlich mit Störungen von Antrieb, Stimmung und Gefühl einhergehen und sich in polar entgegengesetzten Formen äußern können: als Depressionen oder/und Manien. Dabei werden episodische von anhaltenden affektiven Störungen unterschieden. Die in zeitlich abgesetzten Phasen (Episoden) verlaufenden affektiven Störungen remittieren in der Regel, ohne wesentliche Persönlichkeitsveränderungen zu hinterlassen. Wenn bei demselben Kranken depressive und manische Episoden auftreten, spricht man von bipolarer Störung (was früher manisch-depressive Krankheit genannt wurde).

417

Zur Terminologie. Die Begrifflichkeit ist durch das Zusammentreffen unterschiedlicher Traditionen unübersichtlich und erklärungsbedürftig: Schwere, phasisch (episodisch) verlaufende Depressionen mit einer besonderen Form depressiver Symptomatik wurden früher als *Melancholie* und zusammen mit den Manien als *affektive Psychosen* bezeichnet. Der heutige Begriff der affektiven Störungen ist weiter gefasst und schließt darüber hinaus auch die *Dysthymia* und *Zyklothymia* mit ein. *Dysthymia* als anhaltende depressive Störung entspricht dabei weitgehend dem Krankheitsbild, was traditionell als neurotische Depression bezeichnet wurde. Als unipolare Depression werden affektive Störungen bezeichnet, in deren Verlauf ausschließlich depressive, aber keine manischen Episoden auftreten; in schwerer Ausprägung entsprechen sie der oben erwähnten melancholischen Depression (wobei »melancholisch« hier nicht im umgangssprachlichen Sinne zu verstehen ist, sondern eine charakteristische depressive Symptomatik bezeichnet, die noch ausführlich besprochen wird).

Die amerikanische Klassifikation DSM-5 verwendet ebenfalls den Begriff »melancholisch« in der Depressions-Klassifikation, und zwar für die Kerngruppe der *major depressive disorder*. Auch in diesem Buch wird die genauere Bezeichnung dieses Depressionstyps benutzt, nämlich Depression vom melancholischen Typ oder kürzer: melancholische Depression. Diese Diagnose entspricht in etwa der Kategorie depressive Episode bzw. major depressive disorder in den schwereren Ausprägungsgraden und mit den Zusatzmerkmalen psychotische bzw. melancholische Symptomatik.

Klassifikation. ICD-10 sieht die Kategorien manische Episode (F30), depressive Episode (F32), bipolare affektive Störung (F31), rezidivierende depressive Störung (F33) vor. Die dritte Stelle bezeichnet also Syndrom und Verlaufsform.

Epidemiologie. Die Punktprävalenz für unipolare Depression (depressive Episode, rezidivierend depressive Störung, Dysthymie) wird mit ca. 5% angegeben, die Lebenszeitprävalenz mit 10–20%. Bipolare Störungen sind wesentlich seltener; das Lebenszeitrisiko beträgt ca. 1–2%. Unipolare Depressionen sind bei Frauen ungefähr doppelt so häufig wie bei Männern, bipolare Störungen bei beiden Geschlechtern etwa gleich häufig.

94

In diesem Kapitel werden zunächst die episodisch verlaufenden Depressionen besprochen, wobei sich die Darstellung insbesondere auf die schwere, der melancholischen Depression entsprechende Ausprägungsform bezieht. Es folgen Manie und bipolare Störungen, anschließend Ätiopathogenese und Therapie. Die Dysthymie wurde bereits unter den neurotischen Störungen besprochen.

18.1 Depression (ICD-10: F 32, F 33)

Erscheinungsbild. Der Gesichtsausdruck ist ernst und verbietet Ermunterung oder gar Scherz. Der Blick verrät oft ängstliche Beunruhigung, gleichzeitig auch eine eigentümliche Ferne und Unberührtheit von allem, was um den Betroffenen herum vorgeht. Am auffälligsten ist die Bewegungsarmut, die oft mit einer nur mühsam unterdrückten »inneren« Unruhe gepaart ist. Mimik, Gestik und Sprache drücken Angespanntheit, Entschlusslosigkeit und Hoffnungslosigkeit aus; gelegentlich zeigt sich eine starke motorische Unruhe (Agitiertheit).

Erleben. Das melancholisch-depressive Erleben ist nicht mit normal-psychologischen Kategorien zu erfassen. Dem Gesunden ist es kaum einfühlbar. Selbst dem Betroffenen fällt es schwer, sich nach dem Ende der Episode in den überwundenen Zustand zurückzusetzen. Er erscheint ihm selber fremd und unbegreiflich, gleichzeitig aber auch so schwer und belastend, dass er, sollte er vor eine derartige Entscheidung gestellt werden, jeden anderen Leidenszustand vorziehen würde.

Affektivität. Die melancholische Gestimmtheit ist nicht das Gleiche, nicht einmal etwas Ähnliches wie Traurigkeit. Die Betroffenen sagen eher: versteinert, gleichgültig, leer, unlebendig, tot, ausgebrannt. »Alles ist abgeschnürt und tot in mir.« Viele sagen ausdrücklich, sie könnten gerade nicht traurig sein und nicht weinen; selbst bei einem Unglücksfall in der Familie könne keine Traurigkeit aufkommen. Die Kranken leiden sehr darunter. Manche bezeichnen sich zwar als traurig, aber nur weil sie kein anderes Wort für ihren Zustand wissen. Nur wenige können weinen.

Versteinerung und Leere beeinträchtigen die gesamte Affektivität. Freude, Mitleid, Liebe oder andere Gefühle kann der Kranke nicht oder kaum mehr empfinden. Aufmunterungen und Appelle von außen sind wirkungslos, oft quälend. Wenn diese Gefühllosigkeit als Anhedonie bezeichnet wird, so trifft das den vom Patienten erlittenen Zustand nur unzureichend. *Nichtfühlenkönnen* und *Nichttraurigseinkönnen* sind diagnostisch wichtige Merkmale, nicht etwa Randphänomene, sie gehören zum Kern des melancholisch-depressiven Erlebens. Dabei wird die Gefühllosigkeit quälend gefühlt, die Erstarrung leidvoll empfunden, die Leblosgkeit erlebt, im Extremfall als Entfremdungserleben (*Depersonalisation*).

18

➤ *Mit den Worten einer Patientin, einer 59-jährigen Frau:*

»Ich bin so verzweifelt und habe keinen Mut für den Tag, sehe nichts Hoffnungsvolles für die Zukunft, habe große Angst vor allem. ... Ich kann mir nichts mehr merken, kann zwar lesen, aber behalte nichts, auch nicht das, was ich im Fernsehen ansehe, obwohl ich denke, dass ich es mir merken müsste. Wie soll ich heute über den Tag kommen? Es fällt mir nichts ein, was ich

machen könnte, ich traue mir nichts zu. Ich frage mich, ob es gestern deswegen besser war, weil ich nicht selbst entscheiden musste, was getan werden musste, weil ich keine Verantwortung hatte, sondern geführt wurde [Patientenausflug]. Mein Gedächtnis lässt mich im Stich. Ich weiß nicht, wann mein Enkelkind Geburtstag hat, das finde ich schlimm.«

Dieses Beispiel vermittelt einen Eindruck von der allgemeinen Insuffizienzerfahrung des depressiv-melancholischen Kranken.

