

Auswirkung von Rassenunterschieden auf die Sterblichkeitsrate von Müttern und Kindern in den USA

Geburtsrelevante Auswirkungen auf Frauen, die an PTBS durch Rassendiskriminierung an leiden

Ausgabe des „Psychologie Heute Blog“ am 6. März 2020

von Ann W. Weinstein, PhD

Die Vereinigten Staaten haben die höchste Sterblichkeitsrate von Müttern und Kindern in den entwickelten Industrienationen. Es gibt einen auffälligen Unterschied bei dieser Sterberate zwischen afroamerikanischen Frauen und nicht hispano-amerikanischen weißen Frauen in den Vereinigten Staaten. „Afroamerikanische Frauen sterben drei bis viermal so oft an vermeidbaren Komplikationen während einer Schwangerschaft als nicht hispano-amerikanische weiße Frauen; dies zeigt sich quer durch alle Einkommensschichten und Lebensumstände. Die Sterblichkeitsrate bei schwarzen Kindern ist zweimal so hoch wie bei den Kindern der nicht hispano-amerikanischen weißen Mütter.“ (1)

Frühgeburten und Kindersterblichkeit

Neueste Statistiken zeigen, dass afroamerikanische Kinder ein dreimal höheres Risiko haben durch eine Frühgeburt zu sterben als nicht hispano-amerikanische weiße Kinder (3). Frühgeburten (vor der 37. Woche) sind die häufigste Todesursache bei afroamerikanischen Kindern (4). Eine Frühgeburt ist bei 73% der afroamerikanischen Kinder die Haupttodesursache. (5)

Mütterliches Risikoverhalten steht in keinem Zusammenhang zur Kindersterblichkeit durch Rassenunterschiede

Risikofaktoren bezogen auf Frühgeburten sind Alter, Bildung, Alkohol und Drogenmissbrauch, Zigarettenkonsum und Stress. Smith et al., 2018, erklären, dass dieses Risikoverhalten allgemein bei Rassenunterschieden primär für die Kindersterblichkeit verantwortlich gemacht wird. Aber „... die größere Anfälligkeit von schwarzen Kindern kann nicht durch diese Faktoren erklärt werden ... auch wenn das Risikoverhalten unter Kontrolle ist, bestehen die Unterschiede bei der Kindersterblichkeit zwischen schwarzen und weißen Kindern weiterhin.“ (6)

Der Einfluss von Schutzfaktoren auf Frühgeburten und Kindersterblichkeit hängt von der Rassenzugehörigkeit ab

Smith et al., 2018, stellten heraus, dass die Kindersterblichkeit bei afroamerikanischen Frauen nur minimal oder gar nicht durch die Schutzfaktoren beeinflusst wurde, die signifikant die Kindersterblichkeit in der Allgemeinbevölkerung reduzierte. (6) Gavin et al., erklärten, dass „sozioökonomische Klassenzugehörigkeit oder das Bildungsniveau die

afroamerikanischen Frauen nicht davor schützte, eine höhere Rate an Frühgeburten zu erleiden, als ihre weißen Genossinnen; eine mittelständische Afroamerikanerin mit Collegebildung bekommt mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Frühgeburt als eine weiße nicht-hispano Amerikanerin mit High School Abschluss.“ (4)

Eine Studie von Din-Dzietham und Hertz-Picciotto machte deutlich, dass weiterführende Bildung die Geburten bei weißen Frauen positiv beeinflusste, nicht aber die von Afroamerikanerinnen. Zusätzlich hatten alle Kinder von afroamerikanischen Müttern, unabhängig von deren Bildungsstand, ein höheres Sterberisiko.

„Weiterbildung reduzierte die Sterblichkeit von Kindern um 20% bei weißen Müttern, hatte aber null Einfluss auf die Kinder von afroamerikanischen Müttern.“ (7)

Der Einfluss des Bildungsniveaus auf die Sterblichkeit der Mütter und die Unterschiede bezüglich der Rassenzugehörigkeit

Das New Yorker Institut für Gesundheit und Mentale Hygiene leitete eine Studie, in der herauskam, dass schwarze nicht-latino Frauen mit mindestens einem Collegeabschluss eine eindeutig höhere Sterberate aufwiesen, als alle anderen Frauen, die niemals eine High School abschlossen. (8) Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass schwarze Frauen mit höherer Bildung dadurch nicht notwendigerweise vor der Wahrscheinlichkeit einer höheren Sterberate für Mütter geschützt sind oder sie durch Bildung minimieren können.