Die meisten sprechen, spontan oder gefragt, von *Angst*. Sie fühlen sich weniger bedroht als bedrückt oder erdrückt, was auch mit der Gehemmtheit und dem gestörten Zeiterleben zusammenhängt. Alles was auf sie zukommt und vor ihnen liegt, macht ihnen bedrückende Angst, von den Pflichten, die sie versäumen, bis zum Banal-Alltäglichen, das ihnen unerreichbar und nicht zu bewältigen erscheint (Versagensangst).

➤ *Mit den Worten einer 55-jährigen Patientin:*

»Habe Angst vor allem, was ich machen muss, was man von mir erwartet. Habe ein inneres Zittern in Händen und Beinen. Kriege Heulanfälle, die keiner mitkriegen soll. Habe Angst vor der Hausarbeit, Putzen und Kochen, besonders wenn Besuch kommt. Sogar bei Gabi [der Tochter], dass ich mit Laura [dem Enkelkind] nicht fertig werde. Vor Ernas Geburtstag. Vor dem großen Umzug im Sommer. Vor Spaziergängen, dass ich es nicht schaffe, schlapp mache.«

➤ *Eine andere Patientin, 29 Jahre alt:*

»Ja, und Ängste, Angst davor, was es überhaupt gibt, weil man es einfach nicht fassen kann. Also mir wäre ein Arm- oder Beinbruch lieber. Weil ich es halt gar nicht mehr zu packen kriege und gar nicht weiß, was mit mir los ist.«

Antrieb. Die Blockierung betrifft auch den Antrieb. Die übliche Bezeichnung *Gehemmtheit* gibt nur unzulänglich das melancholisch-depressive Antriebserleben wieder, das wesentlich anders ist als Gehemmtheit im alltagssprachlichen Sinne. Die Kranken können sich nicht aufraffen, sich nicht entschließen, sie haben keine Initiative, keinen Elan, keine Arbeitsfreude, es geht ihnen nichts von der Hand, jede Tätigkeit wird zur Qual, insbesondere am Morgen. »Wie ein Leichnam und in einem begrenzten Lebensraum.« Versäumnisse, die hierdurch entstehen, werden schuldhaft und quälend empfunden (emotionale und intentionale Entmündigung). Melancholische Depression ist nicht nur Gemütskrankheit, sondern »Hemmung aller psychischen Vorgänge«.

➤ *Mit den Worten des Patienten, eines 76-jährigen Mannes:*

»Ein psychischer Tiefpunkt: vor- und nachmittags im Malatelier, konnte keinen Pinselstrich machen. Ein angefangenes Bild werde ich zerreißen müssen. Ich sitze untätig herum, kann nicht einmal lesen. Zum Essen muss ich mich

zwingen, ich empfinde weder Freude noch Trauer. Kein Lebenswille, Antrieb ist gleich null. Jede kleine Tätigkeit, selbst das Rasieren, kostet mich Überwindung. Ich lebe, aber wie leblos.«

Dieses Beispiel spricht für die sonst unbekannte melancholische Art des Gehemmtseins.

199 In den schwersten Fällen besteht ein depressiver *Stupor*: der Kranke ist teilnahmslos und fast reglos, er spricht kaum noch, zeigt aber nicht die innere Gespanntheit und die Katalepsie des katatonen Stupors.

Mit der Hemmung ist häufig eine quälende innere *Unruhe* verbunden, oft im Brustraum, auch im ganzen Körper spürbar. Wird sie im Verhalten erkennbar, nämlich in hektischen Bewegungen oder in unstemem Auf-der-Stelle-Treten, so spricht man von *Agitiertheit*. Sie ist ein zusätzliches, nicht ein alternatives Symptom (daher kann die »agitierte Depression« nicht als eigenes Krankheitsbild gelten). Sie ist oft mit Angst verbunden und kann sich auch in lautem Klagen und Lamentieren äußern. Die Kranken sind zugleich gehemmt und gehetzt (»lautlose Panik«).

Das *Denken* ist verlangsamt, zäh, es wird einförmig und unproduktiv, kreist um die melancholisch-depressiven Ängste. Darüber hinaus können erhebliche Störungen der Konzentration, des Denkens und Gedächtnisses (kognitive Defizite) auftreten, von den Patienten auch als gedankliche Leere beschrieben. Eine Alzheimer-Erkrankung zu befürchten liegt dann nahe. Es handelt sich um ein Depressionssymptom, das nicht mehr als »depressive Pseudodemenz« bezeichnet werden sollte, denn es ist einer hirnorganisch bedingten Demenz nicht gleichzusetzen. Vielmehr lässt die depressive Leistungsinsuffizienz im Rahmen der umfassenden »dynamischen Reduktion« den Depressiven hinter seinen eigenen Ansprüchen (an Ordentlichkeit und Gewissenhaftigkeit) zurückbleiben, was er als schmerzhaft empfindet: »Keine Konzentration und keine Kraft zum Denken, unfähig zu allem«, so drückt es ein Patient aus. Die depressiv bedingten Störungen remittieren mit der Phase, können aber bei einem Teil der Patienten in eine Demenz übergehen.

Veränderungen der auditiven und visuellen *Wahrnehmung* (auch experimentell nachweisbar) sind meist leicht ausgeprägt: der Kranke meint alles aus weiter Ferne zu hören, oder er ist in Entfernungsschätzungen unsicher. Ein Patient spricht von einer »Reduktion der Wahrnehmung auf die physikalische Komponente.« – »Das Aufnehmen ging auch nicht mehr.« – »Verlust an Wirklichkeitssinn ... und an Fähigkeit, Situationen richtig einzuschätzen«. Manche Kranken halten diese Wahrnehmungsstörungen für das schwerste oder am meisten charakteristische Symptom.

Leichte Zwangssymptome sind nicht selten. Bei stärkerer Ausprägung (2% der Kranken) spricht man von *anankastischer Depression*. Sie wird leicht irrtümlicherweise als Zwangsstörung verkannt.

18

245 Die meisten Kranken sind während langer Zeit *suizidal*. Auch wenn Rücksichten auf Angehörige und krankheitsbedingte Hemmung Suizidhandlungen meist verhindern, ist doch stets mit dieser Gefahr zu rechnen.

Wahn. Die Kranken erleben sich klein, schuldig und nichtig. Das kann sich zu Wahnvorstellungen steigern, die bei ungefähr einem Fünftel der Kranken festzustellen sind, einschließlich der Vorstufen bei fast der Hälfte.

Schulderleben und Schuldwahn. Viele Kranke bezichtigen sich dieser oder jener Versäumnisse und Verfehlungen. Sie schreiben sich auch unbegründet Schuld zu. Dabei gibt es alle Abstufungen. Der Schuldwahn kann auch gegenstandslos sein: Schuld und Nichtigkeit schlechthin.

Verarmungsvorstellungen und Armutswahn. Viele Kranke sorgen sich ohne rechten Anlass um die finanzielle Absicherung der eigenen Person und noch mehr der Familie: die Einkünfte würden zurückgehen, die Steuern könnten nicht bezahlt werden, die Berentung drohe usw. Das kann sich steigern bis zu der wahnhaften Überzeugung, es werde kein Geld mehr da sein, das Haus werde abgerissen, die Familie werde verhungern.

➤ *Mit den Worten der Patienten:*

»Ich habe vieles falsch gemacht.« – »Ich bin an allem schuld.« – »Dies ist die Strafe.« – »Ich werde ewig verdammt sein.« – »Ich bin ein großer Sünder.« – »Ich bin nichts mehr wert.« (Schuldwahn).

»Unser Haus und alles wird abgerissen und zerschlagen.« – »Die Krankenkasse wird die hohen Klinikkosten nicht bezahlen.« (Armutswahn).

»Meine Kräfte lassen nach, ich werde immer schwächer, bitte benachrichtigen Sie meine Angehörigen, diese sollen zum letzten Mal kommen.« – »Wie wenn mir die Hirnzellen fehlen würden.« – »Nichts funktioniert mehr, die Regel, der Darm...« – »Ich komme wegen Krebs.« (Krankheitswahn).

»Ein Licht ist ausgelöscht.« – »Hirn und Seele stehen leer, wo kann man wie ein Toter umherwandeln.« – »Bin ich noch? Und ich sehe auf den Ausweis.« – »Ich habe keinen Sohn« (tatsächlich hat sie einen erwachsenen Sohn). (Nihilistischer Wahn).

Hypochondrische Befürchtungen und Krankheitswahn. Ängste vor noch unbekannter Krankheit und Überbewertungen einzelner Befunde sind häufig. In stärkerer Ausprägung äußert sich der Kranke, wie oben zitiert wurde; mancher wähnt ein Karzinom oder eine andere schwere Krankheit. Wird er auf die normalen Untersuchungsbefunde hingewiesen, entgegnet er: er werde in Kürze mit Sicherheit todkrank sein.

Nihilistischer Wahn (Nichtigkeitswahn). Das melancholisch-depressive Erleben von Kleinheit und Schuld findet extremen Ausdruck in der wahnhaften Nichtexistenz: der Kranke bestreitet seine Existenz oder die seiner Seele. Allenfalls existiere er zum Schein (Existenz ohne Existenzgefühl, auch Cotard-Syndrom genannt). Zuweilen wird auch die Existenz lebender Angehöriger verneint. Hinter der Äußerung, »ich habe keinen Sohn«, steht die wahnhafte Überzeugung dieser Frau, so unwert, unfähig, unwesentlich zu sein, dass sie unmöglich ein Kind geboren haben könne. Von »ich bin nichts wert« zu »ich bin nicht« ist es nur ein Schritt. – Derartige Äußerungen sind selten, häufiger findet man das Erleben der Nichtigkeit in Andeutungen der Patienten.

Andere Wahnthemen. Der Kranke kann sich so schuldig fühlen, dass er sich verfolgt wähnt. Er sieht in den Kriminalbeamten nicht (wie der Schizophrene im Verfolgungswahn) seine Widersacher, sondern die Vollstrecker einer gerechten Strafe (daher besser *Bestrafungs- oder Verbrecherwahn*). Auch diese Wahnthematik entspricht der melancholisch-depressiven Grundstimmung.

Daher spricht man von einem stimmungskongruenten oder *synthymen Wahnerleben* gegenüber der oft stimmungsinkongruenten Wahnsymptomatik bei Schizophrenen.

Ausgeprägtes Wahnerleben in der psychotischen Depression geht in der Regel mit *Krankheitsuneinsichtigkeit* einher. Der Kranke wertet seinen Zustand als Folge persönlicher Schuld, »... ich bin ja gar nicht krank, ich habe mich hier (in die Klinik) nur eingeschlichen«. Die meisten Patienten werten jedoch ihren Zustand als Krankheit.

Somatische Symptome (Vitalsymptome und vegetative Störungen). Die melancholische Depression äußert sich nicht nur in psychopathologischen, sondern auch in körperlichen Symptomen. Sie ist die »leibnächste« Psychose und hebt sich hierdurch auch von anderen Depressionsformen ab. Es handelt sich um Störungen im Bereich der sog. Leibgefühle: allgemeines Abgeschlagensein, ständige Müdigkeit, keine Erholung durch Schlaf, Schlaflosigkeit und insbesondere mangelnder Tiefschlaf, Inappetenz und Obstipation, Druckgefühl (wie ein zentnerschwerer Stein) auf der Brust oder im Bauchraum, ein Kopf wie Blei, zugeschnürter Hals, Druck um den Körper wie von einem Reifen oder Unruhegefühl in Brust, Bauch oder seltener im Kopf. »Meine Depressionen liegen im Leib und nehmen mir jede Lust am Leben.« Die Sexualität ist herabgesetzt oder aufgehoben, bei Frauen sisiert häufig die Periode. Ein Teil dieser Vitalsymptome lässt sich objektivieren, z.B. als Tachykardie (geringgradig), Dysorthostase, bei manchen Kranken verminderte Glukosetoleranz. Die Muskelkraft ist messbar reduziert. Zuweilen dominieren vegetative Funktionsstörungen so sehr, dass man von *vegetativer Depression* spricht, ohne dass hiermit ein Subtyp gemeint ist.

255 Störungen der circadianen Rhythmik. Der Schlaf-Wach-Rhythmus ist regelmäßig gestört. *Schlafstörung* ist das häufigste und oft auch erste Symptom der melancholischen Depression. Die meisten Kranken können nur wenig schlafen, empfinden den Schlaf als flach, werden oft wach, schlafen besonders schlecht in der zweiten Nachthälfte (und erleben in dieser Zeit die tiefste Verzweiflung). Manche können auch schlecht einschlafen. Polysomnographisch sieht man frühes Auftreten und dabei Zunahme der Dauer und Dichte der ersten REM-Phasen bei gestörter Schlafkontinuität und häufigem Erwachen. Diese Befunde sind nicht spezifisch für melancholische Depression. – Hypersomnien sind selten.

Tagesschwankung. Die Symptomatik kann im Laufe des Tages in ihrer Intensität schwanken: nicht selten ist sie frühmorgens und vormittags am stärksten ausgeprägt (sog. Morgentief), gegen Nachmittag oder Abend tritt eine gewisse Aufhellung ein. Diese sog. typische Tagesschwankung ist eindrucksvoll, aber weder obligatorisch noch spezifisch für die melancholische Depression. Sie kommt nur bei gut einem Drittel dieser Kranken vor (und auch dann nicht konstant Tag für Tag). Bei anderen Depressionsformen ist sie ebenfalls anzutreffen, wenn auch seltener. Bei melancholischer Depression gibt es auch (wesentlich seltener) den umgekehrten Ablauf: Verschlechterung in der zweiten Tageshälfte (sog. Abendtyp). Neben diesen circadianen Schwankungen werden auch kurzfristige (ultradiane) Rhythmen beobachtet.