Rassendiskriminierung und Geschlechterungleichheit tragen im Lebensverlauf zu posttraumatischem Stress bei

Das Versagen mit herkömmlichen pränatalen Risikofaktoren eine Erklärung für die Unterschiede der Sterblichkeitsrate bei Müttern und Kindern zu finden, führte die Forscher dazu, die Wirkung anderer Faktoren im Lebensverlauf in Betracht zu ziehen. Die Erfahrung, im Laufe des Lebens wegen seiner Rassenzugehörigkeit diskriminiert zu werden, ist ein Faktor, der das Risiko afroamerikanischer Frauen erhöht, eine Frühgeburt zu bekommen. Studien zeigen, dass Frauen, die über Erfahrungen mit Rassismus berichten, ein dreifach erhöhtes Risiko zu ungünstigen Geburtsverläufen haben, einschließlich Babys mit geringem und sehr niedrigem Geburtsgewicht und Frühgeburten. (9), (10). Erfahrungen mit Rassismus tragen auch zu den unterschiedlichen Sterberaten von Müttern in den USA bei.

Die spezifischen Mechanismen, welche Rassendiskriminierung und Frühgeburten verbinden, wurden erforscht. Die Psychophysiologie von Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) in Zusammenhang mit schmerzhaften Erfahrungen von Rassismus bei afroamerikanischen Frauen und Mädchen ist möglicherweise ein Mechanismus, der zu einem erhöhten Risiko von Frühgeburten beiträgt, ebenso zu Unterschieden in der Sterblichkeitsrate von Müttern und Kindern zwischen afroamerikanischen und nicht-hispano-amerikanischen weißen Frauen. Ein zusätzlicher Faktor im Lebensverlauf, der mit der posttraumatischen Psychophysiologie zusammenhängen kann, ist die Erfahrung von Genderdiskriminierung. Vorfälle im Lebensverlauf, die mit Rassen- und Genderdiskriminierung zu tun haben,

erzeugen Reaktionen im Abwehrsystem bei den Frauen und Mädchen und provozieren Erfahrungen von Gefahr und Lebensbedrohung. Das kann dazu beitragen, dass sich posttraumatische Stresssymptome manifestieren. Afroamerikanische Frauen berichten über zusätzlich entstehenden Stress durch das Bedürfnis ihre Kinder vor Rassismus zu schützen. Die Sorgen und Unruhe über die angesprochenen Aspekte bezüglich der Sicherheit der Kinder während und nach der Schwangerschaft können auch zu ungünstigen Geburtsverläufen führen.

Wie schon in meinen früheren Blogs beschrieben (Erfahrungen mit Sicherheit erhöhen die Mutter-Kind-Gesundheit, 24. Juli 2018; Erkenntnisse über Traumata müssen von den Zuständigen in Beziehung zur erfahrenen Gewalt bei der Geburtshilfe gesetzt werden, 31. März 2019) entwickeln sich posttraumatische Stresssymptome als Reaktion auf überwältigende Erfahrungen. Der Prozess der Neurozeption beurteilt unterschwellig sehr schnell, ob unsere interne und externe Umgebung sicher, gefährlich oder lebensbedrohend ist. (11) Diese Reaktion des Abwehrsystems kann ausgelöst werden durch moralische, soziale, psychologische und körperliche Übergriffe und Verletzungen, die im Laufe des Lebens erfahren werden. (12) Das schließt auch Erfahrungen mit ein, die generationsübergreifend und epigenetisch übertragen werden.