Phänomenologische Aspekte. Die Grundstörung der Melancholischen lässt sich als eine »*Werdenshemmung*« interpretieren. Der Kranke erlebt die vor ihm liegende Zeit als endlos gedehnt (was auch experimentell nachzuweisen ist), gleichzeitig verrinnt die Zeit für ihn unaufhörlich. Die Zukunft ist für den Melancholischen versperrt. Wenn Hoffnung (für den Gesunden) die Antizipation der Zukunft ist, dann lebt der Melancholische zukunftslos und somit hoffnungslos. Wenn »nichts mehr geht«, muss Angst vor allem, auch dem Alltäglich-Banalen entstehen, eigentlich vor dem Leben selbst, weniger Angst vor dem Tod als vor der Verlängerung solchen Lebens.

Diese Angst hat anderes Gepräge als neurotische Angst. Sie ähnelt mehr der existentiellen Angst. »Je mehr sich die Hemmung verstärkt, das Tempo der inneren Zeit verlangsamt, umso deutlicher wird die determinierende Gewalt der Vergangenheit erlebt. Je fester dem Depressiven die Zukunft verschlossen ist, desto stärker fühlt er sich durch das Vergangene überwältigt und gebunden« (STRAUS).

»Das Leben um mich geht weiter, bei mir geht es nicht weiter.« Diese Worte eines melancholischen Patienten kennzeichnen das Zurückbleiben der inneren Werdenszeit gegenüber dem Lauf der Welt. Altes Schulterleben, das in der Zwischenzeit ganz in den Hintergrund getreten war, kann in der Melancholie erneut aktualisiert werden. »Die alten Komplexe sind wie große Steine im Flußbett, die bei tiefem Wasserstand störend über die Oberfläche kommen ...« (KRETSCHMER). Wenn das Leben nicht mehr Entfaltung bedeutet, sondern nur noch Vergehen, erscheint der Suizid geradezu als Konsequenz. So manifestiert sich die »Werdenshemmung« in Hoffnungslosigkeit und Angst, Schulterleben und Suizidalität.

Wenn die Vergangenheit übermächtig ist und die Zukunft versperrt erscheint (s.o.), wird das unabänderlich Eingetretene (im Extrem das Gewählte) sozusagen in die Zukunft übertragen: es wird um mich geschehen sein, das Haus wird abgebrannt sein. Solche Formulierungen in der grammatischen Form der vollendeten Zukunft kennzeichnen insbesondere den depressiv-melancholischen Wahn.

Man kann melancholisch-depressives Wahnleben als eine »Losgelöstheit von den konstitutiven Bedingungen der natürlichen Erfahrungen überhaupt« interpretieren. Die Kranken selbst kennzeichnen ihren Zustand auffallend oft mit Worten, die auf -los enden wie mutlos, freudlos, gefühllos, lustlos. Etymologisch bedeutet -los (englisch: -less) Verlust oder verloren.

➤ *Mit den Worten des Patienten:*

»So, weil ich es halt gar nicht zu packen kriege, und gar nicht weiß, was mit mir los ist. Ich denke, mein Tag hat 24 Stunden, wo ich auf bin und ich freue mich über jede halbe Stunde, die rum ist; dass ich gar keine Freude am Leben habe, sondern irgendwie den Tag hinter mich bringen will...«

So versucht eine 29-jährige Patientin, die Veränderungen des Zeiterlebnisses zu beschreiben.

➤ *Mit den Worten eines anderen Patienten:*

»Ich war mit der Zeit in Konflikt... das Zeiterleben war gestört... einmal raste die Zeit, wie wenn der Minutenzeiger so schnell gehe wie der Sekundenzeiger... und dann wieder verlief die Zeit sehr verlangsamt.«

Zusammenfassend zur Symptomatik schwerer depressiver Episoden. Es handelt sich nicht einfach um Traurigkeit, sondern um eine charakteristische, speziell bei der melancholischen Depression in manchen Zügen spezifische Veränderung, die vom Gesunden Erleben so fundamental verschieden ist, dass Umgangssprache und wissenschaftliche Terminologie hierfür kaum treffende Formulierungen finden. Die Symptomatik ist nicht für andere verstehbar oder einfühlbar. Selbst der Betroffene kann sich nach überstandener depressiver Episode kaum mehr diesen Zustand vorstellen.

Die Symptomatik betrifft hauptsächlich Affektivität und Antrieb im Sinne einer dynamischen Reduktion, auch Denken und (diskret) Wahrnehmung. Deutlich beeinträchtigt sind psychische und körperliche Leistungsfähigkeit. Vegetative und endokrine Funktionsstörungen (siehe unten) kommen hinzu. Kernsymptome der melancholischen Depression sind gefühlte Gefühllosigkeit und Nicht-traurigkeitseinkönnen sowie Blockiertsein und gestörtes Zeiterleben. Hierdurch hebt sich dieser Depressionstyp deutlich von anderen Depressionsformen ab. Ein charakteristisches Wahnerleben (stimmungskongruent) ist die äußerste Steigerung des melancholisch-depressiven Erlebens (wahnhaft Depression ist nicht etwa ein Subtyp).

Diagnose. Ausgeprägte melancholische Depressionen sind kaum zu verkennen. Bei nicht-melancholischer Depression und weniger prägnanter Symptomatik können sich diagnostisch Schwierigkeiten ergeben. Die wichtigsten diagnostischen Merkmale sind folgende: Insbesondere der Antrieb und Stimmung sind gehemmt, nicht nur die Stimmung ist gesenkt; Vitalsymptome und Tagesschwankungen können hinzukommen. Die Patienten sprechen von freudlos, mutlos, energielos usw.; der melancholische Zustand wird von ihnen als qualitative psychische Veränderung empfunden. Bei tiefer Depression kann es zu Wahnerleben kommen. Nicht nur, aber insbesondere bei melancholischer Depression ist eine Hypercortisolämie nachweisbar und der Dexamethason-Suppressions-Test negativ. Diese Befunde sind aber nicht spezifisch, und die zunächst daran geknüpften diagnostischen Erwartungen haben sich nicht bestätigt. Diagnostisch leitend kann auch der Krankheitsverlauf sein, soweit er aus der Anamnese schon bekannt ist.

➤ *Mit den Worten des Patienten:*

»Anfangs das Gefühl des Alleinseins. Niemand kann mir helfen. Das Gefühl allein irgendwo im Raum zu schweben, ohne Verbindung zur Vergangenheit. Existenzangst – Zukunftsangst. Angst, dass die Familie Nachteile hat, weil ich nicht imstande bin, den Anforderungen gerecht zu werden. Angst zu versagen, das Gefühl, nichts mehr wert zu sein, weil kein Fundus da ist. ... Das Gefühl des Sich-aufgeben-Wollens, das Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung. Besonders tiefe Resignation bei Vergleich mit Gesunden und Erfolgreichen. ... Oft das Gefühl, den Boden unter den Füßen verloren zu haben, zu treiben. Kein Selbstvertrauen, Hemmungen, beruflich an etwas Neues heranzugehen, in der Angst, psychisch und physisch zu versagen. Ich hadere nicht mit meiner Umwelt, sondern sie mit mir. Immer wieder der Wunsch, dass mir jemand aus dieser Stimmung heraushilft und wenn es mit Härte wäre. ... Ich kann die negativen Gedankenphasen nicht verdrängen, jeden Morgen nach dem Aufwachen die gleiche Situation, alle geschilderten Probleme kommen auf mich zu. Es ist, als wenn ich mich in einem Teufelskreis befände, dem ich nicht entrinnen kann ... und dass man ohnmächtig zusehen muss, wie etwas mit einem geschieht, ... Ich bin der Meinung, dass meine Intelligenz und geistige Kapazität stark nachgelassen haben und dass die Merkfähigkeit sehr eingeschränkt ist.«

Dieser Auszug aus dem Bericht eines 46jährigen Angestellten beschreibt die Symptomatik der melancholischen Depression im Ganzen.

Scheinbar unmotivierte Stimmungsschwankungen sind im Jugendalter nicht selten und nosologisch vieldeutig. Bipolare affektive Störungen beginnen häufig in der Adoleszenz, zumeist mit einer depressiven Episode. Nur relativ selten manifestieren sich melancholische Depressionen bereits in diesem Lebensalter, zudem können sie von nur kurzer Dauer sein und sich so der Diagnose zunächst entziehen; daher lässt sich der Krankheitsbeginn in diesem Alter oft erst retrospektiv bestimmen.

Abgesehen von der Symptomatik orientiert sich die Diagnose am *Verlauf* (s.u.). Diagnostisch wegweisend sind frühere Episoden, insbesondere mit melancholisch-depressiver Symptomatik. Charakteristisch sind plötzlicher Beginn und plötzliches Ende der Episode. Keinesfalls darf versäumt werden, auch nach Symptomen vorausgehender manischer Episoden oder einer hypomanischen Nachschwankung zu fragen; sie werden von depressiven Patienten meist nicht spontan berichtet, sind aber diagnostisch ausschlaggebend (bipolare affektive Störung). *Skalen* zur Selbst- oder Fremdbeurteilung der Depressionssymptomatik dienen mehr der wissenschaftlichen Arbeit, dabei insbesondere der Kontrolle von Behandlungsverläufen. Die häufigsten Fehler in der Diagnostik melancholischer Depressionen sind:

- die Krankheit ist dem Untersucher nicht bekannt,
- die Untersuchung erfasst nicht die (erkennbaren) charakteristischen Symptome,
- in der Anamnese werden frühere Phasen nicht erfragt,
- ein bestimmtes Verhalten oder eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur wird vorausgesetzt.

Die Suizidgefährdung zu erkennen, gehört hier zu den wichtigsten diagnostischen Aufgaben. Die meisten dieser Patienten sind während langer Zeiten einer schweren depressiven Episode zumindest latent suizidal. Die Kriterien zur Beurteilung der Suizidgefahr wurden bereits erörtert. Durch eine sichere Führung und feste Bindung des Kranken können Suizidimpulse zumeist hintangehalten werden. Aber nicht alle können auf diese Weise sicher genug vor dem Suizid geschützt werden und müssen stationär, z.T. auch zeitweise in einer geschlossenen Abteilung, behandelt werden. 10–15% der Patienten mit schwerer Depression sterben durch Suizid. Nicht bewiesen ist, dass während einer antidepressiven Medikation die Suizidgefahr steigen kann, weil zunächst nur die Gehemmtheit, weniger aber die Gestimmtheit beeinflusst würde (unzweifelhaft ist dagegen der grundsätzliche Nutzen der Antidepressiva, kurzfristig auch der Benzodiazepine). Mancher Patient leidet auch unter den Suizidimpulsen, weil diese seinem Gewissen widersprechen.

Differentialdiagnose und Abgrenzung. Die genannten klinischen Merkmale gelten für die unipolare und die bipolare Verlaufsform, sie unterscheiden sich *nicht* hinsichtlich der Symptomatik und des Verlaufs.

Differentialdiagnose gegenüber Traurigkeit und depressiver Reaktion: diese stehen dem normalen Verstimmtheit näher und zeigen nicht jene spezifische melancholisch-depressive Erlebnisveränderung.

Gegenüber Dysthymie (neurotischer Depression): auch hier sind die symptomatologischen Verschiedenheiten deutlich zu erkennen. Psychosoziale Faktoren (Auslösung) sind jedoch keine Unterscheidungskriterien. Zuweilen ist die Differentialdiagnose schwierig. Meist bringt der längere Verlauf die Klärung. Es gibt allerdings auch schwere depressiven Episoden, auch mit charakteristischer melancholischer Symptomatik, in neurotisch-depressiven (dysthymen) Verläufen (sog. double depression).

Differentialdiagnose gegenüber organisch-depressiver Störung (F 06.32). In Zusammenhang von Hirnkrankheiten und schweren allgemein-körperlichen Krankheiten sind

36

126

250

61

94

282

depressive Verstimmungen häufig. Sie sind sehr unterschiedlich, z.T. der reaktiven Depression (Anpassungsstörung), z.T. der melancholischen Depression nahestehend. Gleichzeitig bestehen meist deutliche kognitive Einbußen, was differentialdiagnostisch leitend ist.

Depressive Subtypen wurden in großer Zahl beschrieben. Es handelt sich um auffällige Ausprägungen bestimmter Symptom- oder Verlaufsmerkmale, deren Erkennen diagnostisch und therapeutisch wichtig sein kann. Die meistgenannten Subtypen sind:

Leichte Depression (*minor depressive disorder*) wird in den Klassifikationen (F32.0) so definiert: Nur ein Teil der Depressionsmerkmale ist festzustellen, die Dauer beträgt mindestens zwei Wochen. Kriterium ist also nur der Schweregrad, so dass es sich anscheinend um eine leichte Form der sonst major depressive disorder (depressive Episode) genannten Störung handelt. Wichtig zu wissen ist, dass es solche leichten Ausprägungsgrade gibt und dass sie oft übersehen werden. Es handelt sich hier also mehr um ein diagnostisches als um ein differentialdiagnostisches Problem; denn die Abgrenzung als eigener Subtyp ist unsicher. – Entsprechendes gilt für:

Rezidivierende kurze Depression (*recurrent brief depression, RBD*) ist gekennzeichnet durch kurze Dauer (weniger als zwei Wochen) und z.T. erhebliche Schweregrade sowie durch wiederholtes Auftreten. Auch diese Störungen sind wesentlich häufiger als der Psychiater sie sieht. Möglicherweise handelt es sich größtenteils um Verlaufsvarianten der melancholischen Depression, denn die Patienten schildern die Symptomatik ähnlich.

Atypische Depression. Neben depressiver Verstimmung und Hypersomnie werden hier auch Angst, »hysterisch« anmutendes Verhalten, gesteigerter Appetit und Gewichtszunahme sowie ein bleiernes Schweregefühl in den Extremitäten beschrieben. Die Diagnose ist ebenso unsicher wie die therapeutische Empfehlung von Monoaminoxidase-Hemmern.

Saisonale Depression (*seasonal affective disorder, SAD*). Hier besteht eine jahreszeitliche Bindung der depressiven Episoden, die jeweils im Spätherbst oder Winter beginnen und bis zum Frühjahr andauern. Die depressive Verstimmung kann eine gereizte und ängstliche Note haben, das Schlafbedürfnis ist oft erhöht, der Appetit gesteigert (insbesondere auf Kohlenhydrate), es kommt zu Gewichtszunahme. Zu drei Viertel sind Frauen betroffen. Zur Behandlung wird Lichttherapie empfohlen. Die nosologische Einordnung ist noch unsicher, Überschneidungen mit der sog. atypischen Depression und mit der dysthymen Störung sind nicht zu übersehen.