Rassenunterschiede anteilig bezogen auf Posttraumatischen Stress

Afroamerikaner*innen haben einen höheren Anteil an PTBS als andere Rassen oder ethnische Gruppen. (14) Untersuchungen zeigen, dass das Risiko im Lebensverlauf PTBS zu entwickeln für Afroamerikaner*innen anhält. Während des Lebens PTBS zu entwickeln, trifft auf afroamerikanische Frauen am meisten zu und verglichen mit nicht hispano-amerikanischen weißen Frauen tritt PTBS in einem früheren Alter auf. Afroamerikanische Frauen leiden zwei- bis dreimal häufiger an PTBS als Folge von traumatischen Erfahrungen als afroamerikanische Männer (15). Der Geschlechtsunterschied für die Anfälligkeit, PTBS zu entwickeln, kann teilweise mit der erhöhten Häufigkeit von sexuellen Übergriffen in Zusammenhang gebracht werden. Diese Übergriffe stellen eines der höchsten Risiken für PTBS dar. (16)

Die physiologische Auswirkung von chronischem Stress in Bezug zu erhöhten Risiken bei Schwangerschaft durch geschlechtsspezifischen Rassismus

Die physiologischen Auswirkungen von erlebter Rassen- und Genderdiskriminierung erhöhen risikoreiche Schwangerschaften bei afroamerikanischen Frauen. Man erwartet, dass diese Erfahrungen signifikant zu dem auffallenden Unterschied bei der Mutter-Kind-Sterblichkeit zwischen afroamerikanischen und nicht hispano-amerikanischen weißen Frauen beitragen. (24) Rassendiskriminierung erzeugt nachweisbar hohe, chronische Stresslevel während des gesamten Lebens und beeinflusst die physische Gesundheit. (19) Wenn ein Individuum bemerkt, dass es sozialen Stress wie Rassen- und/oder Genderdiskriminierung erfahren hat, kann das Veränderungen im Stoffwechsel, im kardiovaskulären oder im Immunsystem auslösen, sowie PTBS. (20) Die Wahrnehmung von Rassendiskriminierung während des Lebenslaufs steht in Verbindung mit Entzündungen, systolischem und diastolischem

Blutdruck und Stresshormonen. (21) Die Auswirkungen von chronischem Stress auf Vorstadien der Schwangerschaft tragen zum Unterschied der Sterberaten bei Frühgeburten zwischen afroamerikanischen Frauen und nicht hispano-amerikanischen weißen Frauen bei. (17) Studien zeigen, dass ein aktives PTBS die Möglichkeit zu 35% erhöhen, dass eine Frau eine plötzliche Frühgeburt erleidet. (22)

Historisches Trauma, das über Generationen weitergegeben wurde

Rassendiskriminierung umfasst die Übertragung von vor Generationen entstandenen Traumata durch Sklaverei und die Politik der Rassentrennung. Der epigenetische Einfluss dieser Erfahrungen auf Individuen wird von einer Generation auf die nächste übertragen. Forschungen aus der Epigenese zeigen, wie die Aktivität von Genen durch die Interaktion der Gene mit der Umgebung verändert wird. Die Theorie des historischen Traumas arbeitet heraus, wie „... die psychologischen und emotionalen Konsequenzen von Sklaverei, wie etwa PTBS, an die nachfolgenden Generationen durch biologische, umweltbedingte und soziale Bahnen übertragen werden. Indirekte Traumatisierung folgt nicht nur mittels des kollektiven Gedächtnisses, erzählter Geschichten und mündlicher Überlieferung, sondern wird auch durch epigenetische und genetische Mechanismen in den Nachkommen folgender Generationen ‚verkörpert‘.“ (4)

Rassismus in Medizin und Geburtshilfe früher und heute

Gegenwärtige Erfahrungen mit Rassismus im Rahmen des Gesundheitswesens gehen in Resonanz mit vergangenen traumatischen Prägungen durch reproduktive Gewalt, die Generationen von afroamerikanischen Frauen und Mädchen in über 246 Jahren Sklaverei erfahren haben. Wie Davis es beschreibt, (2018), „... schließt Rassismus bei der Geburtshilfe unter anderem folgendes mit ein: wesentliche Fehldiagnosen; nachlässiger, herablassender oder respektloser Umgang; schmerzverursachende Behandlung; Verwicklung in medizinischen Missbrauch durch Zwangsmaßnahmen ohne Einverständnis.“ Davis arbeitet heraus, dass „... Rassismus in der Geburtshilfe nicht neu ist, sondern verwoben mit der Geschichte. Noch heute ist der Umgang in der Medizin mit den Körpern schwarzer Frauen von Rassismus überschattet. Die Art und Weise, wie schwarze Frauen in der Vergangenheit dämonisiert wurden, stereotypisiert, verletzt und kontrolliert, dauert heute noch in medizinischen Beziehungen an und fungiert als Erinnerung an die Vergangenheit.“ (23)