Comorbidität. Die richtige Diagnose zu stellen kann auch dadurch erschwert werden, dass zwei psychische Krankheiten bei demselben Patienten vorliegen. Diese Comorbidität wird in der Psychiatrie zunehmend beachtet. Es ist geläufig geworden, gegebenenfalls zwei Diagnosen zu stellen, was sich auch therapeutisch bewährt.

Melancholische Depressionen treten nämlich nicht nur bei zuvor psychisch Gesunden, sondern auch bei Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen auf. Meist ist dann die Depression die »Zweitkrankheit«. Auch bei Kranken mit Hirnschäden, Epilepsie und geistiger Behinderung gibt es neben uncharakteristischen Verstimmungszuständen relativ typische melancholisch-depressive Erkrankungen. Entsprechendes gilt für manische Episoden und bipolare affektive Störungen.

Bei Schizophrenen können Verstimmungen vielgestaltig sein (z.B. postremissiver Depressionszustand). Im Verlauf von Schizophrenien gibt es auch schwere, typische Depressionen, die schon E. BLEULER beschrieb. Auf die schizoaffektiven Psychosen wird noch einzugehen sein.

Große praktische Bedeutung hat die Comorbidität von melancholischer Depression und vorbestehender neurotischer oder Persönlichkeitsstörung. Die zweifache Diagnose muss besonders sorgfältig gestellt werden, weil während der depressiven Episode die Behandlung anders ist als in den übrigen Zeiten der langwierigen neurotischen oder Persönlichkeitsstörung. Das gilt insbesondere für depressiv-neurotische Patienten, die an einer schweren depressiven Episode erkranken. Diese Comorbidität ist relativ häufig (sog. *double depression*) und bedarf einer vielschichtigen Diagnostik und differenzierenden Therapie.

Häufig ist die Comorbidität von *Alkoholabhängigkeit* und Depression. Auf die engen Beziehungen zwischen Alkoholismus und neurotischer Depression wurde schon hingewiesen. Zudem können im Verlauf melancholischer Depressionen und insbesondere bipolarer affektiver Störungen Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit als Komplikation auftreten und die Behandlung erschweren.

147

Ablauf der einzelnen depressiven Episode. Die Episodendauer ist unterschiedlich. Man rechnet bei 40 bis 50% der Episoden mit einer Zeit bis zu 3 Monaten, bei 25 bis 30% bis zu 1 Jahr, bei 20–25% über 1 Jahr. Die Extreme liegen bei einer Dauer von einigen Tagen bzw. von mehreren Jahren. Dauert eine Episode länger als 2 Jahre, spricht man von *chronischer Depression*, bei der die Symptomintensität wechselhaft sein kann.

Die Episoden beginnen meist allmählich, zuweilen aber plötzlich und vom Patienten auf die Minute oder Stunde anzugeben. Sie enden (unabhängig von ihrer Länge) teils allmählich, teils abrupt. Es ist erstaunlich, dass der Patient nach einer schweren depressiven Phase, die sein Erleben total veränderte, häufig fast nahtlos und oft mühelos an sein früheres Leben anknüpfen kann. Die meisten lassen die Phase sozusagen unreflektiert hinter sich. Andere aber haben, insbesondere nach langer Episode, erhebliche Schwierigkeiten, sich wieder in ihr Leben hineinzufinden. Nach sehr langer Episode (mehrere Jahre) berichten manche Patienten, dass sie sich verändert hätten: ruhiger, mehr auf das Wesentliche bedacht, weniger ehrgeizig, gerügsamer oder gar resigniert, ohne dass aber ein Potentialverlust im Sinne eines Residualzustandes eingetreten wäre.

Auf eine melancholisch-depressive Episode folgt bei etwa 10% eine *hypomanische Nachschwankung*, meist von geringer Intensität und kurzer Dauer. Diese Verlaufsform wird bipolar II genannt.

Die Länge des *Intervalls zwischen zwei Episoden* ist unterschiedlich. Sie beträgt zwischen einigen Tagen und mehreren Jahrzehnten. Prognostische Aussagen sind im einzelnen Fall nicht möglich. Die Zyklusdauer, d.h. die Zeitspanne zwischen dem Beginn einer Episode und dem Beginn der nächstfolgenden, beträgt im Mittel anfangs bei unipolaren Depressionen vier bis fünf Jahre, bei bipolaren Affektpsychosen 3–4 Jahre. Sie wird mit der Episodenzahl kürzer, und zwar vor allem auf Kosten des freien Intervalls. In den multiphasigen Verläufen kann sich der Schweregrad der Symptomatik steigern und Therapieresistenz häufiger werden (sofern nicht eine Prophylaxe diesen Verlauf aufhält).

18.2 Manie (ICD-10: F30)

Erscheinungsbild. Die Manie ist durch gehobene Stimmung, gesteigerten Antrieb und beschleunigtes Denken (Ideenflucht) gekennzeichnet. Sie ist in mancher Hinsicht das Gegenstück zur melancholischen Depression, wenn auch nicht ihr Spiegelbild. Sie tritt phasisch (episodisch) auf, dabei selten unipolar, meist im Wechsel mit melancholischer Depression (bipolarer Verlauf).

277

Die *Stimmung des Manischen* wird meist als gehoben bezeichnet. Jedoch ist Heiterkeit für Manie ebenso wenig kennzeichnend wie Traurigkeit für den melancholisch Depressiven. Dieser leidet an einem Zuwenig (bis hin zur Gefühllosigkeit in der Melancholie), der Manische an einem Zuviel an Gefühl, Antrieb und Impuls. Zwar wirken manche Manische fröhlich und witzig, ausgelassen, ansteckend und mitreißend (im Gegensatz zu der Euphorie des hirnrorganisch Kranken, die eher leer und lähmend wirkt). Mindestens ebenso viele Manische sind aber gereizt und anspruchsvoll, streitsüchtig und aggressiv.

Die *Antriebssteigerung* äußert sich in erhöhter Aktivität, starkem Bewegungsdrang und unermüdlicher Betriebsamkeit. Hierdurch wird der Manische für seine Umgebung schwer erträglich. Diese Enthemmung kann sich auch in einem Verlust des Schamgefühls, im Erzählen derber Witze, in sexueller Aufdringlichkeit und Liebesanträgen äußern. Schwere Erregungszustände sind nicht selten. Das griechische Wort *mania* bedeutet auch Raserei und Wut, nicht nur Begeisterung.

Die *Ideenflucht* ist die typische Denkstörung des Manischen. Der Kranke bringt immer wieder neue Einfälle, die flüchtig und unbeständig sind. Oft sind sie nur durch lockere Wort- und Klangassoziation verknüpft. Allenthalben greift er auf, was um ihn her geschieht, springt von einem Thema zum anderen und ist außerstande, einen etwas längeren Gedankengang zu Ende zu führen. Manche Patienten zeigen neben dem Rededrang auch einen Schreibdrang. Im Übrigen sind bei der Manie Denkfähigkeit und Gedächtnis erhalten. Das Bewusstsein bleibt klar.