Rassistische Erfahrungen im Bereich der Geburtshilfe lösen voraussichtlich die Stressphysiologie bei afroamerikanischen Frauen aus und haben damit auch erwartungsgemäß negative Folgen für Mütter und ihre Kinder. Davis, (2019) kommentiert: „Das Repertoire des Rassismus ist in jeder kleinsten Nuance im Gespräch zu finden, in jeder Ritze zwischen einem Kommentar und einer Pause. Dazu gehört auch der geringschätzende Blick eines Arztes oder einer Krankenschwester, die der Frau das Gefühl geben, sie sei wenig wert. Das beinhaltet eventuell, dass eine Frau stereotypisiert wird, was zu einer Fehldiagnose führen kann, oder es wird sich über die Bedenken und Ängste der Frau hinweggesetzt, wenn sie sich Sorgen um ihre eigene Gesundheit, die ihres Kindes oder die ihres Partners macht.“ (24) S.203

Anerkennung welche Rolle Rassismus in der Sterblichkeitsrate von Müttern und Kindern übernimmt

Im Bericht des Amerikanischen Zentrums für Fortschritt (2019) heißt es, dass Unterschiede in der Sterblichkeit von Mutter und Kind nur dann abgeschafft werden können, wenn es gelingt, afroamerikanischen Frauen und Kindern den Vorrang zu geben, sowie Ungleichheit und Rassismus in den amerikanischen Strukturen und Institutionen aufgedeckt werden. (1)

Davis kommentiert, wie wesentlich es ist, dass „das ausgebildete medizinische Personal im Gesundheitssystem bereit ist, Verantwortung für das eigene Verhalten zu übernehmen und verzerrte Wahrnehmungen aufdeckt. Sie müssen dem Rassismus ins Gesicht schauen und hinterfragen, wie das System, in dem sie arbeiten, zu Rassismus beiträgt. Sie müssen sich abgrenzen von rassistischer Sprache und aufhören, rassistische Ideen fortzusetzen.“ (24) S. 206

Der erste Schritt ist die Anerkennung der Erfahrungen, welche afroamerikanische Frauen und ihre heranwachsenden Babys im medizinischen System machen. Daraus folgt die Bestimmung und Umsetzung dringend benötigter Veränderungen in Politik und Praxis um Ungleichheit in der Mutter Kind Sterblichkeit zu verringern.

Quellenangaben

- (1) Taylor, J, Novoa, C., Hamm, K, Shilpa, P., 2019, *“Eliminating Racial Disparities in Maternal and Infant Mortality”*, Center for American Progress, p.2.
- (2) Berry, D. R., & Deleso A. Alford, eds. 2012. *Enslaved Women in America: An Encyclopedia*. Santa Barbara, CA: Greenwood Press.
- (3) Mathews, T. J., & MacDorman, M. F. (2013). Infant mortality statistics from the 2010 period linked birth/infant death data set. *National Vital Statistics Reports*, 62(8), 1-26.
- (4) Gavin, A. R., Grote, N., Connor, K. O., and Fentress, T. (2011). “Racial discrimination and preterm birth among African American women: The important role of posttraumatic stress disorder. *Journal of Health Disparities Research and Practice*, (11)4, p. 100).
- (5) CDC and National Center for Health Statistics 2017, *“User guide to the 2015 Period Linked Birth/Infant Death Public Use File.”* Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2017
- (6) Smith, I. Z., Bentley-Edwards, K. L., El-Amin, S., & Darity, W. (2018). *Fighting at Birth: Eradicating the Black-White Infant Mortality Gap*. Duke University’s Samuel DuBois Cook Center on Social Equity and Insight Center for Community Economic Development.
- (7) Din-Dzietham, R., & Hertz-Picciotto, I. (1998). “Infant mortality differences between whites and African Americans: The effect of maternal education”. *American Journal of Public Health*. 99(4), 651-656.
- (8) New York City Department of Health and Mental Hygiene, Bureau of Maternal, Infant and Reproductive Health, (2016). *“Severe Maternal Morbidity in New York City, 2008-2012”* available at <https://www1.nyc.gov/assets/doh/downloads/pdf/data/maternal-morbidity-report-08-12.pdf>.

- (9) Nuru-Jeter, A., Dominguez, T. P., Hammond, W. P., Leu, J., Skaff, M., Egerter, S., ...Braverman, P. (2009). "It's the skin you're in": African American women talk about their experiences of racism. An exploratory study to develop measures of racism for birth outcome studies. *Maternal and Child Health Journal*, *13*(1), 29-39. Doi:10.1007/s10995-008-0357-x.
- (10) Dominguez, T. P., Dunkel-Schetter, C., Glynn, L. M., & Sandman, C. A. (2008). Racial differences in birth outcomes: The role of general, pregnancy and racism stress. *Health Psychology*, *27*(2), 194-203u.
- (11) Porges, S. W. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, Self-Regulation*. New York: W. W. Norton, 178-180.
- (12) Bloom, S., & Farragher, B., (2013). *Restoring Sanctuary: A New Operating System for Trauma-Informed Systems of Care*. New York: Oxford University Press.
- (13) Weinstein, A. D. (2016). *Prenatal Development and Parents' Lived Experiences: How Early Events Shape Our Psychophysiology and Relationships*. New York: W.W. Norton).
- (14) Roberts, A. L., Gilman, S. E., Breslau, J., Breslau, N., & Koenen, K. C. (2011). Race/ethnic differences in exposure to traumatic events, development of post-traumatic stress disorder, and treatment-seeking for post-traumatic stress disorder in the United States. *Psychological Medicine*, *41*(1), 71-83.
- (15) Kimerling, R., Weitlauf, J. C., Iverson, K. M., Karpenko, J. A., & Jain, S. (2013). Gender issues in PTSD. In M. J. Friedman, T. M. Keane & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and Practice*. New York: Guilford Press.
- (16) Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, *132*(6), 959-992.
- (17) Kramer, M. R., Hogue, C. J., Dunlop, A. L., & Menon, R. (2011). Preconception stress and racial disparities in preterm birth: An overview. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *90*(12): 1307-1316.
- (18) Giurgescu, C., Zenk, S. N., Dancy, B. L., Park, C. G., Dieber, W., & Block, R. (2012). Relationships among neighborhood environment, racial discrimination, psychological distress, and preterm birth in African American women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *41*(6), e51-e61.
- (19) Okhomina, V. I., Glover, L., Taylor, H., & Sims, M. (2018). Dimensions of responses to perceived discrimination and subclinical disease among African-Americans in the Jackson Heart Study. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, *5*(5), 1084-1092).
- (20) Berger, M. & Sarnyai, Z. (2015). More than skin deep: Stress neurobiology and mental health consequences of racial discrimination. *Stress*, *18*(1), 1-10)
- (21) Goosby, B. J., & Heidbrink, C. (2013). Transgenerational consequences of racial discrimination for African American Health. *Sociology Compass*, *7*(8), 630-643)
- (22) Shaw, J. G., Asch, S. M., Kimerling, R., Frayne, S. M., Shaw, K. A., & Phibbs, C. S. (2014). Posttraumatic stress disorder and risk of spontaneous preterm birth. *Obstetrics and Gynecology*, *124*(6), 1111-1119.
- (23) Davis, D. (2018). Obstetric racism: The racial politics of pregnancy, labor and birth. *Medical Anthropology*, p. 11. DOI: 10.1080/01459740.2018.1549389.

(24) Davis, D. (2019). *Reproductive Injustice: Racism, Pregnancy, and Premature Birth*. New York: New York University Press, p. 203.