Die Inhalte des ideenflüchtigen Denkens hängen mit der gesteigerten Betriebsamkeit und Selbstüberschätzung des Patienten eng zusammen (*Megalomanie*). Er hält sich für hochintelligent, ist beseelt von Sendungsbewusstsein. Er gibt vor, er könne alle Probleme lösen, redet von revolutionären Erfindungen, weltanschaulichen und politischen Erneuerungen, großen finanziellen Unternehmungen, Geschäftsgründungen und unermesslich weitgespannten Plänen. Dieses Gefühl erhöhter Leistungsfähigkeit und Unermüdlichkeit des Manischen steht dem vitalen Missbefinden des Melancholischen gegenüber.

Da die Patienten in der Regel keine Einsicht in den krankhaften Charakter ihres Zustandes haben, neigen sie dazu, ihre Größenideen in Taten umzusetzen, z.B. viel einzukaufen, Bestellungen aufzugeben, Schulden zu machen, Mitpatienten zu Teilhabern zu ernennen. Mit Abklingen der manischen Aktivität stellt sich die Krankheitseinsicht erst allmählich wieder ein, so dass auch bei medikamentös behandelten und dementsprechend beruhigt erscheinenden Kranken noch längere Zeit die Gefahr unüberlegter Handlungen besteht.

Subjektiv wird der manische Zustand keineswegs immer positiv erlebt. Manche Patienten bewerten ihn als unecht und persönlichkeitsfremd, zum Teil qualvoll wegen der Getriebenheit und Hetze. Die meisten Manischen schlafen nur wenig, aber sie entbehren (im Gegensatz zu Depressiven) den Schlaf nicht, fühlen sich nicht müde, sondern unbegrenzt vital. Die abklingende manische Phase erlebt ein Patient so: »Der Höhenflug geht nun zu Ende ... und es kommen die kleinen Alltagsängste wieder.« Bis dahin war er nicht in der Lage, die kleinen Probleme des Alltags zu empfinden. Nachträglich meint er, es sei unheimlich gewesen, nicht selbstkritisch sein zu können.

Nach leichter Manie bleiben manche Kranke bei ihrer positiven Wertung. Oft aber wird der manische Zustand nachträglich als beschämend empfunden, insbesondere, wenn es zu zwischenmenschlichen Zerwürfnissen, finanziellen Verlusten oder anderen Folgen des manischen Verhaltens kam. So kann sich der Betroffene nach der Manie vor einem Scherbenhaufen sehen und suizidal werden.

- *Mit den Worten des Patienten.* Eine 50-jährige Patientin rückblickend auf die abgelaufene manische Phase:

»Man fühlt sich leicht und geschmeidig. Es geht einem alles leicht von der Hand. Auch leichtfüßig, man tanzt so gerne. Man fühlt sich ewig jung. Man fühlt sich schön.

Man hat gute Ideen (...) Man ist unerhört begeisterungsfähig (...) Man liebt die Menschen, man ist voller Mitgefühl und auch in der Tat sehr hilfsbereit, man ist absolut unkritisch. Niedertracht, Gemeinheit, Bosheit – so was alles kapiert man überhaupt nicht. Es hat keinen Platz in einem Weltbild, das mit der rosa Brille sehr unzulänglich beschrieben ist. Man hat immer zu wenig Zeit, man fühlt sich eher als sei man auf einen sausen Zug gesprungen, die verfliegende Zeit reißt einen mit sich. Während einer manischen Phase steht man unter einer starken Spannung. Sie ist körperlich fühlbar als eine Art brodelnde Energie in der Mitte unter dem Zwerchfell. Von da kann sie zu Kopfe steigen und in schauerlichen Wutausbrüchen explodieren. Man sieht buchstäblich rot, man empfindet sehr aggressiv, man ist unfähig, sich zu zügeln. Vorübergehend ist man fast wie von Sinnen. Merkwürdigerweise vergisst man den Vorfall sehr schnell. (...)

Diese Spannung kann sich aber auch in überwältigenden Glücksgefühlen entladen. Sie kommen ganz von innen, an irgendeinem x-beliebigen Tag, ohne jeden Grund oder Anlass. Und man rennt durch die Wälder, tanzt über die Wiesen, man redet mit den Wolken und entschuldigt sich höflich beim Gras, dass man mit ihm noch lieber geflirtet hat, man umarmt die Bäume, man umarmt die Welt. (...) Man schmeißt mit dem Gelde nur so herum... Ich habe einmal an einem Vormittag für 1.800 Euro eingekauft! Lauter rein seidene Blusen und ganz teure Pullover, einen juwelenbesetzten Gürtel, spitzenbesetzte Negligees, bestickte Saris...«

Dieser Bericht geht allein vom eigenen Erleben der Patientin in der manischen Phase aus.

Diagnose und Differentialdiagnose. Die Symptomatik ist nicht immer so stark ausgeprägt wie hier beschrieben. *Leichte Manien* (Hypomanien: F 30.0) sind häufig, werden aber oft nicht erkannt. Sie werden häufig nicht spontan berichtet, nicht selten können sie nur durch gezieltes Befragen der Angehörigen erfasst werden. Sie zu erkennen ist besonders wichtig, weil sie gezielt und wirksam behandelbar sind, und weil andernfalls das Risiko unbesonnenen Handelns mit schwerwiegenden Folgen, auch für die Angehörigen, bestehen bleibt. Diagnostisch leitend sind bei leichter Manie Rededrang, gesteigerte Vitalität, unkritischer Optimismus und Enthemmung, auch Reizbarkeit, wie sie nicht zur Persönlichkeit des Betroffenen passen. Bei jüngeren Patienten ist die Diagnose zuweilen schwer zu stellen und erst im Verlauf zu sichern.

Die genannten drei Hauptsymptome der Manie sind nicht immer gleich stark ausgeprägt. Wenn die Größenideen und Betriebsamkeit vorherrschen, spricht man von expansiver Manie. Bei fehlender Ideenflucht von geordneter Manie. Wenn Ideenflucht und eventuell andere Denkstörungen im Vordergrund stehen, von verworrener Manie. – In manischen Episoden werden nicht selten paranoide, halluzinatorische oder katatone Symptome beobachtet. In diesen Fällen darf nicht

269 sogleich eine Schizophrenie diagnostiziert werden, denn oft treten diese Symptome nur vorüber-
 271 gehend im Höhepunkt der manischer Phase auf, die im Übrigen typisch verläuft. Wenn diese
 282 Symptome jedoch langdauernd bestehen, handelt es sich um eine schizoaffektive Psychose.

269 Mit ekstatischen zyklischen Psychosen können Verwechslungen vorkommen, wenn man
 271 nicht die Verschiedenheit von manischer und ekstatischer Stimmung beachtet. – Manische
 282 Syndrome kommen auch bei organischen Psychosen, also aufgrund zerebraler oder allgemein-
 körperlicher Krankheiten, vor (F 06.30). Auch deshalb muss jeder manisch Kranke sorgfältig
 körperlich untersucht werden.

Der **Ablauf manischer Episoden** ist auffallend wenig untersucht worden. Die mittlere
 Episodendauer ist anscheinend kürzer als die der depressiven Episode. Eine manische
 Phase kann in eine kurze, leichte *depressive Nachschwankung* ausmünden, oder auch in
 eine schwere depressive Episode umschlagen.

18.3 Bipolare Störungen (ICD-10: F 31)

Ein Patient mit affektiver Störung kann nur mit depressiven Episoden erkranken (was
 die häufigste Form der affektiven Störung ist); man spricht von unipolarer Verlaufs-
 form. Zudem gibt es Verläufe, in denen bei demselben Patienten sowohl depressive
 wie manische Episoden auftreten, was bipolarer Verlauf genannt wird. Diese verschie-
 denen Krankheitsbilder und Verläufe sind seit dem Altertum bekannt und wurden im
 19. Jahrhundert wissenschaftlich definiert, zunächst in der französischen Psychiatrie,
 dann von dem deutschen Psychiater KRAEPELIN, der diese affektiven Psychosen unter
 der Bezeichnung manisch-depressives Irresein von den schizophrenen Psychosen ab-
 grenzte. Eine Sonderform der affektiven Psychose sah KRAEPELIN in der Involutions-
 depression (Spätdepression), was sich aber nicht bestätigte.

Eine andere Einteilung entstand 1966 mit den Untersuchungen von ANGST und
 PERRIS: Befunde des Familienbildes und des Verlaufes sprachen dafür, die unipolaren
 depressiv-melancholischen Erkrankungen den bipolaren Verlaufsformen gegenüber-
 zustellen, wobei zu letzteren auch die rein manisch verlaufenden affektiven Psychosen
 gerechnet wurden. (Seitdem bezeichnet »bipolar« nicht nur eine Verlaufsform, sondern
 auch eine Krankheitsgruppe.) Diese Zweiteilung wurde üblich.

Wenn im Anschluss an eine depressive Episode oder auch im Verlauf rezidivie-
 render depressiver Episoden nur eine hypomanische Nachschwankung eintritt (aber
 keine manische Episode vorkommt), spricht man heute auch von Bipolar-II. Treten im
 Verlauf einer bipolaren affektiven Erkrankung innerhalb eines Jahres 4 (oder mehr)
 depressive und manische bzw. hypomanische Episoden auf, spricht man von *rapid
 cycling*. Frauen sind häufiger betroffen als Männer.

Bipolare affektive Störung wird in der Klassifikation ICD-10 so definiert: »Hierbei
 handelt es sich um eine Störung, die durch wiederholte (d.h. wenigstens zwei) Episoden
 charakterisiert ist, in denen Stimmung und Aktivitätsniveau des Betroffenen deutlich
 gestört sind. Bei dieser Störung treten einmal eine gehobene Stimmung, vermehrter
 Antrieb und Aktivität (Manie oder Hypomanie) auf, dann wieder eine Stimmungssen-
 kung, verminderter Antrieb und Aktivität (Depression). Charakteristischerweise ist die
 Besserung zwischen den Episoden vollständig...«

Bipolare Erkrankungen unterscheiden sich von den unipolaren Depressionen durch
 folgende Merkmale: Männer und Frauen sind ungefähr gleich oft betroffen. Das Erster-
 krankungsalter liegt niedriger, die Patienten weisen mehr Phasen auf, die Intervalle sind
 kürzer, und allgemein kennzeichnet eine größere Instabilität den Verlauf. Der gene-

Popis literature

Literaturverzeichnis

A. Primarna:

Habek, Dubravko (2017) *Ginekologija i porodništvo*. Zagreb: Medicinska naklada, str. 253-273.

Tölle, Rainer; Windgassen, Klaus (2014) *Psychiatrie*. Berlin: Heidelberg: Springer-Verlag, str. 237-250.

B. Normativni priručnici:

Hansen-Kokoruš, Renate; Matešić, Josip; Perčur-Medinger, Zrinka; i Znika, Marija (2015) *Njemačko-hrvatski univerzalni rječnik*. Zagreb: Nakladni zavod Globus. Institut za hrvatski jezik i jezikoslovlje

Jakić, Blanka; Hurm, Antun (2004) *Hrvatsko-njemački rječnik*. Zagreb: Školska knjiga

Kostić, Aleksandar; Stanojević, Lazar (1968) *Medicinski leksikon*. Beograd – Zagreb: Medicinska knjiga

C. Mrežne stranice:

Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache: <https://www.dwds.de/> (24.3.2022.)

DocCheck Flexikon: [Share & Find Medical KnowHow - DocCheck Flexikon](#) (24.3.2022.)

Duden Online-Wörterbuch: <https://www.duden.de> (24.3.2022.)

Gesundheit.de: <https://www.gesundheit.de/lexika> (24.3.2022.)

Hrvatska enciklopedija Leksikografskog zavoda Miroslav Krleža:

<https://www.enciklopedija.hr/> (24.3.2022.)

Hrvatski jezični portal: <https://hjp.znanje.hr/index.php?show=search> (24.3.2022.)

Hrvatski pravopis: <http://pravopis.hr/> (24.3.2022.)

Hrvatski terminološki portal: <http://nazivlje.hr/> (24.3.2022.)

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje: <https://hzzo.hr/legenda> (24.3.2022.)

Hrvatsko strukovno nazivlje: <http://struna.ihjj.hr/> (24.3.2022.)

Medix. Specijalizirani medicinski dvomjesečnik: <https://www.medix.hr/> (24.3.2022.)

MSD Manual. Ausgabe für medizinische Fachkreise: <https://www.msdmanuals.com/de/profi> (24.3.2022.)

MSD priručnik dijagnostike i terapije: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/> (24.3.2022.)

Proleksis enciklopedija: <https://proleksis.lzmk.hr/> (24.3.2022.)

The Free Dictionary. Medical Dictionary: <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Hillis-Muller+maneuver> (24.3.2022.)

D. Knjige, online knjige i dokumenti:

Begić, Dražen et al. (2020) *Kliničke smjernice za liječenje depresivnog poremećaja*. Hrvatsko psihijatrijsko društvo. Zagreb. <https://www.psihijatrija.hr/site/> (19.2.2022.)

Begić, Dražen; Jukić, Vlado; Medved, Vesna, ur. (2015) *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada

Diedrich, Klaus et al. (2007) *Gynäkologie und Geburtshilfe*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Gotthard, Werner; Hager, Paul; Vivell, Oskar (1965) *Pflanze, Tier und Mensch 3*. Stuttgart: Ernst Klett Verlag

Kulenović, Muradif (1979) *Neuroze*. Zagreb: Jumena

Schneider, Henning; Husslein, Peter; Schneider, Karl-Theo M (2011) *Die Geburtshilfe*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Stauber, Manfred; Weyerstahl, Thomas (2005) *Gynäkologie und Geburtshilfe*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag

Steck, Thomas et al. (2008) *Kompendium der Geburtshilfe für Hebammen*. Wien: Springer-Verlag

Strauss, Alexander (2006) *Geburtshilfe Basics*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Strauss, Alexander; Janni, Wolfgang; Maass, Nicolai (2009) *Klinikmanual Gynäkologie und Geburtshilfe*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Uhl, Bernhard (2006) *Gynäkologie und Geburtshilfe compact. Alles für Station, Praxis und Facharztprüfung, 3. Auflage*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag

Wacker, Jürgen et al. (2007) *Therapiehandbuch Gynäkologie und Geburtshilfe*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag