

**Erziehungswissenschaft und Sozialwissenschaften,
Institut für Sozialpädagogik**

**Früherkennung und Umgang mit psychischen Störungen
post partum**

**Aufbau von Basiswissen und Vermittlung von Handlungskompetenzen
als Beitrag zur Sekundärprävention am Beispiel eines
Schulungskonzeptes für Hebammen**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der
Philosophischen Fakultät
der
Westfälischen Wilhelms-Universität
zu
Münster (Westf.)

vorgelegt von
Birgit Sauer
aus Lüdenscheid

2005

Tag der mündlichen Prüfung: 02.02.2006 (NF Psychologie)
10.02.2006 (HF Erziehungswissenschaft)

Dekan: Prof. Ph. D. Hansjörg Scheerer

Referent: Prof. Dr. Helmut Mair

Koreferent: Prof. Dr. Jürgen Hohmeier

Vorwort	VI
1 Einleitung	1
1.1 Die derzeitige Situation der Betroffenen.....	1
1.2 Der wissenschaftliche Forschungsstand.....	4
1.3 Ziele und Inhalte der Arbeit.....	6
2 Psychische Störungen post partum – die Erscheinungsbilder.....	12
2.1 Nicht-psychotische postpartale Depressionen	14
2.1.1 Frühanzeichen und Warnsymptome vor Ausbruch der Störung.....	15
2.1.2 Symptomatik des ausgeprägten Störungsbildes.....	16
2.1.3 Screening-Instrumente zur Erfassung gefährdeter und betroffener Frauen im Wochenbett.....	21
2.1.4 Prävalenz postpartaler Depressionen	28
2.1.5 Verlauf und Prognose postpartaler Depressionen.....	32
2.2 Postpartale Angst- und Zwangsstörungen	36
2.2.1 Postpartale Angst- und Panikstörungen	36
2.2.2 Postpartale Zwangsstörungen.....	39
2.2.3 Posttraumatische Belastungsstörungen post partum.....	42
2.3 Wochenbettpsychosen.....	47
2.3.1 Frühanzeichen und Warnsymptome vor Ausbruch einer Wochenbettpsychose.....	48
2.3.2 Symptomatik und Klassifikation der manifestierten Wochenbettpsychosen.....	49
2.3.2.1 Affektive Wochenbettpsychosen	50
2.3.2.1.1 Unipolare depressive Wochenbettpsychosen	51
2.3.2.1.2 Unipolare manische Wochenbettpsychosen	52
2.3.2.1.3 Bipolare manisch-depressive Wochenbettpsychosen.....	53
2.3.2.2 Schizophrene Wochenbettpsychosen	55
2.3.2.3 Schizoaffektive Wochenbettpsychosen	56
2.3.2.4 Zyklische Wochenbettpsychosen.....	57
2.3.3 Verteilung der einzelnen Störungsbilder.....	59
2.3.4 Prävalenz der Wochenbettpsychosen	62
2.3.5 Verlauf und Prognose der Wochenbettpsychosen.....	63
2.4 Zur Frage der Spezifität psychischer Störungen post partum	68

3	Auswirkungen der psychischen Störungen post partum auf die Familie	73
3.1	Allgemeine Erkenntnisse zu den Auswirkungen einer elterlichen psychischen Störung auf die Kindesentwicklung.....	74
3.2	Auswirkungen einer mütterlichen postpartalen Depression oder Wochenbettpsychose auf den Säugling	78
3.2.1	Einflüsse der mütterlichen Störung auf die Mutter-Kind-Interaktion und das Bindungsverhalten.....	79
3.2.1.1	Allgemeines zur Bindungsforschung	80
3.2.1.2	Einflüsse psychischer Störungen post partum auf die Mutter-Kind-Interaktion und Bindungsqualität.....	83
3.2.1.2.1	Die depressive Mutter	84
3.2.1.2.2	Die psychotische Mutter	86
3.2.2	Auswirkungen der mütterlichen Störung auf die emotionale und soziale Entwicklung des Kindes und daraus resultierende psychische Auffälligkeiten und Verhaltensprobleme	88
3.2.3	Auswirkungen der mütterlichen Störung auf die kognitive Entwicklung des Kindes.....	93
3.3	Auswirkungen von postpartalen Depressionen und Wochenbettpsychosen auf Partner und weitere Familie	95
4	Risikofaktoren psychischer Störungen post partum	100
4.1	Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell als Grundlage zur Erklärung der Entstehungsmuster der einzelnen Störungsbilder	102
4.2	Vulnerabilitätsfaktoren	105
4.2.1	Genetische und familiäre Prädisposition	105
4.2.2	Entwicklungsbedingte Prädisposition und Persönlichkeitsfaktoren.....	108
4.2.2.1	Frühkindliche Entwicklung und Sozialisationserfahrungen	108
4.2.2.2	Persönlichkeitsfaktoren.....	110
4.2.2.3	Attributionsstile und Kontrollüberzeugungen – die kognitiven Muster von Frauen mit PPD.....	113
4.2.3	Psychische Vorerkrankungen.....	118
4.2.3.1	Psychische Vorerkrankungen bei postpartalen Depressionen....	118
4.2.3.2	Psychische Vorerkrankungen bei Wochenbettpsychosen	120
4.3	Aktuelle Auslösefaktoren.....	122
4.3.1	Hormonelle und biochemische Faktoren im Kontext postpartaler Störungen	122
4.3.1.1	Hormonumstellungen post partum	122
4.3.1.1.1	Hormonelle Faktoren - mögliche Auswirkungen auf die Entstehung von postpartalen Depressionen	123
4.3.1.1.2	Hormonelle Faktoren - mögliche Auswirkungen auf die Entstehung von Wochenbettpsychosen.....	126
4.3.1.2	Veränderung der Rezeptorempfindlichkeit und Neurotransmitterfunktionen.....	127

4.3.2	Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	130
4.3.2.1	Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei postpartalen Depressionen	131
4.3.2.2	Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei posttraumatischen Belastungsstörungen post partum.....	135
4.3.2.3	Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei Wochenbettpsychosen.....	138
4.3.3	Kindbezogene Faktoren	138
4.3.4	Einflüsse der Partnerbeziehung auf die Entstehung und den Verlauf psychischer Störungen post partum.....	144
4.3.5	Sonstige psychosoziale Faktoren und Life-Events	147
4.3.6	Die spezifische Psychodynamik von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.....	150
4.4	Schutzfaktoren.....	154
4.4.1	Soziale Unterstützung bei Frauen mit psychischen Störungen post partum	154
4.4.1.1	Soziale Unterstützung als Schutzfaktor.....	155
4.4.1.2	Mangel an sozialer Unterstützung im Kontext der Persönlichkeitsstruktur.....	160
4.4.2	Bewertungsprozesse in Stress-Situationen und Bewältigungsstrategien 165	
4.5	Meta-Analysen hinsichtlich der Risikofaktoren postpartaler Depressionen.....	172
4.6	Erfassungsmöglichkeiten gefährdeter Frauen	176
5	Die Behandlung psychischer Störungen post partum – Behandlungsmodelle, Behandlungsangebote und Behandlungssituation.....	184
5.1	Die somatische Behandlung psychischer Störungen post partum	186
5.1.1	Psychopharmakologische Behandlungsmethoden und ihre Besonderheiten bei stillenden Müttern im Wochenbett.....	187
5.1.2	Hormonelle Behandlungsmethoden	191
5.1.3	Sonstige Behandlungsalternativen.....	192
5.2	Nicht-medikamentöse ambulante Behandlungsmöglichkeiten bei psychischen Störungen post partum.....	195
5.2.1	Die Effektivität psychotherapeutischer Methoden gegenüber medikamentöser Behandlung.....	196
5.2.2	Psychotherapeutische Ansätze in der Behandlung psychischer Störungen post partum.....	198
5.2.2.1	Interpersonelle Therapie	201
5.2.2.2	Mutter-Kind-Therapien	204
5.2.2.3	Gruppentherapien	207
5.2.3	Aufsuchende Hilfen	212
5.2.4	Hilfe für und von Angehörigen.....	215
5.2.5	Strategien der Selbsthilfe für postpartal depressive Mütter.....	216

5.3	Die stationäre und teilstationäre Behandlung psychischer Störungen post partum	219
5.3.1	Mutter-Kind-Aufnahmen an psychiatrischen Krankenhäusern	221
5.3.1.1	Vorteile und Ziele der gemeinsamen Mutter-Kind-Behandlung ..	223
5.3.1.2	Therapeutische Konzepte und Durchführung der Mutter-Kind-Behandlung	226
5.3.2	Tageskliniken und psychiatrische Institutsambulanzen	229
5.4	Die therapeutische Erreichbarkeit Betroffener – Möglichkeiten und Grenzen von Behandlungsangeboten post partum	232
6	Früherkennung und Umgang mit psychischen Problemen post partum – ein Schulungskonzept für Hebammen als Beitrag zur Sekundärprävention.....	235
6.1	Die Primär- und Tertiärprävention psychischer Störungen post partum – (bisher) eine Utopie?	238
6.2	Sekundärpräventive Ansätze bei psychischen Störungen post partum -	246
6.2.1	Der besondere Stellenwert von Hebammen in der Früherkennung psychischer Störungen post partum im Vergleich zu anderen Berufsgruppen	252
6.2.1.1	Die Rolle von Gynäkologen und Hausärzten in der Früherkennung	253
6.2.1.2	Die Rolle von Kinderärzten in der Früherkennung.....	255
6.2.1.3	Die Rolle von Hebammen in der Früherkennung	259
6.3	Leitlinien und Schulungsmodelle für den Umgang mit psychischen Störungen post partum im Ausland	263
6.3.1	Die australische Leitlinie von Beyondblue	265
6.3.2	Die Leitlinie von SIGN.....	266
6.3.3	Die IMPaCT-Studie aus Großbritannien.....	269
6.3.4	Die Schulungsmappe der englischen Marcé-Gesellschaft.....	273
6.3.5	Übertragbarkeit der Leitlinien und Schulungsmodelle auf die Verwendung durch (deutsche) Hebammen	275
6.4	Aufbau und Ziele einer Hebammenfortbildung über psychische Störungen post partum	276
6.4.1	Lernziele und Inhalte der einzelnen Module	279
6.4.1.1	Modul 1: Psychische Störungen post partum - Früherkennung und Management.....	283
6.4.1.2	Modul 2: Behandlungsmöglichkeiten und -einrichtungen im Umfeld – Vermittlung von Informationen an Betroffene	285
6.4.1.3	Modul 3: Risikofaktoren – Kennen und Erkennen	286
6.4.1.4	Modul 4: Gesprächsführung im Umgang mit (potenziell) Betroffenen – eine Erweiterung der eigenen Kompetenzen	286
6.4.2	Idealtypischer Ablauf eines 2-tägigen Schulungsseminars mit allen Modulen und Hinweise auf Modifizierungsmöglichkeiten.....	288
6.4.2.1	Die zeitliche Gestaltung eines 2-tägigen Seminars	288

6.4.2.2	Organisatorische Anforderungen an den Veranstaltungsort.....	288
6.4.2.3	Zielgruppe und Teilnehmerzahl.....	289
6.4.2.4	Ankommen und Warmwerden, Einführung.....	290
6.4.2.5	Psychische Störungen post partum - Früherkennung und Management (Modul 1).....	294
6.4.2.6	Praktische Anwendung der EPDS in der Praxis.....	322
6.4.2.7	Behandlungsmöglichkeiten und -einrichtungen im Umfeld – Vermittlung von Informationen an Betroffene (Modul 2).....	323
6.4.2.8	Risikofaktoren – Kennen und Erkennen (Modul 3).....	334
6.4.2.9	Gesprächsführung im Umgang mit (potenziell) Betroffenen – eine Erweiterung der eigenen Kompetenzen (Modul 4).....	344
6.4.2.10	Abschluss und Transfer.....	352
6.5	Erste Erfahrungen mit den bisherigen Schulungen.....	355
7	Ausblick.....	360
8	Literaturverzeichnis.....	365
9	Anhang.....	403
9.1	Abkürzungsverzeichnis.....	403
9.2	Tabellen.....	404
9.3	Abbildungen.....	404
9.4	Folien.....	405
9.5	Kopiervorlagen.....	407
9.6	EPDS – Richtlinie für Professionelle im Gesundheitswesen (Klier 2004a).....	408
9.7	Klinisches Management für Depression in der Schwangerschaft und nach der Geburt (Klier 2004b).....	410

Vorwort

Seit vielen Jahren begleitet mich das Thema der psychischen Störungen post partum. Anfangs im Rahmen meiner Diplomarbeit Anfang der 90-er Jahre, zu einer Zeit, als noch wenig über diese Störungen veröffentlicht wurde. In meiner Diplomarbeit interviewte ich eine Frau, deren Depression seit vielen Jahren andauerte, die so schwer betroffen war, dass die Führung ihres Haushalts und die Betreuung des Säuglings von dem ältesten Sohn - zu der Zeit noch im Grundschulalter - übernommen werden musste. Die Jahre andauernde Depression der Frau wurde von keiner Fachkraft erkannt, weder von ihrem Hausarzt noch von ihrem Gynäkologen. Eine Hebamme wurde nie in die Betreuung involviert.

Seitdem hat sich viel getan: Die Anzahl an Forschungen explodierte regelrecht, das Bewusstsein für psychische Störungen post partum ist gestiegen. Dennoch berichten auch heute noch Frauen genau das, was mir damals die interviewte Mutter erzählte: Niemand hat die Depression erkannt. Sie wurde nie behandelt.

1993 begann ich, Hebammen in der Problematik psychischer Störungen post partum fortzubilden. Das Feedback gab mir Recht, dass hier ein hoher Schulungsbedarf besteht. Als Psychotherapeutin in eigener Praxis darf ich zunehmend erleben, dass Frauen eine Therapie wünschen, die von ihrer Hebamme geschickt werden, und somit zunächst einmal „erkannt“ werden. Dies sind erste Erfolge, von denen ich mir sehr wünschen würde, dass sie größere Kreise erreichen, dass somit noch mehr Müttern eine Entlastung zuteil werden kann und für noch mehr Kinder eine Verhinderung eigener Störungen, die oft Konsequenz der mütterlichen psychischen Störung post partum sind, möglich wird.

Anfangs begann ich mein Dissertationsvorhaben mit dem Ansatz der Entwicklung eines störungsspezifischen pathogenetischen Modells. Heute bin ich dazu übergegangen, eine multifaktorielle Genese anzunehmen, die im Sinne eines Vulnerabilitäts-Stress-Modells individuell zur Entstehung der psychischen Störungen post partum führt.

Dass ich „am Ball“ geblieben bin und dieses Schulungskonzept für Hebammen entwickelte, verdanke ich der Hartnäckigkeit und Geduld meines Doktorvaters Prof. Dr. Helmut Mair, dem ich – nicht zuletzt für seine kontinuierliche inhaltliche Beratung - zu allergrößtem Dank verpflichtet bin. Seinem beständigen Insistieren in die Fortsetzung meines Promotionsvorhabens verdanke ich, dass ich nunmehr in der Lage bin, diese Arbeit vorzulegen.

Dank gilt des Weiteren meiner Freundin Dr. Christiane Bohn, die diese Arbeit inhaltlich kritisch korrigiert hat sowie meiner Mutter Margarete Sauer, die dem Manuskript im Rahmen der Endkorrektur formal den letzten Schliff gab.

1 Einleitung

Die Geburt eines Kindes erfordert große Anpassungsleistungen vonseiten einer jungen Mutter und kann eine schwere Belastungsprobe für ihre Persönlichkeitsentwicklung bedeuten. Abhängig von der genetischen und hormonellen Konstitution einer Frau, ihrer spezifischen Persönlichkeitsstruktur - welche z.B. auch ihr Verhalten in Belastungssituationen bestimmt - sowie Situationsfaktoren und sozialen Einflüssen, kann es deshalb zum Ausbruch psychischer Störungen im Wochenbett kommen. Die Palette der möglichen Störungen ist dabei weit gestreut: von vorübergehenden Stimmungsschwankungen in den ersten Tagen nach der Geburt (auch „Allgemeines Stimmungstief“ oder „Baby-Blues“ genannt) über Depressionen unterschiedlichen Schweregrades, Angst- und Panikstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen bis zu Wochenbettpsychosen der unterschiedlichsten diagnostischen Kategorien.

1.1 Die derzeitige Situation der Betroffenen

Die Geburt eines Kindes wird häufig als glücklichste Zeit im Leben einer Frau betrachtet; v.a. die Medien suggerieren einer Frau Mutterglück, Stolz und Zufriedenheit mit ihrem Baby. Ein Infragestellen der „natürlichen“ mütterlichen Gefühle und ein Zulassen von Ambivalenzen wird wenig gestattet.

„Viele Menschen in meinem Umkreis wussten nicht, dass ich so gravierende Probleme hatte. Ich nahm an, es würde keiner verstehen und man würde mich verurteilen, weil das Bild von einer jungen Mutter so völlig anders war“ (Zitat einer Mutter, in Nispel 2001, S. 29, Hervorhebung im Original).

Für die Betroffenen und ihre Familie bricht meist eine Welt zusammen; so hatten sie sich die Zeit nach der Geburt nicht vorgestellt. Die Realität trifft viele Mütter nicht nur unvorbereitet; die Tabuisierung der negativen Gefühle und Umstellungen beeinflusst auch das Hilfesuchverhalten der Betroffenen. Während einige Frauen in dieser Situation intensiv nach Hilfe suchen, verstecken andere ihr Leiden, z.T. mit heftigen Schuld- und Schamgefühlen angesichts ihres vermeintlichen „Versagens“.

„Ich weiß nicht, dass ich in einer behandelbaren ‚Krankheit‘ stecke. Von postpartaler Depression habe ich noch nicht einmal gehört. Es kommt mir zu keinem Zeitpunkt in den Sinn, Hilfe bei einem Arzt oder Therapeuten zu suchen, vielleicht aus Angst, an den falschen zu geraten, für verrückt erklärt zu werden, mit Psychopharmaka vollgepumpt zu werden. Am Ende trennen sie

„mich von meinem Kind! Nein, ich muss da selber raus, irgendwie“ (Zitat einer Mutter, in Nispel 2001, S. 31, Hervorhebung im Original).

Die betroffenen Frauen stoßen in ihrem privaten Umfeld ebenso wie bei Fachleuten (v.a. Gynäkologen, Hausärzte, Hebammen, Psychiater, Psychologen) häufig auf Unverständnis und mangelndes Wissen über die Störungsbilder post partum. Viele Betroffene berichten, dass ihre Probleme von den Ärzten nicht ernst genommen werden. Sie werden nicht selten nach Hause geschickt mit der Beschwichtigung, die Beschwerden würden sich von selbst wieder legen, was in Anbetracht der Chronifizierungsgefahr und der störungsbedingten Beeinträchtigungen der Mutter-Kind-Beziehung sowie der Folgen für die Entwicklung des Kindes falsch ist. Auch trauen sich viele Frauen nicht, ihre Probleme selbst zu thematisieren, da sie die Unsicherheit der Fachleute sowie die Tabuisierung spüren.

Der Genesungsprozess verläuft in vielen Fällen schleppend, zumal die Behandlung häufig nicht den Bedürfnissen und Erfordernissen der Frauen nach der Geburt eines Kindes entspricht. Entgegen der heutigen Erkenntnislage wird die Mutter bei ihrer Einweisung in die Psychiatrie immer noch (zu) häufig von ihrem Säugling getrennt. Daraus resultieren negative Konsequenzen für die Mutter-Kind-Bindung, die psychische Entwicklung des Säuglings sowie die Kompetenzentwicklung und Selbstwahrnehmung der Mutter. Die Rückkehr in den Alltag wird von vielen Betroffenen hinterher als doppelt schwer erlebt.

Zudem besteht eine Schere zwischen der Behandlung im akuten Stadium und den Angeboten nach Entlassung aus der Klinik bzw. vordergründiger Heilung: Sind Besserungen abzusehen, wird die betroffene Frau häufig als „geheilt“ entlassen. Die Probleme bleiben jedoch in vielen Fällen weiter bestehen, in einigen Fällen dauern die Depressionen noch monatelang an. Der Kontakt zum Kind gestaltet sich oft als schwierig; viele Mütter sind auch besorgt über die Auswirkungen auf das Kind. Gerade in dieser Phase aber wird gleichzeitig die Hilfe von professioneller Seite wie auch von Verwandten und Freunden geringer.

Nichtsdestotrotz brauchen die betroffenen Mütter weiterhin Unterstützung und Fürsorge; es ist Hilfe bei der Gestaltung des täglichen Lebens erforderlich, beim Umgang mit dem Kind und beim Integrieren der Störung in das Selbstbild. In vielen Fällen muss das Selbstbewusstsein schrittweise wieder aufgebaut werden, oder es sind Folgeprobleme zu bewältigen, wie Probleme mit dem Partner, in der Interaktion mit dem Kind oder negative Reaktionen des Umfelds.

Seit wenigen Jahren beginnt auch in der BRD die öffentliche Diskussion über die Schwierigkeiten in der Zeit nach der Geburt. Zahlreiche Bücher sind auf den Markt gekommen, die sich mit der Krise nach der Geburt beschäftigen - das Interesse war jedoch zunächst ein vorrangig populärwissenschaftliches:

- Ratgeber, die Tipps geben, was Mütter für ihr körperliches und seelisches Wohlbefinden nach der Geburt tun können;
- Erfahrungsberichte von Frauen über die erste Zeit nach der Geburt, die auch die Schwierigkeiten der Umstellung auf das Leben mit einem Kind schildern;
- Bücher über Depressionen nach der Geburt, die z.T. ebenfalls Erfahrungsberichte von betroffenen Frauen enthalten sowie Ratschläge zur Genesung.

Auch in Zeitschriften, Fernseh- und Radiosendungen wird seit den 90-er Jahren das Thema zunehmend behandelt. Bei einer dieser Fernsehsendungen im August 1994 zum Thema Depressionen nach der Geburt startete der Fernsehmoderator Hans Meiser zusammen mit der Schwester einer suizidierten Betroffenen einen Aufruf zur Gründung von Selbsthilfegruppen. Nach dieser Sendung gingen Hunderte von Briefen bei dem Sender ein; Briefe von Betroffenen und von Angehörigen, die ihre Situation schilderten, von ihren eigenen Depressionen berichteten und immer wieder herausstellten, wie wichtig und erleichternd sie es finden, dass sie kein Einzelfall sind. Viele Frauen gaben an, schon dadurch Entlastung von ihren Depressionen erfahren zu haben, dass andere Frauen ähnliche Gefühle nach der Geburt ihres Kindes haben wie sie selbst, die Depression somit kein persönliches Versagen bedeutet.¹

Mittlerweile ist ein Netz von Selbsthilfegruppen entstanden, vorrangig in den größeren Städten, während ländliche Gebiete noch nahezu unberücksichtigt blieben. Diese Selbsthilfeinitiativen haben eine rege Öffentlichkeitsarbeit: Sie entwerfen und verteilen Flugblätter, wenden sich an Beratungsstellen, Ärzte, Psychologen etc., um ihr Thema bekannt zu machen. 1996 fand die Gründung des Vereins „Schatten & Licht - Krise nach der Geburt“ - basierend auf dieser bundesweiten Initiative - statt. Dank dieser Initiative und ihrem öffentlichen Druck sowie ihrer Kontaktaufnahme zu zentralen Ärzteverbänden, Teilnahme an Kongressen sowie zahlreichen anderen Aktivitäten öffnen sich seit kurzem immer mehr psychiatrische Abteilungen der Thematik und erproben erste Mutter-Kind-Behandlungsmodelle.

¹ Die Briefe wurden mir von Frau Nispel, der Initiatorin der Selbsthilfeinitiative, zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt.

Während die internationale Marcé-Gesellschaft bereits 1980 in England gegründet wurde, gründete sich im Dezember 2000 die deutschsprachige Marcé-Gesellschaft, eine multidisziplinäre Vereinigung aus Geburtshelfern, Psychiatern, Endokrinologen, Hebammen, Sozialarbeitern etc., die sich mit der Erforschung peripartaler psychischer Störungen befasst und es sich zum Ziel macht, über psychische Störungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft aufzuklären, diese zu entstigmatisieren und präventive wie Behandlungsmaßnahmen zu verbessern. Ihr gehören viele engagierte Wissenschaftler an, die die Diskussion und Erforschung der Problematik in der BRD – z.B. durch Forschungsprojekte, Veröffentlichungen, Vorträge und Kongresse – vorantreiben. Es ist zu hoffen und zu erwarten, dass sich nicht zuletzt durch die Bemühungen der Marcé-Gesellschaft um Bewusstmachung der Problematik die Behandlungssituation der betroffenen Mütter weiter verbessern wird und z.B. die gemeinsame Unterbringung von Mutter und Kind auch in den deutschsprachigen Ländern im benötigten Umfang Einzug in die psychiatrische (Standard-)Versorgung hält.

1.2 Der wissenschaftliche Forschungsstand

Trotz Verbesserungen v.a. in der stationären Versorgung für Mütter mit postpartalen psychischen Störungen hat das Tempo der wissenschaftlichen Erforschung der Thematik in der BRD mit dieser Entwicklung nicht Schritt gehalten. Gibt es Veröffentlichungen zur Thematik, so beziehen sich diese überwiegend auf Erfahrungen mit der stationären (Mutter-Kind-)Behandlung; deutsche Untersuchungen zur Epidemiologie oder zu Gefährdungsfaktoren sind genauso selten wie Veröffentlichungen zur Prävention oder ambulanten Behandlung. Auch die im Ausland gängigen und schnellen Befragungsmethoden bei den üblichen Nachsorgeuntersuchungen von Müttern, wie die EPDS², die dazu dienen, potenziell betroffene Mütter erkennen zu können, werden in der BRD bislang noch selten angewandt, obwohl ihre Validität durch Bergant et al. (1998b) auch für den deutschen Sprachraum erforscht und bestätigt wurde.

Weltweit - insbesondere jedoch im englischsprachigen Raum: Großbritannien, USA, Australien, Kanada - hat in den letzten Jahren die Anzahl der Untersuchungen im Bereich der nicht-psychotischen postpartalen Depression und der

² EPDS = **E**dinburgh **P**ostnatal **D**epression **S**cale, ein einfaches Selbstrating-Instrument.

postpartalen Psychosen zugenommen. Dabei gelangten die Untersuchungen zu auffallend kontroversen Ergebnissen, die teilweise auf uneinheitlichen Untersuchungsdesigns oder wenig verlässlichen Messinstrumenten (mit z.T. variabel festlegbaren Schwellenwerten) beruhen, zum anderen aber auch durch eine weiter bestehende Verunsicherung darüber bedingt sind, wie diese Störungsbilder diagnostisch einzuordnen und zu klassifizieren sind. Um Untersuchungen jedoch miteinander vergleichen und daraus Schlüsse hinsichtlich der Erscheinungsformen, Epidemiologie, Prädiktoren etc. ziehen zu können, ist eine Vereinheitlichung der Meßmethoden und Auswertungsmaßstäbe sowie eine Übereinkunft über die genaue Klassifikation dieser Störungsbilder dringend erforderlich.

Um aus der mittlerweile weltweit kaum noch zu überschauenden Fülle an klinischen Studien, Fallberichten und immer neuen Reviews interpretierbare Daten herauszufiltern, erschienen in den letzten Jahren auch erste Meta-Analysen zu einzelnen Teilbereichen (z.B. von Beck 1996 sowie O'Hara/ Swain 1996 hinsichtlich der Risikofaktoren postpartaler Depressionen).

Ein weiterer Diskussionspunkt, der entscheidend zur forschungsbeeinflussenden Hypothesenbildung und jeweiligen Deutung der Erscheinungsbilder post partum beigetragen hat, ist die Frage der Spezifität. Es bestand lange keine Einigkeit darüber, ob die postpartalen psychischen Störungen von denjenigen, die zu einem anderen Zeitpunkt im Leben auftreten, grundlegend unterschieden werden können bzw. müssen. Diese Diskussion wird in hohem Maße davon mitbestimmt, welche Erklärung(en) für das Auftreten gesucht werden. Durchgesetzt hat sich mittlerweile die Erkenntnis, dass die Geburt des Kindes lediglich den Auslöser darstellt: Bei prädisponierten Frauen (von denen ein nicht unerheblicher Teil schon zuvor psychisch erkrankte) kommt eine psychische Störung zum Tragen, die auch in anderen Situationen hätte ausbrechen können (vgl. z.B. Pfuhlmann et al. 2002, Riecher-Rössler/ Hofecker-Fallahpour 2003). Eine Rolle bei dieser Bewertung spielt auch, dass vom Spektrum *alle* Störungen auftreten können, die auch zu anderen Zeitpunkten gefunden werden. Nichtsdestotrotz sprechen sich z.B. Riecher-Rössler/ Hofecker-Fallahpour (2003) für eine Beibehaltung der Begrifflichkeiten aus, da der Entstehungskontext spezielle Anforderungen an den Umgang mit diesen Störungen stellt.

Ein „Stiefkind“ der Forschung ist nach wie vor das Thema der Früherkennung und Prävention psychischer Störungen post partum. Im Ausland sind zahlreiche

Forschungen zur Prävention erschienen (z.B. psychoedukative und supportive Maßnahmen in der Schwangerschaft oder im frühen Wochenbett bei Frauen, die als gefährdet evaluiert wurden, oder die Nachbesprechung belastender Geburten), mit denen es jedoch selten gelang, die Prävalenzrate zu verringern. Doch obwohl dadurch die ausschlaggebende Bedeutung der Früherkennung i.S. einer Sekundärprävention bewusst wurde - mit dem Ziel, die Erkrankungsdauer und -schwere zu vermindern und damit die Folgeerscheinungen für Mutter und Kind zu minimieren (vgl. Klier/ Hohlagschwandtner 2002) -, lässt die Verbreitung und praktische Umsetzung des Wissens unter Fachleuten, die Umgang mit Müttern in der Schwangerschaft und im ersten Lebensjahr des Kindes haben, deutlich zu wünschen übrig. Die vorliegende Arbeit will sich deshalb den Möglichkeiten der weiteren Umsetzung dieser Erkenntnisse in die Praxis widmen.

1.3 Ziele und Inhalte der Arbeit

Ein Vergleich zahlreicher Präventionsstudien konnte nach Klier/ Hohlagschwandtner (2002) zeigen, dass mit einer Primärprävention keine befriedigenden Erfolge bei dieser Zielgruppe erreicht werden können. Hauptaugenmerk muss daher auf die Früherkennung und Frühbehandlung gelegt werden (sekundäre Prävention). Hierzu müssen Fachleute geschult sein, gefährdete Frauen wenn möglich schon in der Schwangerschaft zu erfassen sowie betroffene Frauen im Wochenbett schnellstmöglich einer (effektiven) Behandlung zuzuführen. Eine Früherkennung psychischer Störungen post partum dient der Vermeidung von Chronifizierung, der Verhinderung von Suizid oder Infantizid sowie der weitest möglichen Verhinderung von Folgen für die frühkindliche Entwicklung des Säuglings sowie der Mutter-Kind-Beziehung ebenso wie der Partnerbeziehung. Besonders der psychohygienische Effekt für die Entwicklung des Säuglings darf nicht außer Acht gelassen werden: Die emotionale wie kognitive Entwicklung des Kindes kann durch die Störung der Mutter verzögert sein (Murray/ Cooper 1996). Depressive Mütter reagieren weniger sensibel auf Bedürfnisse ihres Babys, sind weniger flexibel und weisen eine geringere mütterliche Intuition auf (Reck et al. 2004a); hierdurch wird auch die Bindung oft gestört (Cicchetti et al. 1998). Je eher die Mutter deshalb wieder in der Lage ist, auf das Kind in adäquater Weise einzugehen, um so mehr lassen sich Schäden in der sensiblen Entwicklungsphase des Kindes vermeiden oder zumindest reduzieren.

Aus diesen Gründen ist es wichtig, gefährdete Frauen so früh wie möglich zu identifizieren, um ihnen möglichst schnell eine Behandlung anbieten zu können. Dies setzt Kenntnisse zu den einzelnen Störungsbildern voraus sowie ein Wissen über Behandlungsmöglichkeiten, an welche die Betroffenen weitervermittelt werden können. Wissenserwerb zur Wahrnehmungsschulung, Kompetenz- und Sicherheitsvermittlung für Fachkräfte bezogen auf ihr Verhalten gegenüber Betroffenen, Kenntnis der Risikofaktoren zur Sensibilisierung gegenüber gefährdeten Frauen schon in der Schwangerschaft und im frühen Wochenbett sowie Umgang mit den gängigsten Screeningverfahren müssen Ziele der Schulung von allen Fachleuten sein, die Umgang mit Müttern in Schwangerschaft, Wochenbett und erstem Lebensjahr des Kindes haben.

Die Erforschung ebenso wie der praktische Umgang mit postpartalen Depressionen und Wochenbettpsychosen erfordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von unterschiedlichsten Berufsgruppen: Psychiatern, Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeitern, Hebammen, Stillberaterinnen, Gynäkologen, Kinderärzten und Hausärzten. Umso wichtiger ist es, dass all diese Fachleute schon in der Ausbildung und im Rahmen von berufsbegleitenden Fortbildungen grundlegende Kenntnisse über die Erscheinungsbilder, Risikofaktoren, Behandlungsmöglichkeiten und Möglichkeiten der Früherkennung und des Umgangs mit betroffenen Frauen erwerben.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, für die Zielgruppe der Hebammen ein Schulungskonzept vorzustellen, dass sich in modifizierter Form auch auf andere Berufsgruppen übertragen lässt. Gerade Hebammen haben die Gelegenheit, ein Vertrauensverhältnis zu den von ihnen betreuten Frauen aufzubauen, so dass sie sich für betroffene Frauen oft als erste Gesprächspartnerin anbieten. Häufig kennt die Hebamme die Frau schon während der Schwangerschaft, so dass ihr eine Veränderung nach der Entbindung umso deutlicher auffällt. Zudem ist der Kontakt zwischen Hebamme und Frau meist zeitlich intensiver und emotionaler geprägt als der zu einem Arzt/ einer Ärztin. All dies prädestiniert die Hebammen für die Früherkennung und Weitervermittlung betroffener oder gefährdeter Frauen. Gerade sie benötigen daher fundierte Kenntnisse, die es ihnen möglich machen, dieser Rolle gerecht zu werden. Durch ihr Fachwissen kann die Hebamme die Situation dann häufig schon einschätzen und behutsam selbst ansprechen, wenn die betroffene Frau selbst, ihr Partner oder andere Angehörige zwar merken, dass „etwas nicht stimmt“, aber das Problem noch nicht richtig benennen können. Die Hebamme kann auch Informationen über die Störung weitergeben

und betroffene Frauen zur Inanspruchnahme weiterer Hilfen motivieren, bevor sich der Zustand verschlechtert oder chronifiziert. Damit leistet sie einen wertvollen, nicht zu unterschätzenden Beitrag zur Sekundärprävention dieser Störungen, wobei deutlich betont werden muss, dass es *nicht* Aufgabe dieser Berufsgruppe sein soll, die Behandlung betroffener Frauen selbst zu übernehmen.

In der vorliegenden Arbeit erfolgt zunächst eine theoretische Analyse des Wissensstandes, der in komprimierter Form allen Fachkräften im Umgang mit den betroffenen Frauen zur Verfügung stehen sollte. Auf der Basis des gebündelten Fachwissens („State of the Art“) und unter Berücksichtigung von im Ausland existierenden Schulungsmodellen und Leitfäden wurde exemplarisch ein Schulungsmodell für die Berufsgruppe der Hebammen entwickelt, dessen Ziel eine verbesserte Früherkennung betroffener Frauen ist und welches im Anschluss daran vorgestellt wird.

Im dieser Einleitung folgenden *zweiten Kapitel* der Arbeit wird das Erscheinungsbild beschrieben. Hier erfolgt eine Darstellung aller möglichen Störungsformen, ihrer Symptomatik, Manifestationszeitpunkt und –häufigkeit sowie ihres Verlaufes. Ebenso wird an dieser Stelle ein spezifisches Screeningverfahren für Depressionen im Wochenbett, die Edinburgh Postnatal Depression Scale vorgestellt, welches z.B. auch durch Hebammen im Rahmen von Wochenbettbesuchen schnell und einfach angewandt werden kann. Auf diese Weise als gefährdet evaluierte Frauen können dann zur weiteren Diagnostik an Psychologen oder Psychiatern weitervermittelt werden. Eine Diskussion zur Spezifität der Störungsbilder post partum bildet den Abschluss des zweiten Kapitels.

Im *dritten Kapitel* folgt die Beschreibung der Auswirkungen der psychischen Störung der Mutter auf die Familie, v.a. die Kinder. Die Störung beeinträchtigt in vielen Fällen die Mutter-Kind-Interaktion und die Bindungsqualität des Kindes, und hat (z.T. noch Jahre später nachweisbare) negative Auswirkungen auf die psychische, soziale und kognitive Entwicklung des Säuglings wie auch älterer Geschwisterkinder.

Im *vierten Kapitel* werden Forschungsergebnisse dargestellt, die sich mit den Risikofaktoren beschäftigen. Dabei wird in der vorliegenden Arbeit sowohl für die psychotischen als auch nicht-psychotischen Störungen ein Vulnerabilitäts-Stress-

Modell zugrunde gelegt. Die weitere Darstellung der Risikofaktoren erfolgt unterteilt nach Vulnerabilitätsfaktoren (z.B. genetische und familiäre Prädisposition, Persönlichkeitsstruktur, psychische Vorerkrankungen), aktuellen Auslösefaktoren (z.B. Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, kindbezogene Faktoren, Partnerbeziehung) und Schutzfaktoren (z.B. soziale Unterstützung, Bewältigungsstrategien).

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell lässt genug Spielraum für die Erklärung der Vielfalt der Erscheinungsbilder: Die Unterschiede liegen in der Gewichtung der einzelnen Faktoren, v.a. der zugrunde liegenden Vulnerabilität. Daher wird in diesem Kapitel ganz bewusst darauf verzichtet, die jeweils spezifischen *Ursachen* der diversen Störungsbilder herauszuarbeiten oder diesbezügliche Hypothesen aufzustellen. Zudem liefert eine kausale Interpretation wenig Anhaltspunkte für die weitere Vorgehensweise von Fachleuten, deren Augenmerk die Früherkennung sein soll. In diesem Zusammenhang bringt das Wissen über *mögliche* Risiko- und Schutzfaktoren für die nachfolgende Entwicklung einer psychischen Störung post partum – egal welcher Form – und die Handhabung von Screeningverfahren zur Sensibilisierung gegenüber gefährdeten Frauen anwendungsrelevantere Erkenntnisse für den psychiatrischen Laien.

Das Kapitel schließt ab mit der zusammenfassenden Darstellung von Metaanalysen hinsichtlich der Risikofaktoren für PPD³ sowie Screeningmöglichkeiten, mittels derer die Gefährdung bestimmter Frauen für die nachfolgende Entwicklung einer postpartalen Depression schon im Vorfeld, d.h. im Verlauf von Schwangerschaft und frühem Wochenbett evaluiert werden können. Hervorgehoben werden soll hierbei die Risikocheckliste von Beck (1998a), die auf der Basis ihrer eigenen Metaanalyse entwickelt wurde.

Im *fünften Kapitel* werden Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt. Es wird ein Überblick gegeben über die somatische, v.a. psychopharmakologische Behandlung unter Berücksichtigung der Besonderheiten während des Stillens, nicht-medikamentöse ambulante Behandlung (v.a. mittels Psychotherapie und aufsuchenden Hilfen) und stationäre Behandlungsansätze für psychisch kranke Mütter unter besonderer Berücksichtigung der gemeinsamen Mutter-Kind-Aufnahme und darauf abgestimmter Behandlungskonzepte.

³ PPD = **p**ostpartale **D**epressionen.

Da primärpräventive Ansätze bislang wenig Erfolg versprechend zu sein scheinen, wird im *sechsten und letzten Kapitel* der Schwerpunkt auf die besondere Bedeutung der Sekundärprävention i.S. der Früherkennung gelegt. Die sekundärpräventiven Maßnahmen für die Mütter müssen jedoch immer auch als primärpräventive Maßnahme für das Kind betrachtet werden: Über die Früherkennung der Störungen und eine schnelle Behandlung der Mütter wird einer Chronifizierung und Verschlimmerung vorgebeugt; somit können schwere, lang andauernde Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung sowie Beeinträchtigungen der Entwicklung des Kindes verringert werden.

Herausgearbeitet werden in diesem Kapitel die Erfordernisse an eine adäquate Früherkennung, so z.B. hinsichtlich der Frage relevanter Berufsgruppen, die diese Früherkennung leisten sollen, existente Empfehlungen zum benötigten Expertenwissen einschließlich Leitfäden und (bislang nur im Ausland) praktizierte Schulungsmodelle. Dabei wird auch aufgezeigt, welche besondere Bedeutung Hebammen im Kontext der Früherkennung zukommt und wie diese geschult werden können, um gefährdete oder betroffene Frauen zu erkennen, erste Entlastung zu bieten und die Frauen zu motivieren, geeignete Behandlungsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen. Obwohl etliche Frauen im Wochenbett keine Behandlung wünschen – wie Ballestrem et al. (2002; 2005) herausfanden –, darf der entlastende Charakter der Enttabuisierung des (bislang unsichtbaren) Leidens und des *Wissens* um Hilfemöglichkeiten nicht unterschätzt werden. Hierzu bedarf es vonseiten der Hebammen nicht nur theoretischer Kenntnisse um Störungsbilder, Risikofaktoren und Behandlungsmöglichkeiten, sondern auch Handlungskompetenzen wie der Umgang mit Screeningverfahren und hilfreiches (Gesprächs-)Verhalten im Umgang mit betroffenen Frauen. Neben der Darstellung von Aufbau und Inhalten des hierzu entwickelten Schulungsmodells finden auch Lernziele und methodische Überlegungen zur Gestaltung der Schulungen Berücksichtigung.

Wie meine Erfahrung mit den bisherigen Schulungen zeigt, besteht bei den Hebammen vor Kenntnis des Themas häufig wenig Motivation, sich auf eine mehrtägige Fortbildung einzulassen. Das zu Beginn für eine 2-3-tägige Fortbildung vorgesehene (und auch durchgeführte) Konzept mit einem größeren Anteil an praktischen Übungen, Rollenspielen etc. wurde daher zur Gewährleistung der Akzeptanz durch die Hebammen und zwecks Anpassung an unterschiedliche institutionelle Kontexte modulartig konzipiert, so dass sich die relevantesten Inhalte im Rahmen einer Vortragsveranstaltung, bei größerem Zeitbudget auch als

Tagesveranstaltung oder zweitägiges Seminar behandeln lassen (durch additive Hinzunahme von Modul 2-4). Die Module beinhalten die folgenden Themen:

- Modul 1 – *„Psychische Störungen post partum - Früherkennung und Management“*,
- Modul 2 – *„Behandlungsmöglichkeiten und -einrichtungen – Vermittlung von Informationen an Betroffene und ihre Weitervermittlung“*,
- Modul 3 – *„Risikofaktoren – Kennen und Erkennen“*,
- Modul 4 – *„Gesprächsführung im Umgang mit (potenziell) Betroffenen - Eine Erweiterung der eigenen Kompetenzen“*.

Hierdurch konnte und kann ein weitaus größerer Personenkreis motiviert werden, an den Schulungen teilzunehmen, zumal im März 2005 die Bestätigung als anerkannte Fortbildung i.S. der HebBO NRW vom 04. Mai 2002 für das vorgelegte Schulungskonzept bewirkt werden konnte und die Hebammen diese Fortbildung somit auf ihre Pflichtfortbildungsstunden angerechnet bekommen können. Die Einsicht in den Bedarf an Vertiefung, v.a. bei den Gesprächskompetenzen, stellt sich häufig erst im Verlauf der Schulung heraus, so dass den Hebammen bei Interesse die Teilnahme an einer Aufbauveranstaltung angeboten werden kann. Alle in der Schulung verwendeten Folien, Übungen und sonstigen Arbeitsvorlagen sind in der abschließenden Darstellung eines idealtypischen Ablaufes beschrieben.

2 Psychische Störungen post partum – die Erscheinungsbilder

Betrachtet man das Phänomen psychischer Störungen post partum, werden meist drei Hauptgruppen von Störungen unterschieden:

- Die postpartale Dysphorie – auch „Allgemeines Stimmungstief“, „Heultage“ oder „Baby-Blues“ genannt – ist eine milde, kurz dauernde depressive Verstimmung. Sie geht mit einer hochgradigen Affektlabilität mit Weinerlichkeit, Ängstlichkeit, Stimmungsschwankungen, Schlaf- und Appetitstörungen, Konzentrationsschwäche, Konfusion und erhöhter Reizbarkeit einher. Die postpartale Dysphorie beginnt in vielen Fällen zwischen dem 2. bis 5. Tag nach der Entbindung (Ehlert et al. 1990) und geht i.A. schnell wieder vorüber, maximal nach zwei Wochen. Die Prävalenzangaben schwanken je nach Untersuchungskriterien; im deutschen Sprachraum wird eine Prävalenz von bis zu 41% angenommen (Bergant/ Lanczik 1997); 5 Tage nach der Entbindung konnten in einer Untersuchung von Bergant et al. (1998c) 20,3% der Mütter als mindestens „mild depressiv“ ermittelt werden. Das Erscheinungsbild ist umfassend bekannt, weil es meist noch während des Klinikaufenthaltes auftritt. Vermutete Ursache ist zum einen die hormonelle Umstellung und Erschöpfung nach der Entbindung, zum anderen die psychische Umstellung auf das Leben mit einem Neugeborenen mit allen damit verbundenen Ängsten und Unsicherheiten. Der postpartalen Dysphorie kommt kein Krankheitswert zu; trotzdem kann ein Leidensdruck für die betroffenen Mütter gegeben sein, z.B. dann, wenn sie eine Indifferenz gegenüber dem Neugeborenen empfinden und daraufhin erhebliche Schuldgefühle entwickeln. Eine Behandlung ist nicht erforderlich; eine empathische Einfühlung in die Situation der Mutter, Aufklärung über die zeitliche Beschränkung und liebevolle Zuwendung reichen völlig aus. Die postpartale Dysphorie ist jedoch als prädiktiver Faktor für die Entstehung schwererer Störungen zu berücksichtigen: Mütter, bei denen dieses Syndrom nach der Geburt aufgetreten ist – besonders bei schwerem Verlauf –, sind gefährdeter für eine spätere PPD. Daher sollte auch diese Störung beachtet werden, um beim möglichen Übergang in ein anderes Störungsbild eine adäquate Therapie möglichst frühzeitig einzuleiten.
- Ca. 1-2 von 1.000 Müttern entwickeln nach der Geburt eine Wochenbettpsychose v.a. affektiver Art (depressiv, manisch, bipolar oder schizoaffektiv); nur in seltenen Fällen kommt es zu einer Schizophrenie, vorrangig als Rückfall einer schon zuvor bestehenden schizophrenen Störung. Das Störungsbild der

postpartalen Psychose bedarf psychiatrischer Behandlung und verläuft sehr akut, z.T. unter (Lebens-)Gefährdung von Mutter und Kind durch Suizid/ Suizidversuch und Kindestötung/ Kindesmisshandlung. Eine Klinikeinweisung ist in den seltensten Fällen zu umgehen.

- Zwischen diesen beiden Störungsformen stehen die nicht-psychotischen postpartalen Depressionen unterschiedlichen Schweregrades, die häufig unbemerkt verlaufen. Die Übergänge können fließend sein; so kann z.B. aus der postpartalen Dysphorie eine PPD werden, wenn die Verstimmungen länger als zwei Wochen anhalten.

Bei einer genaueren Unterteilung und Differenzierung der in zahlreichen Forschungen beschriebenen Störungsbilder lassen sich jedoch im Querschnitt nahezu alle Kategorien finden, die auch im ICD-10-GM oder DSM-IV ohne Bezug zum Auftretenszeitpunkt „post partum“ als potenzielle Störungsformen beschrieben werden, so auch Angst-, Panik- und Zwangsstörungen sowie posttraumatische Belastungsstörungen (im Folgenden PTSD⁴).

Für nicht in die klassischen Kategorien einordbare postpartale psychische Störungen steht im ICD-10-GM darüber hinaus eine gesonderte (pauschale) Einordnung als „psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, nicht andernorts klassifizierbar“ zur Verfügung, die aber erst dann gewählt werden sollte, wenn die deutlich präziseren herkömmlichen Einordnungen nicht greifen oder nur unzureichende Informationen zur Verfügung stehen.

Im folgenden Kapitel sollen die unterschiedlichen Störungsbilder beschrieben werden. Dabei werden zu jeder Störung neben der Symptomatik auch Prävalenz, Manifestationszeitpunkt, Verlauf und Prognose dargestellt. Wo Unterschiede auftreten, wird des Weiteren ein Vergleich der Symptome postpartaler und nicht postpartaler psychischer Störungen geleistet sowie die besondere inhaltliche Ausprägung einzelner Symptome beschrieben. Zusätzlich werden charakteristische Warnsymptome für den Beginn oder das Vorhandensein einer psychischen Störung sowie Screeninginstrumente zur Erfassung potenziell betroffener Frauen aufgeführt, die zwar die präzise Diagnostik nicht ersetzen, wohl aber diese Diagnostik und eine Unterstützung/ Behandlung der betroffenen Mutter einleiten können (Sensibilisierungseffekt). Da es im Rahmen dieser Arbeit um die Früherkennung durch nicht-psychiatrische Berufsgruppen geht, wird auf ein eigenes

⁴ PTSD = PostTraumaticStressDisorder.

Kapitel zur Diagnostik bewusst verzichtet, da es nicht Aufgabe von Hebammen und anderen psychiatrischen „Laien“ ist, diese Diagnostik selbst durchzuführen. In den weiteren Ausführungen wurden vorrangig Forschungen in die Betrachtung mit einbezogen, die sich auf unsere westlichen Industrieländer beziehen. Untersuchungen über Prävalenz- oder Rückfallraten in anderen Kulturkreisen bleiben unberücksichtigt. In der Beschreibung bleiben des Weiteren spezielle Problemgruppen wie adoleszente Mütter unberücksichtigt, bei denen die Häufigkeit von psychischen Störungen nochmals erhöht ist und die einer individuelleren Betrachtung bedürfen.

2.1 Nicht-psychotische postpartale Depressionen

Die nicht-psychotische postpartale Depression wird in der Fachliteratur am häufigsten beschrieben, und es existieren hierzu die ausführlichsten, z.T. aber auch widersprüchlichsten Forschungsergebnisse. Es handelt sich hierbei um ein ernstes Störungsbild mit schweren Auswirkungen auf die Lebensqualität der Mutter, ihres Kindes und der ganzen Familie. Eine Früherkennung ist daher auch schon bei den leichten und mittleren Schweregraden von großer Bedeutung, zumal diese von den betroffenen Frauen oft verborgen werden - manchmal bemerkt den Zustand lange Zeit noch nicht einmal der Ehemann.

Forschungen und klinische Erfahrungen in zahlreichen Ländern haben gezeigt, dass die Gefährdung für bzw. das Vorliegen einer postpartalen Depression frühzeitig identifiziert werden kann und *muss*: sowohl durch die Identifizierung von Risikofrauen schon in der Schwangerschaft (z.B. Beck 1998a) und im Frühwochenbett (z.B. Dennis 2004; Teissedre/ Chabrol 2004) als auch durch eine Erfassung im späteren Wochenbett bei der Kontrolluntersuchung durch den Gynäkologen (z.B. Wendt/ Rohde 2004), durch Kinderärzte (z.B. Seidman 1998, Currie/ Rademacher 2004), Hausärzte (z.B. Gunn et al. 1998) oder Hebammen (z.B. Mauthner 1997). Die „Edinburgh Postnatal Depression Scale“ (EPDS) hat sich zu diesem Zweck in vielen Ländern und Sprachen als valide erwiesen und wird mittlerweile auch für Untersuchungen zur Prävalenzrate der PPD eingesetzt. Uneinigkeit besteht jedoch über den „Cut-Off-Point“ dieses Testes, ab dem das Vorliegen einer Depression vermutet werden kann. Dieser uneinheitliche Cut-Off-Point hat sehr unterschiedliche Aussagen über die Prävalenzrate zur Folge.

2.1.1 Frühzeichen und Warnsymptome vor Ausbruch der Störung

Bei der nicht-psychotischen Depression post partum sind als Frühzeichen und Warnsymptome - in Anlehnung an Cox (1989, zit. nach Knops 1993) - folgende Symptome zu bemerken, die eine beginnende Störung ankündigen können:

- extreme Besorgnis;
- extreme Müdigkeit und Erschöpfung;
- gedrückte Stimmung;
- Schuldgefühle;
- Interesselosigkeit;
- Schlafstörungen;
- somatische Symptome ohne körperliche Ursache oder in der Schwere darüber hinaus (z.B. Kopfschmerzen);
- ausgeprägte Angst, in Bezug auf die mütterlichen Fähigkeiten in Frage gestellt zu werden;
- ausgeprägte Angst um die Gesundheit des Kindes;
- schlechtes Gedeihen des Kindes (möglicherweise Indiz für Fütterungsprobleme oder Vernachlässigung des Kindes);
- Abschotten von anderen Menschen, Sich-Zurückziehen, soziale Isolation;
- ungewöhnliche Unfähigkeit, Verabredungen einzuhalten;
- schlechte Konzentration sowie
- schlechter Appetit oder extreme Gewichtszunahme.

Honikman (1999) zitiert Dunnewold (unbek. Jahr), nach der auch Gedanken, sich selbst oder das Baby zu verletzen, zu den Warnzeichen gerechnet werden muss.

Die Depression beginnt am häufigsten mit Müdigkeit und Erschöpfung. Die Frau fühlt sich ausgelaugt und physisch krank und empfindet das Bedürfnis, rund um die Uhr zu schlafen. Postpartale Erschöpfung ist ein wesentliches Symptom für psychiatrische Störung und muss von der normalen Müdigkeit, unter der viele Mütter nach der Entbindung leiden, unterschieden werden (Atkinson 1994).

Viele der obigen Symptome sind in der postpartalen Phase nur schwer von den normalen Anpassungsproblemen fast jeder Mutter zu unterscheiden. Sie kommen aufgrund der körperlichen und psychischen Belastung durch Geburt und Versorgung des Kindes häufig vor. Depressionssymptome dauern jedoch länger an, chronifizieren sich vielleicht oder sind wesentlich intensiver als die „normalen“ Umstellungsschwierigkeiten. Deshalb sollte beim Auftreten der beschriebenen

Symptome immer auch die Möglichkeit des Vorhandenseins oder Beginns einer ernsthaften psychischen Störung in Erwägung gezogen werden. Werden diese Warnsymptome erkannt, kann versucht werden, die Entstehung einer PPD durch das Einleiten geeigneter Maßnahmen entweder noch im Vorfeld zu verhindern oder zumindest ihre Chronifizierung und Verschlimmerung zu vermeiden.

2.1.2 Symptomatik des ausgeprägten Störungsbildes

(Postpartale) Depressionen sind Störungen, die sich durch Beeinträchtigungen auf der physiologischen, psychomotorischen, kognitiven sowie emotionalen Ebene auszeichnen („depressives Syndrom“ nach Wolfersdorf 1992). Die Zusammensetzung der Symptome ist von Person zu Person sehr unterschiedlich; die Depression hat viele Gesichter und jede Betroffene leidet anders. Von einer Depression wird erst dann gesprochen, wenn eine bestimmte Anzahl von Symptomen und dazu weitere Kriterien (u.a. Dauer der Symptome) vorhanden sind. Zudem ist eine nahezu stufenlose Klassifizierung der Depressionen nach ihrem Schweregrad⁵ mittlerweile gängig und hat schon in den ICD-10 als Neuerung gegenüber älteren Versionen Eingang gefunden, ohne dabei - wie zuvor üblich - Aussagen über ihre Einstufung als reaktiv, neurotisch oder endogen zu machen, d.h.: ätiologische oder pathogenetische Vorstellungen bleiben unberücksichtigt (deskriptiv-phänomenologischer Ansatz). Die Einteilung des Schweregrades erfolgt nach Anzahl, Art und Schwere der vorliegenden Symptome und mittels einer komplexen klinischen Beurteilung (z.B. Beurteilung des Ausmaßes noch möglicher sozialer und beruflicher Aktivitäten im Alltag). Für die Diagnose depressiver Episoden aller drei Schweregrade wird zudem gewöhnlich eine Dauer von mindestens zwei Wochen verlangt; kürzere Zeiträume können berücksichtigt werden, wenn die Symptome ungewöhnlich schwer oder schnell aufgetreten sind. Die Kriterien für eine depressive Episode nach ICD-10-GM gibt Tabelle 1 wieder.

⁵ In vielen Untersuchungen findet man die DSM-IV-Einteilung in Minor und Major Depression. Sofern dies der Fall ist, wird diese diagnostische Einteilung bei der Darstellung der Ergebnisse beibehalten. Dies gilt entsprechend für alle weiteren abweichenden Kategorien.

Tabelle 1: Kriterien einer depressiven Episode (nach ICD-10-GM)

F32.-	Depressive Episode
	Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden, leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten "somatischen" Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen.
F32.0	Leichte depressive Episode
	Gewöhnlich sind mindestens zwei oder drei der oben angegebenen Symptome vorhanden. Der betroffene Patient ist im Allgemeinen davon beeinträchtigt, aber oft in der Lage, die meisten Aktivitäten fortzusetzen.
F32.1	Mittelgradige depressive Episode
	Gewöhnlich sind vier oder mehr der oben angegebenen Symptome vorhanden, und der betroffene Patient hat meist große Schwierigkeiten, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen.
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
	Eine depressive Episode mit mehreren oben angegebenen, quälenden Symptomen. Typischerweise bestehen ein Verlust des Selbstwertgefühls und Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld. Suizidgedanken und -handlungen sind häufig, und meist liegen einige somatische Symptome vor.

Auf der psychomotorischen Ebene muss nochmals zwischen agitierten und gehemmten Syndromen unterschieden werden (Rudolf 1990).

Die *agitiert Depressiven* zeigen eine starke körperliche Unruhe und innere Getriebenheit, die z.B. an ständigem Spielen mit den Fingern oder Beinen sowie häufigem, leeren Hin- und Herlaufen erkannt werden können. Sie können nicht ruhen; viele Dinge werden begonnen, ohne dass sie vollendet werden (→ Leerlaufhandlungen).

Die *gehemmt Depressiven* erscheinen insgesamt motorisch gehemmt; ihre Mimik und Gestik ist verarmt, die Stimme leise und monoton; die Bewegungsabläufe sind verlangsamt, die Schritte schleppend und kraftlos. Sie erscheinen erstarrt bei z.T. stundenlangem Sitzen an der gleichen Stelle.

Eine andere Differenzierung wird von Rohde (2001b) vorgenommen, die drei Prägnanztypen postpartaler Depressionen entwickelte:

Der „Insuffizienztyp“: Die depressive Verstimmung steht im Vordergrund mit Insuffizienzgefühlen, Schuldgefühlen, der Überzeugung, eine schlechte Mutter zu sein. Die Mutter-Kind-Gefühle sind nicht in der Art vorhanden, wie die Mutter sie erwartet, was wiederum Schuldgefühle verursacht. Oftmals endomorphe Symptomatik (mit Konzentrationsstörungen, Antriebsmangel, Schlafstörungen, Appetitstörungen, Tagesschwankungen etc. bis hin zur Suizidalität).

Der „Zwangstyp“: Depressive Verstimmung mit im Vordergrund stehender Zwangssymptomatik („obsession of infanticide“, Gedanke bzw. Impuls, dem eigenen Kind etwas anzutun, es zu verletzen, zu töten etc.). Verbunden mit ausgeprägten Schuld- und Schamgefühlen, Angst vor Kontrollverlust und Vermeidungsverhalten (Situationen, in denen das Kind vermeintlich „gefährdet“ ist, werden vermieden). Die Depression entwickelt sich häufig nach der Zwangssymptomatik.

Der „Paniktyp“: Auftreten depressiver Verstimmung parallel mit der meist erstmaligen Manifestation von Panikattacken.

Inhaltlich tritt bei den Symptomen einer PPD⁶ das Thema der Mutterschaft besonders in den Vordergrund. Bei den postpartal depressiven Frauen drehen sich viele Gedanken um ein Versagen in ihrer Rolle als Mutter. Viele Frauen fühlen sich insuffizient und haben das Gefühl, eine schlechte Mutter zu sein. Andere Frauen äußern eine übertriebene Besorgnis um das Kind, haben Angst, etwas falsch zu machen, fürchten sich vor Krankheiten des Kindes oder fühlen sich insgesamt der neuen Situation nicht gewachsen. Manche Frauen beschreiben auch, dass sie keine oder nur wenig Liebe für ihr Kind empfinden können und/ oder sich wünschen, es nie bekommen zu haben.

Den betroffenen Frauen gelingt es zunehmend weniger, den alltäglichen Anforderungen (Haushalt, Kind, Sozialkontakte) aufgrund von Antriebs- und Lustlosigkeit gerecht zu werden. Alles wird zu viel, so dass die kleinsten Aufgaben die Mutter in Aufregung und Panik versetzen können. Morgens wissen betroffene Mütter oft nicht, wie sie den Tag überstehen sollen. Manchmal müssen dann andere Personen die Versorgung des Kindes und des Haushaltes übernehmen. Aus Angst vor dem Alleinsein wird teilweise der Mann bedrängt, zu Hause zu bleiben.

⁶ Eine Beschreibung der Symptome von postpartalen Depressionen findet sich z.B. bei Dalton (1992), Nispel (2001) oder Rohde (2004).

Typisch ist bei Wochenbettdepressionen auch die Reizbarkeit vieler Mütter, die häufig als unkontrollierbar erlebt wird. So fanden z.B. Neiland/ Roger (1997) bei einem Vergleich der Symptome postpartaler Depressionen mit Depressionen nicht-puerperaler Art bei den Müttern mit PPD neben einem geringeren Selbstwertgefühl auch öfter Reizbarkeit und Anspannung. Auch von Dalton (1992) wird die Reizbarkeit als hervorstechendes Merkmal einer PPD beschrieben: Die Mütter zeigen sich ungeduldig, streitsüchtig und neigen zu heftigen Ausbrüchen. Auf derartige Ausbrüche folgt meist ein Zusammenbruch mit unkontrollierbarem Schluchzen und starken Schuld- und Schamgefühlen. Auslöser für emotionale Zusammenbrüche oder Gewalttätigkeiten ist oft das Schreien des Kindes, das von der Mutter nur schwer ertragen werden kann. Oft geben sich die Frauen die Schuld für ihren Zustand und machen sich schwere Vorwürfe, was das Gefühl des eigenen Unvermögens und der Minderwertigkeit noch verstärkt und zu Suizidgedanken führen kann.

Die schwerste Konsequenz einer PPD können neben Verletzungen des Kindes durch die Mutter sowie der Suizidgefahr im Extremfall auch die Kindestötung (Infantizid) bzw. der erweiterte Suizid sein (Rohde 2004). Suizidgedanken waren bei Frauen post partum jedoch deutlich seltener als bei nicht-postpartalen Frauen, wie Eberhard-Gran et al. (2003) feststellen konnten. Bei Appleby (1996) betrug die Rate der vollzogenen Suizide ca. 5 auf 100.000 Frauen im ersten Jahr nach der Geburt. Die meisten Suizide und Suizidversuche werden jedoch von psychotisch depressiven oder schizophrenen Müttern unternommen.

Die depressive Stimmung kann - gerade bei den postpartalen Störungen - von Zwangsgedanken/ -impulsen oder Angst überdeckt sein. Wisner et al. (1999b) fanden aggressive Zwangsgedanken, die sich gegen das Kind richten, bei Frauen mit PPD häufiger als bei Frauen mit Major Depression zu anderen Zeiten. Nach Rohde (1998) sind solche Zwangsgedanken und Zwangsimpulse - z.B. der Gedanke, das Kind zu verletzen und ihm etwas anzutun; Gedanken, es zu erstechen, zu ertränken, ihm eine Nadel in die Fontanelle zu stoßen etc. - für die Mütter ganz besonders quälend. Solche Gedanken lösen zumeist große Angst aus, die Betroffene sieht sie als Beweis dafür, eine schlechte Mutter zu sein, ihr Kind nicht ausreichend zu lieben und lebt in ständiger Angst davor, diese Gedanken irgendwann in die Tat umzusetzen. Dementsprechend sind viele Mütter auch erst bereit, solche Gedanken zuzugeben, wenn sie erfahren, dass viele Frauen derartige Gedanken haben: Bei Jennings et al. (1999) hatten 41 von 100 Müttern Ge-

danken, ihre Kinder zu verletzen; etliche Mütter berichteten Ängste, alleine zu bleiben und fühlten sich unfähig, für ihr Kind zu sorgen.

Auch bei Ross et al. (2003) beschrieben nahezu 50% aller klinisch depressiven Mütter im Wochenbett Angstsymptome. Die Autoren zitieren andere Untersuchungen, die ebenfalls hohe Raten an komorbiden Angststörungen bei PPD fanden: nach Misri et al. (2000) 30-40%. Angst komorbid zur Depression war nach Cox et al. (1993) mit einer schlechteren Prognose verbunden. Ebenso fanden Hendrick et al. (2000), dass bei einer PPD viel häufiger als bei Depressionen zu anderen Zeitpunkten eine Angstsymptomatik mit im Vordergrund steht (bei 73,3% der Frauen mit PPD im Vergleich zu 16% der Frauen mit Major Depression nicht-puerperaler Art).

Patalla (1988) fand Abweichungen in den zirkadianen⁷ Mustern bei postpartalen Depressionen: Die zirkadianen Stimmungsschwankungen sind invers; es gibt bei der PPD nicht die typische morgendliche Verschlechterung, sondern eine Befindlichkeitsverschlechterung im Laufe des Tages mit Tiefpunkt am Abend und dem Wunsch, früh ins Bett zu gehen. Auch treten keine morgendlichen Schlafstörungen auf; bei Depressionen zu anderen Zeitpunkten ist dies meist umgekehrt.

Da es Überschneidungen zwischen den normalen Folgeerscheinungen einer Entbindung (z.B. Veränderungen bei Schlaf, Energie, Libido, Appetit, Gewicht) und den Symptomen einer Depression gibt, müssen unbedingt Richtlinien für eine frühe Identifikation der postpartalen Depression entwickelt werden (vgl. Stowe/ Nemeroff 1995). Insbesondere Symptome wie Schlafstörungen, obwohl das Baby schläft (Pedersen 1999) sowie die übermäßige Sorge um die eigene Gesundheit und die des Babys (Watt et al. 2002) können hier richtungweisend sein. Darüber hinaus gibt es aber auch Frauen, bei denen mehrere Depressionssymptome evaluiert werden (z.B. Angst, Müdigkeit), die aber nicht das komplette klinische Bild der Depression erfüllen. Auch diese Frauen – deren Probleme häufig als „dysphorisches Syndrom“ bezeichnet werden - bedürfen möglicherweise der Betreuung und müssen erfasst werden.

⁷ Zirkadianer Rhythmus = eine biologische Aktivität, etwa Schlafen, die in regelmäßigen Zeitabständen auftritt.

2.1.3 Screening-Instrumente zur Erfassung gefährdeter und betroffener Frauen im Wochenbett

Frauen mit postpartalen psychischen Störungen suchen in vielen Fällen nicht von sich aus professionelle Hilfe, so dass sie entweder gar nicht oder erst nach einem längeren Verlauf der Depression entdeckt werden (Peindl et al. 2004; SIGN 2002). Nach der Untersuchung von Whitton et al. (1996) berichteten über 80% der betroffenen Frauen niemandem über ihre Symptome; bei Ramsay (1993, zit. nach Kemp et al. 2003) litten bis zu 50% unerkannt. Die Gründe hierfür sind vielfältig: unzureichendes Wissen, Fehlen einer zielgerichteten Befragung und Furcht vor Stigmatisierung (McIntosh 1993; Riecher-Rössler 1997). Die Depression ist schwer zu entdecken, weil viele Mütter sich schämen, ihre Schuldgefühle, Gedanken der Verzweiflung und Ambivalenz dem Baby gegenüber anderen Menschen einzugestehen. Sie fühlen sich schuldig, weil sie nicht dem gesellschaftlich erwarteten Bild einer glücklichen Mutter entsprechen und haben Angst, als schlechte Mutter dazustehen, wenn sie deprimiert sind (Herz et al. 1997). Aus Furcht, ihr Kind könne ihnen weggenommen werden, äußern sie nicht ihre Sorge, sie könnten ihrem Baby etwas antun (Pedersen 1999). Auch tendieren Ärzte und die Gesellschaft dazu, depressive Symptome wie Stimmungs-, Appetit- oder Schlafveränderungen in dieser Zeit als normal ab zu tun.

Viele Betroffene leiden dadurch lange unerkannt unter der Störung – bis hin zu vielen Monaten oder sogar Jahren. Dies hat Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung, die Partnerschaft, die kognitive und affektive Entwicklung des Kindes und viele andere Bereiche, so dass eine frühzeitige Erkennung der (potenziell) betroffenen Frauen durch bewusstes Screening und eine Weitervermittlung zwecks differenzierter Diagnostik und Behandlung von sehr hoher Bedeutung ist. Mehrere Möglichkeiten der Erfassung von postpartalen Depressionen sind entwickelt worden. Die weiteste Verbreitung hat die „Edinburgh Postnatal Depression Scale“ – kurz: EPDS – erfahren, das bislang einzige spezifische Screeningverfahren für postpartale Depressionen, das auch in einer deutschen Version existiert (*Anhang 1*) und dessen Validität in zahlreichen Untersuchungen bestätigt wurde. Bei der „Bromley Postnatal Depression Scale“ (vgl. Stein/ Van den Akker 1992) handelt es sich um ein Screening-Instrument, welches nicht nur gegenwärtige Depressionen erfassen kann, sondern auch vergangene Episoden einer postpartalen Depression ermittelt. Ebenso ist die „Postpartum Depression Checklist“ (kurz: PDC) von Beck (1995) ein eigens für die PPD entwickeltes Screening-

instrument. Beide Skalen werden jedoch (bislang) im deutschen Sprachraum nicht verwendet.

Auch die „Postpartum Depression Screening Scale“ (kurz: PDSS) wurde von Beck mitentwickelt (Beck/ Gable 2000; Beck/ Gable 2001). Hierbei handelt es sich um einen 35-Item-Fragebogen, der durch eine Kategorisierung der Fragen in 7 Dimensionen (sleeping/ eating disturbances, loss of self u.a.) das vorliegende Störungsbild noch wesentlich präziser erfassen will. Auch dieser Fragebogen existiert jedoch bisher nicht in einer deutschen Version und ist in seiner Anwendung bislang relativ unerforscht. Außerdem ist seine Anwendung wesentlich schwieriger als bei der EPDS, so dass er zumeist den spezielleren psychiatrischen Untersuchungen vorbehalten bleibt, d.h. erst dann zur Anwendung kommt, wenn eine betroffene Frau von anderen Fachleuten und durch Anwendung anderer Verfahren als solche wahrgenommen und weitergeleitet wurde.

Eine Beschränkung auf ein einheitliches Screeningverfahren im Wochenbett (bevorzugt die EPDS) erscheint m.E. sinnvoll, da hierdurch die Berufsgruppen, die dieses Verfahren anwenden (sollten), effektiv auf die konkrete Anwendung hin geschult werden können. Sicherlich kann in manchen Kontexten ein anderes Verfahren sinnvoll sein, z.B. wenn für Forschungszwecke die Rate von vergangenen Episoden ermittelt werden soll. Um die Erfassung potenziell akut betroffener Frauen zu verbessern, können diese Verfahren jedoch vernachlässigt werden. Da die EPDS das mittlerweile am meisten verwendete Screeninginstrument im Wochenbett ist, soll sie im Folgenden detaillierter dargestellt werden.

Die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Die EPDS wurde von Cox et al. (1987) als spezifisches Screeninginstrument für postpartale Depressionen entwickelt. Ihre Anwendung bei Müttern in üblichen Betreuungssituationen nach der Geburt (durch Hebammen, Stillberaterinnen, Kinderärzte, praktische Ärzte, Gynäkologen etc.) ist geeignet, auf Frauen aufmerksam zu werden, die mit einer relativ hohen Wahrscheinlichkeit an einer postpartalen Depression erkrankt sind oder erkranken könnten und ihnen die Inanspruchnahme von Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten zu erleichtern.

Die EPDS fragt mittels 10 Items spezifische Depressionssymptome (wie z.B. Freudlosigkeit, Selbstbeschuldigung, Angst- und Panikgefühle, Bewältigungsfähigkeit, Schlafstörung, Traurigkeit, Weinerlichkeit und Selbstgefährdung) ab, schließt aber körperliche Symptome aus, die nach der Geburt häufig vorkommen

(wie Müdigkeit, Schlafstörungen, Reizbarkeit) und in dieser Phase daher nicht unbedingt als depressive Symptome zu bewerten sind. Jedem Item sind vier Antwortmöglichkeiten mit einer Skalierung von 0-3 Punktwerten zugeordnet, wobei 0 „trifft gar nicht zu/ Abwesenheit von Symptomen“ bedeutet, 3 hingegen das Maximum an Intensität hinsichtlich des Symptoms repräsentiert. Die Frauen werden instruiert, die Antwort anzukreuzen, die am ehesten wiedergibt, wie sie sich in der vergangenen Woche fühlten. Der Gesamtwert ergibt sich durch Addition der Einzelwerte.

Die EPDS wird mittlerweile länderübergreifend als spezifisches Messinstrument benutzt, um Depressionen von Frauen in der postpartalen Phase zu eruieren. Ihre Validität, Sensitivität und Spezifität wurde in etlichen Untersuchungen nachgewiesen (z.B. Boyce et al. 1993; Lundh/ Gyllang 1993; Pop et al. 1992; Schaper et al. 1994). Länder wie Schweden, Italien, Portugal, die Niederlande, Australien, aber auch Südafrika, Chile, China und viele andere haben diese Skala übersetzt und als valides Screeninginstrument erkannt. In der BRD wurde die EPDS erst sehr spät im Vergleich zu den o.g. Ländern als geeignetes Screeninginstrument in Erwägung gezogen; seit der Untersuchung von Bergant et al. (1998b) ist auch hier die Validität belegt.

Gängige Depressionsskalen, wie z.B. das Beck-Depressions-Inventar (kurz: BDI) eignen sich nicht zur Erfassung betroffener Frauen im Wochenbett. Diverse Untersuchungen (z.B. Whiffen 1988a, Harris et al. 1989) zeigten, dass hierdurch weniger als die Hälfte aller betroffenen Frauen erfasst wurden; die EPDS zeigte sich sowohl in Sensitivität als auch Spezifität deutlich überlegen. Dies hängt mit der speziellen Symptomatik im Wochenbett zusammen, die es erfordert, ein Messinstrument zur Verfügung zu haben, welches die „normalen“, bei vielen Müttern vorkommenden körperlichen Symptome im Wochenbett ausschließt. Aufgrund von Fragen nach dem Gewichtsverlust, Libidoverlust, Müdigkeit oder Schlafstörungen muss die Reliabilität des BDI in der postpartalen Phase in Frage gestellt werden. Die EPDS hingegen schließt bewusst somatische Symptome aus, weil sie bei Frauen im Wochenbett sehr häufig auftreten.

Die Erstvalidierung der EPDS wurde an 84 Frauen anhand der „Research Diagnostic Criteria for Major Depression“ sowie standardisierter psychiatrischer Interviews durchgeführt. Mit dem EPDS-Summenscore >12 konnten Cox et al. (1987) alle nach diesen Kriterien definierten Frauen mit Major Depression richtig zuordnen. Dabei ermittelten sie eine Sensitivität von 86%, eine Spezifität von

78% und einen positiven prädiktiven Wert von 73%.⁸ Zahlreiche weitere Studien in England sowie weltweit (vgl. Clifford et al. 1999; Holt 1995) haben erbracht, dass die EPDS bei einem Summenscore >12 in der Lage ist, 86-95% der Fälle mit PPD korrekt zu identifizieren, v.a. dann, wenn sich bei zwei aufeinander folgenden Messungen jeweils hohe Scores auf der Skala ergeben, so dass dies der vorherrschende Schwellenwert ist, ab dem der Untersucher gewahr sein sollte, dass eine PPD vorliegen könnte.

Dennoch besteht über den Cut-Off-Point, ab dem das Vorliegen einer Depression angenommen werden kann, auch Uneinigkeit. In der Untersuchung von Bergant et al. (1998b) zur Validierung der deutschsprachigen Fassung der EPDS wurde schon bei einem Summenscore-Schwellenwert von 9,5 eine Sensitivität von 0,96, eine Spezifität von 1 und ein positiver Vorhersagewert von ebenfalls 1 ermittelt. Bergant et al. berücksichtigten in ihrer Studie auch die leichten Schweregrade depressiver Störungen gemäß ICD-10-Kategorisierung; dadurch reduzierte sich die Schwelle des EPDS-Summenwertes. Ein geringerer Cut-Off-Score hat den Vorteil, dass zwar falsch positive Frauen darunter sind, aber kaum betroffene Frauen durch das Raster fallen.

Ballestrem et al. (2001) zeigen ein Screeningvorgehen unter Verwendung des von Bergant et al. ermittelten Cut-Off-Scores auf:

1. Anwendung der EPDS 6-8 Wochen post partum;
2. Wenn Summenwert >9,5 wiederholter EPDS 9-12 Wochen post partum (Mindestabstand zum ersten Screening 3 Wochen);
3. Nun 2 Strategien:
 - a) Wenn jetzt der EPDS-Wert < 9,5 Langzeitbeobachtung empfohlen,
 - b) bei EPDS-Wert > 9,5 weitere diagnostische Vorgehensweise mittels BDI und Hamilton Depressionsskala (HAMD). Bei HAMD-Wert > 11,5 kann eine PPD diagnostiziert werden.

Ballestrem et al. empfehlen keine sofortige Vorgehensweise für Frauen mit auffällig hohen Werten beim ersten Screening; m.E. sollte das Vorgehen jedoch von der Höhe des ermittelten Wertes und den Ergebnissen in einzelnen Teilbereichen

⁸ Unter *Sensitivität* versteht man den Prozentsatz an Frauen, die die Krankheit tatsächlich haben und die von dem Test korrekt identifiziert wurden. Unter *Spezifität* versteht man den Prozentsatz an Frauen, die nicht die Krankheit haben, was ebenfalls von dem Test korrekt identifiziert wurde. Der *positive Vorhersagewert* ist der Anteil von Frauen, die einen positiven Test haben und tatsächlich erkrankt sind. Ein positiver prädiktiver Wert von 73% bedeutet somit, dass auf 100 Frauen, die über diesem Wert liegen, 27 von ihnen *nicht* die Kriterien einer Major oder Minor Depression erreichen. Nach Lee et al. (2000) haben aber die meisten dieser falsch positiven Fälle dennoch ein signifikantes Level depressiver Symptomatik.

(insbesondere bei der Frage nach Selbstmordgedanken) abhängig gemacht und ggfs. auch sofortige Maßnahmen ergriffen werden.

Bei Schaper et al. (1994) oder Klier (2004a) findet sich folgende Empfehlung zur Einstufung des Summenwertes, die m.E. bei einer Verwendung durch nicht-psychiatrische Berufsgruppen für die Einschätzung potenziell betroffener Mütter besonders geeignet erscheint:

Score 0–9	Wahrscheinlichkeit für eine Depression gering;
Score 10–12	Wahrscheinlichkeit für eine Depression mäßig vorhanden;
Score \geq 13	Wahrscheinlichkeit für eine Depression hoch.

Die EPDS ist kein Ersatz für eine vollständige klinische Beurteilung der Depression. Der Wert der EPDS erlaubt auch keine Einschätzung darüber, ob es sich bei den identifizierten Betroffenen um eine leichte, mittlere oder schwere Depression handelt (Reighard/ Evans 1995), sondern sagt nur etwas über die Wahrscheinlichkeit aus, mit der alle Betroffenen ermittelt werden können. Zudem ist zu beachten, dass manche Frauen mit niedrigen Scores dennoch klinisch depressiv sein können, während dies andere mit hohen Scores nicht sind. Auch die soziale Erwünschtheit bei Beantwortung der Fragen kann nicht ausgeschlossen werden. V.a. ein Wert von 0 sollte hinterfragt werden, da er nach Klier (2004a) auf ein Antworten in Richtung sozialer Erwünschtheit hinweist. Die Grenzen der EPDS ergeben sich zudem bei Frauen, die unerkannt schon längerfristig unter Depressionen leiden, da die EPDS nach den aktuellen Gefühlsveränderungen fragt und Frauen mit chronischen Depressionen möglicherweise nicht erfasst (Cox et al. 1996). Aus diesen Gründen muss sich jeder Anwender dieses Fragebogens gleichzeitig auf seine Erfahrung und seinen persönlichen Eindruck verlassen, betroffene Frauen ggfs. an anderen Anzeichen identifizieren und weiterführende Angebote machen. Die klinische Einschätzung einer Patientin als depressiv muss immer Vorrang gegenüber dem Testergebnis haben und die endgültigen Entscheidungen bedingen.

Die EPDS sollte routinemäßig bei allen Müttern eingesetzt werden, nicht nur bei Verdacht auf eine Depression. Da die Gefährdung für den Beginn postpartaler Depressionen innerhalb der ersten Wochen nach der Entbindung am höchsten ist (vgl. 2.1.5), befürworten Peindl et al. (2004), dass bei der gynäkologischen Nachuntersuchung 6 Wochen nach der Geburt dieser Fragebogen in jedem Fall zur Anwendung kommen sollte, sowie – wenn möglich – auch bei späteren Arzt-

besuchen. Die Untersuchung 6 Wochen post partum ist meistens das erste Mal, dass der Hausarzt oder Gynäkologe seine Patientin seit der Entbindung und dem frühen Wochenbett sieht. Zudem ist nach Holt (1995) jetzt die anfängliche Euphorie nach der Geburt vorbei und die Realität der Elternschaft hat begonnen. Aber auch beim Kinderarzt oder bei Hausbesuchen der Hebamme ergeben sich geeignete Gelegenheiten für eine Anwendung der EPDS. Klier (2004a) empfiehlt eine Wiederholung nach 3 und 6 Monaten; am besten sei eine wiederholte Anwendung der EPDS in den ersten 12 Monaten nach der Geburt, wobei jedoch mindestens 2 Wochen zwischen zwei Screenings vergehen sollten.

Die EPDS kann und sollte einer Frau ohne Verwendung des möglicherweise abschreckenden Begriffs „Depression“ mit der Begründung gegeben werden, über die mütterlichen Gefühle nach der Geburt eines Kindes Auskünfte beziehen zu wollen (Georgiopoulos et al. 1999). Die Frau sollte gebeten werden, den Fragebogen alleine (d.h. ohne „Mithilfe“ von Partner oder sonstigen Familienangehörigen) auszufüllen, außer sie hat Sprachschwierigkeiten oder Schwierigkeiten zu lesen (Cox et al. 1987). Das Ergebnis kann als Gesprächsgrundlage dienen, um den Müttern, die laut EPDS-Auswertung Verdachtsmomente für eine Depression aufweisen, ggfs. eine weitere Betreuung durch andere Institutionen (Psychiater, Psychotherapeuten etc.) nahe zu legen (vgl. Rohde/ Wendt 2003). Besorgnis wird häufig geäußert über eine mit diesem Screeningprozess verbundene mögliche Stigmatisierung. Frauen die falsch positiv ermittelt werden, könnten ängstlich werden oder Schuldgefühle entwickeln. Nach Meinung von Buist et al. (2002) ist es daher sinnvoll, den Frauen zu sagen, dass sie *möglicherweise* ein Problem haben und sie mit Informationen über Unterstützungsangebote zu versorgen. Das Risiko der Stigmatisierung wird nach Buist et al. jedoch nicht überwunden, indem man die Existenz psychischer Probleme ignoriert. Denjenigen Müttern, die die Weitervermittlung nicht annehmen möchten, könnte ein weiterer Termin zur Nachsorge durch den Gynäkologen (oder andere Anwender) angeboten werden, um noch einmal über das Befinden sprechen zu können. Eine derartige Früherkennung und Intervention kann den Verlauf der Störung verbessern und reduziert ihre Dauer, was z.B. Pignone et al. (2002, zit. nach Buist et al. 2002) zeigen konnten. Eine andere Studie konnte nachweisen, dass Mütter, die anhand der EPDS als potenziell depressiv evaluiert wurden und denen eine halbstündige Beratung auf der Basis der non-direktiven Gesprächsführung angeboten wurde, sich bereits besser erholten als die Mütter der Kontrollgruppe (Richards 1990, zit. nach Holt 1995). Problem der medizinischen Praxis in der BRD ist dabei jedoch,

dass solche persönlichen Beratungsleistungen und Gespräche des Arztes finanziell zu gering geschätzt werden. Dies zwingt (theoretisch) zu einer Neustrukturierung des Abrechnungssystems von Ärzten mit einer Höherbewertung von Beratungsleistungen.

Die Akzeptanz des Fragebogens ist nach Holt (1995) gut; keine der untersuchten Frauen weigerte sich, ihn auszufüllen. Erfahrungsgemäß teilen sich die Mütter vor Anwendung des Fragebogens selber nicht mit noch wird eine Besorgnis von Partnern und Angehörigen laut. Viele Frauen sprechen nach Holt nicht über ihre Gefühle, weil sie entweder selbst noch nicht bemerkt haben, was nicht stimmt oder weil sie denken, dass der Arzt oder die Hebamme nicht der richtige Ansprechpartner dafür ist. Meistens bestehen die Symptome jedoch schon eine ganze Zeit und haben die familiäre Situation bereits krisenhaft belastet, so dass die Bereitschaft zur Annahme eines weitergehenden Hilfsangebotes oft gegeben ist. Die EPDS gibt den Frauen häufig erstmalig den Anstoß, über ihre Gefühle zu sprechen. Wenn der Arzt (die Hebamme, etc.) die Mutter auf ihre hohen Werte auf der EPDS-Skala anspricht – empfohlen wird dies ab einem Wert von 10 -, kann dies ein guter Einstieg in ein tiefer gehendes Gespräch sein. In Großbritannien, wo die Durchführung der EPDS mittlerweile Routine ist, fühlen sich diejenigen Frauen, denen er nicht vorgelegt wird, regelrecht betrogen (Holt 1995). Dies zeigt die Bedeutung und hervorragende Akzeptanz dieses Screeninginstrumentes.

Eine übergreifende Anwendung der EPDS hätte viele positive Auswirkungen auf die Mütter: Durch die frühzeitige Aufdeckung von Risikopatientinnen könnte eine Chronifizierung vermindert und weiterer Verschlimmerung durch Einleitung gezielter Behandlung vorgebeugt werden. So fanden Evins et al. (2000), dass die Anzahl der PPD-Fälle, die mit Hilfe der EPDS aufgedeckt wurden, mit 35,4% deutlich höher war als die nur 6,3%-ige spontane Aufdeckung während einer Routineuntersuchung. In der Untersuchung von Georgiopoulos et al. (2001) erhöhte sich die ermittelte PPD-Rate nach Einführung der EPDS als Routinescreening-Instrument von 3,7% auf 10,7%.

Dass die EPDS auch die bei der PPD so häufig vorkommenden Angstsymptome zuverlässig ermittelt, macht sie nach Ansicht von Ross et al. (2003) besonders effektiv beim Erkennen der PPD.

Zudem stellt die routinemäßige Anwendung der EPDS eine Enttabuisierung und größere Bereitschaft her, auch über die negativen Gefühle nach der Geburt eines

Kindes zu reden; es wird Erlaubnis und Ermutigung zum Sprechen über die Probleme gegeben, was für sich alleine schon therapeutisch wirken kann. Entlastend wirkt auch, dass die Frauen wissen, wo sie Hilfe bekommen *könnten*, auch wenn sie dies zum Zeitpunkt des Gespräches noch nicht für erforderlich halten sollten. Ein besonderer Vorteil der EPDS ergibt sich dadurch, dass die oben dargestellten Screeningempfehlungen durch ihre Kürze und die Schnelligkeit der Auswertung ebenso wie durch die hohe Akzeptanz vonseiten der Mütter auch im Rahmen eines normalen Praxisablaufes praktikabel sind.

Ein Problem, welches von Buist et al. (2002) diskutiert wird, soll hier nicht unerwähnt bleiben: Obwohl die EPDS einfach in der Anwendung ist, muss ihre Verwendung und Auswertung ebenso trainiert werden wie die Art und Weise des Feedbacks, welches der Frau gegeben wird. Hierzu sind Schulungen im Umgang mit der EPDS dringend erforderlich. Die Professionellen, die in das Screening involviert sind, müssen in der Lage sein, sensibel mit den Problemen der Frauen umzugehen und sie adäquat weiter zu überweisen. Auch mit einer mangelnden Inanspruchnahme angebotener Hilfen müssen die Anwender der EPDS umgehen lernen. Doch auch hier sind die Forschungsergebnisse ermutigend: Nach Schaper et al. (1994) berichteten 83% der befragten Hebammen und Ärzte, dass der Gebrauch der EPDS ihr Bewusstsein für PPD erhöht habe; 92% haben Patientinnen mit hohen EPDS-Werten in Behandlung überwiesen.

2.1.4 Prävalenz postpartaler Depressionen

Die ermittelten Prävalenzraten differieren von Untersuchung zu Untersuchung beträchtlich, was z.T. mit der Auswahl von Untersuchungspopulation und Untersuchungszeitpunkt zu tun hat, zum anderen auch mit ungenauen diagnostischen Kriterien und Messinstrumenten. Viele Untersuchungen zur postpartalen Depression werden mittlerweile unter Einbezug der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) durchgeführt; die Prävalenzraten werden nach dem Anteil der Frauen über einem festgelegten Schwellenwert bestimmt. Da die EPDS kein diagnostisches Instrument ist und ein gewisser Anteil falsch positiv ermittelter Frauen nicht vermieden werden kann, werden bei dieser Vorgehensweise meist höhere Prävalenzraten ermittelt als unter Zugrundelegung klinischer Diagnosekriterien (vgl. Eberhard-Gran et al. 2001). Dennoch lässt sich diese Vorgehensweise nach O'Hara/ Swain (1996) vertreten, weil auch eine subsyndromale depressive Be-

findlichkeitsstörung einen großen Leidensdruck und Beeinträchtigungen im persönlichen und sozialen „Funktionieren“ der Mütter zum Ausdruck bringt.

Da zudem fast jeder Untersucher einen anderen Wert bestimmt, ab dem die gemessenen Variablen als „PPD“ klassifiziert werden, können die uneinheitlichen Prävalenzraten nicht verwundern. Einige ausgewählte Beispiele sind in Tabelle 2 zusammengestellt.

Tabelle 2: Untersuchungen zur „wahrscheinlichen“ Prävalenzrate postpartaler Depression mittels EPDS

Autor/ Jahr/ Land	ermittelte Prävalenz	EPDS-Schwellenwert ⁹	Untersuchungszeitpunkt
Ballard et al. (1994) – England	a) 27,5% b) 25,7%	13	a) 6 Wo. p.p. b) 6 Mon. p.p.
Ballestrem et al. (2001) – BRD	a) 20,1% b) 2%	9,5	a) 6-8 Wo. p.p. b) 9-12 Wo. p.p.
Ballestrem et al. (2002) - BRD	a) 17% b) 3,6%	9,5	a) 2 Mon. p.p. b) 3 Mon. p.p. ¹⁰
Georgiopoulos et al. (1999) – USA	a) 19,8% b) 11,4% ¹¹	a) 10 b) 12	6 Wo. p.p.
Holt (1995) – Neuseeland	14% ¹²	12,5	6 Wo. p.p.
Johanson et al. (2000)- England	7,4%	14	3 Monate p.p.
Lane et al. (1997) - Irland	11%	13	6 Wo. p.p.
Reighard et al. (1995) - USA	19,9%	12	„postpartum visit“, vermutlich ca. 6 Wo. p.p.
Righetti-Veltema et al. (1998) – Schweiz	10,2%	12	3 Mon. p.p.
Roy et al. (1993) - USA	17,4%	12	6 Wo. p.p.
Schaper et al. (1994) - USA	a) 17,4% b) 8%	a) 10 b) 13	6 Wo. p.p.
Zelkowitz/ Milet (1995) - Kanada	a) 6,2% b) 3,4%	a) 10 b) 12	6 Wo. p.p.

⁹ Der EPDS-Schwellenwert ist der EPDS-Score, ab dem eine Einstufung als potenziell depressiv zugrundegelegt wurde.

¹⁰ In beiden Untersuchungen von Ballestrem et al. wurden beim 2. Messzeitpunkt nur die Frauen untersucht, die beim ersten Screening auffällig waren.

¹¹ 5,3% aller untersuchten Frauen berichteten suizidale Ideen in der vergangenen Woche und Gedanken, sich selbst zu verletzen, darunter auch viele Frauen, die auf der EPDS unterhalb des Schwellenwertes lagen.

¹² In der Untersuchung hatten jedoch nur 6% aller untersuchten Frauen eine klinisch relevante postpartale Major Depression.

Aber auch bei einem Vergleich identischer Messzeitpunkte und Schwellenwerte zeigt sich noch eine große Differenz zwischen den Untersuchungsergebnissen, so dass davon ausgegangen werden kann, dass die Zusammensetzung der Untersuchungsgruppe und die Art der Rekrutierung der untersuchten Frauen eine große Rolle spielt.

Auffallend ist die Differenz zwischen den beiden Messzeitpunkten, die bei Ballestrem et al. hervortritt. Die Autoren ziehen aus ihrer Untersuchung die Schlussfolgerung, dass manche Mütter mit auffälligem EPDS-Wert eher kurzfristige depressive Episoden ohne versorgungsepidemiologische Relevanz haben. Möglicherweise sind postpartale Depressionen in der BRD aber auch seltener als in angloamerikanischen Ländern, da auch Kurstjens/ Wolke (2001b) in ihrer deutschen Langzeitstudie an 1.329 Müttern mittels retrospektiver Diagnostik „nur“ eine PPD-Prävalenz von 3,3% nach DSM IV-Kriterien ermittelten. Innerhalb dieser Gruppe waren 68% Major Depressionen und 32% Minor Depressionen. Kritisch angemerkt werden muss allerdings zu der Art der Untersuchung, dass die Depressionsrate retrospektiv erhoben wurde im Alter von 6;3 Jahren der Kinder. Hierdurch sind Verzerrungen im Rückblick möglich.

Einige Untersuchungen differenzierten ihre Ergebnisse hinsichtlich des Schweregrades der gefundenen Depressionen: So ermittelten Webster et al. (1994) 4 Wochen post partum eine Prävalenz von 7,8% Major Depression und weiteren 13,6% Minor Depression. In der Untersuchung von Benvenuti et al. (1999) wurden 15,9% der 8-12 Wochen nach der Geburt untersuchten Frauen auf der Basis von psychiatrischen Interviews als depressiv eingeschätzt. $\frac{1}{3}$ von ihnen (5,3%) litten an einer Depression schweren oder mittleren Grades, $\frac{2}{3}$ an einer leichten Depression. In der japanischen Untersuchung von Yamashita et al. (2000) wurden 17% der Frauen 3 Monate post partum nach RDC-Diagnose als depressiv eingestuft, 8% mit Major Depression, 9% mit Minor Depression. Diese Zahlen machen deutlich, dass die leichteren Depressionen im Wochenbett überwiegen. In einer Metaanalyse von O'Hara/ Swain (1996) wurden 59 Studien mit insgesamt 12.810 Frauen hinsichtlich Prävalenz und Risikofaktoren nicht-psychotischer PPD untersucht. Neben Studien, die eine Depressionsdiagnose z.B. auf Basis des Beck-Depressions-Inventars (BDI) oder der Zung Depressionsskala stellten, wurden Studien in die Metaanalyse einbezogen, die mittels EPDS bei einem Schwellenwert ≥ 13 durchgeführt wurden. Die von O'Hara/ Swain ermittelte Prävalenzrate betrug 13%; Selbstreport-Skalen wie die EPDS erbrachten leicht

höhere Prävalenzraten (14%) gegenüber den interviewbasierten Methoden (12%). Es konnten keine transkulturellen Prävalenzunterschiede ermittelt werden.

Kurstjens/ Wolke (2001b) verglichen die Anzahl der postpartal aufgetretenen Depressionen (1-Jahres-Periode: 3,3%) mit der Anzahl der erstmals in den späteren Lebensjahren des Kindes aufgetretenen Depressionen (5-Jahres-Periode: 3,6%). Das Risiko einer Depression scheint danach im ersten Jahr nach der Geburt besonders hoch zu sein. Die meisten anderen Studien fanden jedoch Prävalenzraten, die vergleichbar sind mit der Normalpopulation. So fanden Cox et al. (1993) keine signifikanten Unterschiede in der Prävalenz 6 Monate post partum verglichen mit einer Kontrollgruppe: Die Punktprävalenz 6 Monate post partum betrug 9,1% gegenüber 8,2 % in der der Kontrollgruppe, eine nicht signifikante Differenz; die 6-Monats-Prävalenz betrug 13,8% postpartal gegenüber 13,4% in der Kontrollgruppe. Jedoch war das Inzidenzrisiko in den ersten 5 Wochen post partum um das Dreifache erhöht. Eberhard-Gran et al. (2002) haben sogar festgestellt, dass die Prävalenz von Depressionen bei nicht-postpartalen Frauen mit 13,6% höher war als bei den postpartalen Frauen mit 8,9%.

Nach den Ergebnissen zahlreicher Forscher sind nicht-psychotische Depressionen bei Frauen in der Schwangerschaft im Vergleich zur Zeit nach der Geburt sogar häufiger; z.B. ermittelten Evans et al. (2001) in ihrer longitudinalen Studie an 13.799 Frauen¹³ eine Prävalenz von 13,5% in der 32. Schwangerschaftswoche gegenüber 9,1% 8 Wochen sowie 8,1% 8 Monate post partum. Auch Johanson et al. (2000) konnten bei einem EPDS-Schwellenwert von 14 eine Verringerung der Depressionsrate von 9,8% in der Schwangerschaft auf 7,4% 3 Monate post partum ermitteln. Bei Josefsson et al. (2001) wurde bei einem EPDS-Schwellenwert von 10 eine Prävalenz von 17% in der 35./36. Schwangerschaftswoche gegenüber 13% sowohl 6–8 Wochen als auch 6 Monate post partum gefunden.

Obwohl somit die Depressionsprävalenz postpartal nicht erhöht ist, ist es zur Vermeidung von Folgeschäden bei Mutter und Kind notwendig, diese Störungen aktiv aufzudecken und frühzeitig zu behandeln, da die Mütter ihre Symptome verdrängen, sich selbst verurteilen und somit seltener selbst psychiatrische/ psychotherapeutische Hilfe suchen.

¹³ Die Studiengröße übertrifft damit die Gesamtzahl aller in die Metaanalyse von O'Hara/ Swain (1996) einbezogenen Frauen.

2.1.5 Verlauf und Prognose postpartaler Depressionen

Der Manifestationszeitpunkt, Dauer und Verlauf sowie Rückfallgefährdung und Langzeitprognose der postpartalen Depression sollen im Folgenden beschrieben werden.

Manifestationszeitpunkt

Das höchste Risiko für die Entwicklung einer PPD liegt innerhalb der ersten 3 Monate post partum; etliche Untersuchungen lassen sogar vermuten, dass ein hoher Prozentsatz schon in den ersten 2-4 Wochen beginnt. Dalton (1992) zitiert eine Untersuchung aus San Franzisko, wonach bei 46% der Frauen mit PPD diese innerhalb von 2 Wochen nach der Entbindung einsetzte, bei 14% 2-4 Wochen danach, bei 22% im Zeitraum von 3 Monaten und bei den restlichen 18% innerhalb von 6 Monaten post partum.

Sowohl Glover (1992) als auch Hannah et al. (1993) ermittelten, dass bei mehr als der Hälfte der betroffenen Frauen die Depression innerhalb der ersten 2 Wochen post partum begann. Nach Georgiopoulos et al. (1999) entwickelt die Mehrzahl der Frauen die Depression innerhalb der ersten 6 Wochen post partum.

Da nach Rohde/ Wendt (2003) die Symptomatik meist schleichend oft schon während der ersten Tage nach der Entbindung beginnt, ist u.U. ein fließender Übergang vom Baby-Blues zur postpartalen Depression möglich.

Einige Fälle treten auch nach einer Phase früher Euphorie auf; so zeigten bei Glover et al. (1994) ca. 10% aller Mütter in den ersten 5 Tagen post partum hypomanische Erscheinungsbilder mit gehobener Stimmung, großem Tatendrang und wenig Schlaf. Viele dieser Frauen entwickelten innerhalb der ersten 6 Wochen post partum eine Depression. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Hannah et al. (1993): 80% der Frauen, die eine euphorische Phase in der ersten Woche nach der Geburt erlebten, wurden später depressiv.

Nach dem ICD-10-GM müssen postpartale Störungen innerhalb von 6 Wochen post partum, nach dem DSM-IV sogar innerhalb von 4 Wochen post partum aufgetreten sein. Betrachtet man, wie viele Frauen aber jenseits der 4 bzw. 6 Wochen noch eine Störung entwickeln, wird diese Einschränkung hinfällig. In der Praxis wird demnach meist davon abgewichen.

Prospektive Studien, die Frauen von der Schwangerschaft bis ins erste Lebensjahr des Kindes verfolgten, zeichneten demgegenüber noch ein ganz anderes Bild: Ein erheblicher Teil der Frauen, die mit einer PPD diagnostiziert wurden, waren auch schon in der Schwangerschaft depressiv. Stowe et al. (2005) unter-

teilten ihre Untersuchungsgruppe nach dem Manifestationszeitpunkt in drei Untergruppen: bei 11,5% begann die Depression schon in der Schwangerschaft, bei 66,5% im frühen Wochenbett (bis 6 Wochen post partum) und bei 22% im späten Wochenbett nach der 6. Woche post partum (bis auf 1 Ausnahme alle bis zur 28. Woche). Diejenigen Betroffenen mit dem späten Beginn hatten signifikant häufiger eine Vorgeschichte an PPD.

Auch die folgenden Forscher fanden den Beginn der Depressionen z.T. schon in der Schwangerschaft, aber in unterschiedlicher Häufigkeit: O'Hara (1986) mit 17%, Felice et al. (2004) und Joseffson et al. (2001) mit 45%, Gotlib et al. (1989) mit 50%.

Die Diagnose postpartale Depression wird dennoch gebraucht für alle depressiven Störungen, die in der postpartalen Zeit auftreten, unabhängig davon, ob sie erstmalig auftreten oder schon vorher bestanden.

Dauer/ Verlauf

Der Verlauf von Depressionen ist generell¹⁴ variabel und individuell unterschiedlich, so auch nach einer Geburt: Während die Depression bei einigen Frauen nach wenigen Wochen wieder vergeht, chronifiziert sich bei anderen Frauen der Zustand.

Cooper/ Murray (1998) zeigten in einem Literaturreview auf, dass Spontanremissionen nach 2-6 Monaten typisch sind, dass aber Residualsymptome noch das ganze Jahr nach der Geburt auffindbar sein können.

Bei Cooper et al. (1988) dauerte bei der Mehrzahl der Frauen die Depression weniger als 3 Monate; bei Felice et al. (2004) durchschnittlich 5 Wochen. Demgegenüber betrug die durchschnittliche Dauer der Depression bei unbehandelten Patientinnen in der Untersuchung von O'Hara et al. (2000) 7 Monate.

Campbell et al. (1992) stellten fest, dass zwar die Mehrzahl der Depressionen innerhalb von 6 Monaten post partum remittierten; es gab jedoch Frauen, die auch bei der Nachuntersuchung 24 Monate post partum noch depressiv waren sowie andere, bei denen zumindest subklinische Symptome bestehen blieben. Nach Georgiopoulos et al. (1999) ist dies besonders häufig, falls die Depression unbehandelt bleibt. Auch Horowitz/ Goodman (2004) untersuchten den Verlauf von der postpartalen Zeit bis 2 Jahre nach der Entbindung bei Frauen, die 2-4 Wochen post partum vermehrte Depressionssymptome aufwiesen. 30,6% der

¹⁴ Nach Gaebel/ Falkai (2001) kann die Episodendauer bei Depressionen Wochen bis Monate betragen; bei 15-20 % auch mehr als 12 Monate.

Frauen waren (nach BDI-Kriterien) nach 2 Jahren immer noch depressiv. Obwohl sich die Depressionswerte mit der Zeit verringerten, traten die größten Veränderungen zwischen dem ersten Messzeitpunkt in der 4.-8. Woche post partum und dem zweiten Messzeitpunkt in der 10.-14. Woche post partum auf. Bei den weiteren Messzeitpunkten in der 14.-18. Woche und 2 Jahre post partum wurden keine großen Veränderungen mehr gefunden. Die Autoren schließen aus der häufigen anfänglichen Verbesserung, dass es sich bei vielen Frauen um ein zeitlich begrenztes Problem handelt, mit einem erhöhten Aufkommen zwischen der 4.-8. Woche; dies stimmt mit den Befunden von Ballestrem et al. (2002) überein (vgl. 2.1.4), die ebenfalls einen wesentlichen Rückgang der Depressionsrate innerhalb von 1 Monat ermittelten.

Die zitierten Untersuchungen sind nicht uneingeschränkt miteinander vergleichbar: Manche Autoren beziehen ihre Ergebnisse auf nicht-behandelte Frauen, während andere diese Unterscheidung nicht machen. In der Tendenz lässt sich jedoch der Schluss ziehen, dass v.a. unbehandelte Depressionen, die nicht innerhalb von 1-2 Monaten spontan remittieren, zur Chronifizierung neigen.

Rückfallgefährdung und Langzeitprognose

Im Gegensatz zu den Wochenbettpsychosen gibt es bezüglich der nicht-psychotischen postpartalen Depressionen wenig Langzeitstudien; zumeist wurde nur ein Zeitraum von wenigen Monaten bis zu 2 Jahren untersucht, der bezüglich Aussagen zur Rückfallgefährdung nicht aussagekräftig genug ist. Einige Langzeitstudien untersuchten den Verlauf bei hospitalisierten Frauen (z.B. Robling et al. 2000); aus ihnen geht aber nicht hervor, ob es sich bei der Untergruppe der unipolaren depressiven Episode um eine schwere nicht-psychotische oder psychotische Form handelt. Aus diesem Grund lassen sich diese Untersuchungen nicht dazu verwenden, Aussagen über die Langzeitprognose bei nicht-psychotischen postpartalen Depressionen zu machen.

Das Risiko für wiederkehrende Depressionen sowohl nach der Geburt eines weiteren Kindes als auch außerhalb eines Wochenbetts ist jedoch übereinstimmend deutlich erhöht. Bedeutsam für das Wiedererkrankungsrisiko ist dabei nach Rohde (2004) u.a.

- wie viele Episoden es bislang gab;
- wie schnell die Störung abgeklungen ist;
- ob die auslösenden Faktoren herausgearbeitet werden konnten oder
- ob es zusätzliche Belastungen gab.

Kemp et al. (2003) beschreiben aufgrund einer Literaturanalyse, dass 50-85% der Patientinnen mit einer depressiven Episode post partum nach Absetzen der Medikamente wenigstens eine weitere Episode entwickeln¹⁵, das Risiko steigt mit der Zahl der vorherigen Episoden. Bei Dalton (1992) betrug die Rückfallquote in einem weiteren Wochenbett 68%; bei Kurstjens/ Wolke (2001b) sogar 77%. Righetti-Veltema et al. (1998) stellten fest, dass Frauen mit einer postpartalen Depression ein Risiko von 50% für einen Rückfall haben. Bei Wisner et al. (2004b) hatten 41% der Frauen, die schon eine vorherige Episode an PPD durchgemacht hatten, im Jahr nach der Geburt eines weiteren Kindes einen Rückfall. Ausschlusskriterium bei der Studie waren Rückfälle seit der Indexerkrankung jenseits eines Wochenbetts und eine präventive Medikation während der Studiendauer. Unterschiedliche Rückfallraten von Frauen mit und ohne depressive Episoden in der Vorgeschichte wurden von Cooper/ Murray (1995) festgestellt. Frauen, die schon vorher depressive Episoden hatten, wiesen ein erhöhtes Risiko für weitere depressive Episoden außerhalb des Wochenbettes auf, nicht jedoch ein erhöhtes Risiko für Rückfälle in einem neuen Wochenbett. Bei Frauen hingegen, für die die jetzige PPD die erste depressive Episode war, war das Risiko eines Rückfalles im Wochenbett erhöht.

Tabelle 3: Rückfallgefährdung je nach Vorerkrankung nach Cooper/ Murray (1995)

	Depressive Episoden in der Vorgeschichte	Keine depressiven Episoden in der Vorgeschichte
Rückfallgefährdung außerhalb eines Wochenbettes	Rückfallgefährdung erhöht	Rückfallgefährdung nicht erhöht
Rückfallgefährdung innerhalb eines Wochenbettes	Rückfallgefährdung nicht erhöht	Rückfallgefährdung erhöht

Hieraus lässt sich nach Ansicht von Cooper/ Murray (1995) der Schluss ziehen, dass sich die Frauen in ihrer Vulnerabilität unterscheiden: eine Teilgruppe reagiert allgemein auf überfordernde Stressoren, eine andere Untergruppe weist eine spezifische Vulnerabilität für die Begleitfaktoren von Geburt, Wochenbett und Mutterschaft auf - sei diese hormonell, psychosozial oder emotional bedingt.

¹⁵ Ähnliche Zahlen scheinen für Depressionen generell zu gelten: Nach den Leitlinien zur Psychotherapie von Depressionen (AWMF online, 2002) zeigt der weitere Verlauf nach Remission über einen Zeitraum von 5 Jahren bei nur ca. 40% der unipolar depressiven Patienten ein Ausbleiben von Rückfällen.

2.2 Postpartale Angst- und Zwangsstörungen

Vergleichsweise wenig Erkenntnisse existieren zu den postpartalen Angst- und Zwangsstörungen, die erst seit kurzem diagnostiziert werden. Aufgrund ihrer nicht zu vernachlässigenden Prävalenzraten sollte die Möglichkeit ihres Auftretens aber zumindest bekannt sein und mit beachtet werden. Möglicherweise befinden sich unter den Frauen mit postpartalen Depressionen viele, die gleichzeitig unter Angststörungen leiden, da sich diese beiden diagnostischen Kategorien teilweise überschneiden und sich generell bei vielen depressiven Menschen gleichzeitig schwer ausgeprägte Angstzustände finden lassen.

2.2.1 Postpartale Angst- und Panikstörungen

Postpartale Angstreaktionen umfassen schwere und immer wiederkehrende Angst- oder Panikgefühle, ohne auf eine bestimmte Umgebungssituation bezogen zu sein, wie es bei den Phobien der Fall ist. Die diagnostischen Kriterien nach ICD-10-GM gibt Tabelle 4 wieder.

Tabelle 4: Kriterien von Angst- und Panikstörungen (nach ICD-10-GM)

F41.-	Andere Angststörungen
	Bei diesen Störungen stellen Manifestationen der Angst die Hauptsymptome dar, ohne auf eine bestimmte Umgebungssituation bezogen zu sein. Depressive und Zwangssymptome, sogar einige Elemente phobischer Angst können vorhanden sein, vorausgesetzt, sie sind eindeutig sekundär oder weniger ausgeprägt.
F41.0	Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)
	Das wesentliche Kennzeichen sind wiederkehrende schwere Angstattacken (Panik), die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken und deshalb auch nicht vorhersehbar sind. Wie bei anderen Angsterkrankungen zählen zu den wesentlichen Symptomen plötzlich auftretendes Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühle, Schwindel und Entfremdungsgefühle (Depersonalisation oder Derealisation ¹⁶). Oft entsteht sekundär auch die Furcht zu sterben, vor Kontrollverlust oder die Angst, wahnsinnig zu werden. Die Panikstörung soll nicht als Hauptdiagnose verwendet werden, wenn der Betroffene bei Beginn der Panikattacken an einer depressiven Störung leidet. Unter diesen Umständen sind die Panikattacken wahrscheinlich sekundäre Folge der Depression.

¹⁶ Bei der *Derealisation* erlebt die Kranke die Umwelt als unwirklich, manchmal traumhaft, in anderen Fällen als unlebendig und künstlich, vage oder wie hinter Nebel. Bei der *Depersonalisation* fühlt sich die Patientin nicht mehr als lebendige Person, sondern sieht sich selbst wie aus der Ferne und hat das Gefühl, sich nur marionettenhaft „als ob“ zu bewegen und zu verhalten.

F41.1	Generalisierte Angststörung
	Die Angst ist generalisiert und anhaltend. Sie ist nicht auf bestimmte Umgebungsbedingungen beschränkt, oder auch nur besonders betont in solchen Situationen, sie ist vielmehr "frei flottierend". Die wesentlichen Symptome sind variabel, Beschwerden wie ständige Nervosität, Zittern, Muskelspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühle oder Oberbauchbeschwerden gehören zu diesem Bild. Häufig wird die Befürchtung geäußert, der Patient selbst oder ein Angehöriger könnten demnächst erkranken oder einen Unfall haben.
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt
	Diese Kategorie soll bei gleichzeitigem Bestehen von Angst und Depression Verwendung finden, jedoch nur, wenn keine der beiden Störungen eindeutig vorherrscht und keine für sich genommen eine eigenständige Diagnose rechtfertigt. Treten ängstliche und depressive Symptome in so starker Ausprägung auf, dass sie einzelne Diagnosen rechtfertigen, sollen beide Diagnosen gestellt und auf diese Kategorie verzichtet werden.

Bei einer generalisierten Angststörung kommt es zu einer dauerhaft erhöhten Anspannung und Erregung; die Betroffene kommt nicht mehr zur Ruhe und steht unter Dauerstress. Die Kontrolle über die Gedanken und Gefühle ist verloren gegangen; alle möglichen Herausforderungen werden als belastend, überfordernd und ängstigend empfunden, Sorgen und Befürchtungen nehmen überhand. Fast alle Betroffenen mit einer generalisierten Angststörung können beschreiben, wie sich ein immer ausgeprägter Teufelskreis aufbaut: die „Erwartungsangst“, die „Angst vor der Angst“ (Rohde 2004).

Viele Frauen mit postpartalen Panikstörungen leiden unter einer ständig wiederkehrenden Angst, ihrem Säugling, Familienangehörigen oder ihnen selbst könne etwas Schreckliches zustoßen. Die Panikattacken brechen häufig wie aus heiterem Himmel über die Frauen herein; auch im Schlaf kann eine Panikattacke die Mutter aufschrecken. Die meisten Betroffenen können keinen konkreten Auslöser für die Angstattacke benennen, was die Hilflosigkeit noch vergrößert, da es die Attacken unvorhersehbar macht. Die einzelnen Anfälle dauern meistens nur einige Minuten; einer Panikattacke folgt aber häufig die ständige Furcht vor einer erneuten Attacke (Dunnewold/ Sanford 1996).

Panikstörungen mit Agoraphobie traten in der Untersuchung von Wisner et al. (1996b) am häufigsten auf. Die Betroffenen haben z.B. Angst, das eigene Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, sich in eine Menschenmenge oder auf öffentliche Plätze zu begeben. Dadurch sind sie in einigen Fällen schließlich völlig an ihr Haus gefesselt.

Bei etlichen der betroffenen Panikpatienten tritt komorbid eine Major Depression auf: ca. bei $\frac{1}{3}$ nach Lesser et al. (1988, zit. nach Wisner et al. 1996b); bei 39%

laut Stein (2001, zit. nach Wenzel et al. 2003). In der Untersuchung von Wisner et al. (1996b) hatten 64% der untersuchten Frauen eine weitere Affektstörung (bis auf eine Frau mit schizoaffektiver Störung des depressiven Typs alle mit Major Depression), und bei Cohen et al. (1996) waren sogar 80% der Frauen mit Panikstörung gleichzeitig von einer Major Depression betroffen. Der Zusammenhang zwischen Depressionen und Panikstörungen post partum ist jedoch noch weitgehend unerforscht.

Epidemiologie postpartaler Angst- und Panikstörungen

Wenige Angaben gibt es bislang darüber, wie viele Mütter nach der Geburt eine Angst- oder Panikstörung entwickeln; über den Verlauf und die Prognose dieser Störungen ist gar nichts bekannt. In der Studie von Stuart et al. (1998) an 107 Frauen betrug die Punktprävalenz der Angst 8,7% nach 14 Wochen und 16,8% 30 Wochen post partum. Die Inzidenz der Angst – also die Neuerkrankungsrate – betrug in diesen Zeitraum 10,28%, die Inzidenz der Depression demgegenüber nur 7,48%. Wenzel et al. (2003) fanden eine Prävalenz in Höhe von 4,4% 8 Wochen post partum; mehr als die Hälfte mit Depressionen oder Angststörungen in der Vorgeschichte. Weitere 27,9% der Frauen zeigten subsyndromale Anzeichen einer generalisierten Angststörung mit Symptomen von Angst und Besorgnis; demgegenüber zeigten jedoch nur 12% depressive Symptome. Am meisten sorgten sich die Frauen über die Finanzen, ihr eigenes Aussehen und Haushaltspflichten. Die Autoren ziehen aus diesen Ergebnissen den Schluss, dass generalisierte Angst post partum – das subsyndromale Level eingeschlossen – sogar häufiger sein könnte als eine PPD.

Heron et al. (2004) differenzierten in ihrer Studie die ermittelte Prävalenzrate hinsichtlich Neuerkrankung und Rezidiven: 8,1% der untersuchten Frauen hatten 8 Wochen post partum eine Angststörung, jedoch nur bei 2,4% der Kohorte von 8.323 untersuchten Frauen trat nach der Geburt eine *neue* Angststörung auf.

Die Zahlen werden häufig umgekehrt aus der Prävalenz von Angst- und Panikstörungen in der Gesamtbevölkerung und ihrem Manifestationszeitpunkt festgemacht. Panikstörungen haben lt. Wisner et al. (1996b) eine Prävalenz von 1-2% in der Allgemeinbevölkerung (USA) und nehmen häufig ihren Anfang während der gebärfähigen Jahre. Die Untersuchung von Wisner et al. ergab, dass bei 9,1% der Frauen mit Panikstörung diese erstmals nach einer Entbindung aufgetreten war. Ähnliche Ergebnisse fanden Sholomskas et al. (1993): Bei 10,9% der untersuchten Mütter mit Panikstörung war diese erstmalig in den ersten 12 Wo-

chen nach der Geburt des ersten Kindes aufgetreten. Die postpartale Phase erhöht damit nach Ansicht dieser Autoren das Risiko, an einer Panikstörung zu erkranken. Jedoch konnten Eberhard-Gran et al. (2003) in ihrer Untersuchung an 1.794 norwegischen Frauen keine Unterschiede im Risiko des Auftretens einer Angststörung bei Müttern post partum verglichen mit nicht-puerperalen Müttern finden, während das Risiko für postpartale Depressionen höher war.

Hoch ist auch die Rate an Rezidiven im Wochenbett bei Frauen mit vorbestehender Angst- oder Panikstörung: Northcott/ Stein (1994, zit. nach Wisner et al. 1996b) fanden heraus, dass es bei 67% der Frauen mit vorbestehender Angst-/ Panikstörung nach der Geburt zu einer Verschlimmerung der Symptome kam; nach Wisner et al. (1996b) hingegen „nur“ bei ca. 1/3 der untersuchten Frauen, und ähnlich bei Cohen et al. (1994): Hier kam es bei 35% der untersuchten Frauen mit vorbestehender Panikstörung ohne zusätzliche Depression zu einer Verschlechterung im Wochenbett. Die genannten Untersuchungen lassen sich jedoch schwer miteinander vergleichen, weil komorbide Depressionen bei Cohen z.B. herausgefiltert wurden, nicht jedoch bei Northcott/ Stein, was möglicherweise einen Einfluss auf die Rezidivrate hat.

2.2.2 Postpartale Zwangsstörungen

Auch bei den postpartalen Zwangsstörungen handelt es sich um ein Störungsbild, über das bislang wenige Erkenntnisse und Forschungen vorliegen. Die wesentlichen Kennzeichen einer Zwangsstörung gibt Tabelle 5 wieder.

Tabelle 5: Kriterien von Zwangsstörungen (nach ICD-10-GM)

F42.-	Zwangsstörung
	Wesentliche Kennzeichen sind wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Zwangsgedanken sind Ideen, Vorstellungen oder Impulse, die den Patienten immer wieder stereotyp beschäftigen. Sie sind fast immer quälend, der Patient versucht häufig erfolglos, Widerstand zu leisten. Die Gedanken werden als zur eigenen Person gehörig erlebt, selbst wenn sie als unwillkürlich und häufig abstoßend empfunden werden. Zwangshandlungen oder -rituale sind Stereotypen, die ständig wiederholt werden. Sie werden weder als angenehm empfunden, noch dienen sie dazu, an sich nützliche Aufgaben zu erfüllen. Der Patient erlebt sie oft als Vorbeugung gegen ein objektiv unwahrscheinliches Ereignis, das ihm Schaden bringen oder bei dem er selbst Unheil anrichten könnte. Im Allgemeinen wird dieses Verhalten als sinnlos und ineffektiv erlebt, es wird immer wieder versucht, dagegen anzugehen. Angst ist meist ständig vorhanden. Werden Zwangshandlungen unterdrückt, verstärkt sich die Angst deutlich.

F42.0	Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang
	Diese können die Form von zwanghaften Ideen, bildhaften Vorstellungen oder Zwangsimpulsen annehmen, die fast immer für die betreffende Person quälend sind. Manchmal sind diese Ideen eine endlose Überlegung unwägbarer Alternativen, häufig verbunden mit der Unfähigkeit, einfache, aber notwendige Entscheidungen des täglichen Lebens zu treffen. Die Beziehung zwischen Grübelzwängen und Depression ist besonders eng. Eine Zwangsstörung ist nur dann zu diagnostizieren, wenn der Grübelzwang nicht während einer depressiven Episode auftritt und anhält.
F42.1	Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale]
	Die meisten Zwangshandlungen beziehen sich auf Reinlichkeit (besonders Händewaschen), wiederholte Kontrollen, die garantieren, dass sich eine möglicherweise gefährliche Situation nicht entwickeln kann oder übertriebene Ordnung und Sauberkeit. Diesem Verhalten liegt die Furcht vor einer Gefahr zugrunde, die den Patienten bedroht oder von ihm ausgeht; das Ritual ist ein wirkungsloser oder symbolischer Versuch, diese Gefahr abzuwenden.
F42.2	Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt

Wesentliche Kennzeichen sind laut ICD-10-GM somit wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen; für eine eindeutige Diagnose sollen wenigstens zwei Wochen lang an den meisten Tagen Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen nachweisbar sein, die als quälend empfunden werden oder die betroffene Person signifikant in ihren täglichen Aktivitäten einschränken.

Maina et al. (1999) sowie Arnold (1999) fanden heraus, dass bei nahezu allen Frauen mit einer postpartalen Zwangsstörung aggressiv-zwanghafte Gedanken, ihr Kind zu schädigen, im Vordergrund stehen. Oft stellen sich die Betroffenen vor, das Baby mit einem Messer zu verletzen, es aus dem Fenster fallen zu lassen oder in der Badewanne zu ertränken. Aus Angst, doch nicht Herr der Impulse zu sein, vermeiden manche Frauen bestimmte Situationen, z.B. das Betreten des Balkons oder das Baden des Kindes (Dunnewold/ Sanford 1996). Auch Verunreinigungsgedanken sind im Wochenbett häufiger als vom allgemeinen Durchschnitt zu vermuten. Seltener treten hingegen Sexualzwänge, Religionszwänge, Sammelzwänge oder körperbezogene Zwangsgedanken auf. Zu den Zwangshandlungen gehören im Wochenbett vorrangig Wasch- und Kontrollzwänge der Mutter.

Im Gegensatz zu Frauen mit Wahnvorstellungen, die nicht mehr zwischen Phantasie und Realität unterscheiden können, wissen Frauen mit einer postpartalen Zwangsstörung sehr wohl, dass ihre Gedanken nicht in die Tat umgesetzt werden dürfen. Sie empfinden die Zwangsgedanken selbst als abstoßend, beängstigend und alarmierend und verspüren nur in seltenen Fällen den Drang, sie in die Tat umzusetzen (Brandes et al. 2004). In den 7 Fallstudien von Arnold (1999)

führte keine der Frauen diese Gedanken aus, aber 5 Frauen (71%) berichteten eine dysfunktionale Mutter-Kind-Beziehung: Manche Frauen vermieden den Kontakt zu ihrem Kind, aus Angst, ihm zu Schaden; andere wiederum waren besonders involviert mit dem Kind, z.B. aus Angst, es könne ihm etwas zustoßen.

Die Differentialdiagnose zwischen einer Zwangsstörung und einer Depression kann schwierig sein, da beide Syndrome häufig gleichzeitig auftreten. Patienten mit Zwangsstörungen haben oft auch depressive Symptome; bei Depressiven wiederum schwankt die Schwere der Zwangssymptome entsprechend dem Schweregrad der depressiven Symptome. 60% der Frauen in der Untersuchung von Sichel et al. (1993) entwickelten 2-3 Wochen nach dem Ausbruch der Zwangsstörung eine begleitende Major Depression. Williams/ Koran (1997, zit. nach Brandes et al. 2004) fanden bei 37% der Frauen mit vorbestehender Zwangsstörung den (bei vielen erstmaligen) Ausbruch einer Depression im Wochenbett. Anhand von Fallstudien an 7 Frauen mit postpartalen Zwangsstörungen ermittelte Arnold (1999), dass alle Frauen mindestens eine begleitende psychische Störung im Wochenbett hatten, wobei eine affektive Störung (v.a. Depression) am häufigsten war. Eine begleitende Angststörung trat bei 5 von 7 Frauen auf, von ihnen hatten 3 Frauen eine PTSD infolge eines sexuellen oder körperlichen Missbrauchs.

Andererseits sind Gedanken an eine Verletzung des Kindes auch ein häufiges Symptom von postpartalen Depressionen (bei 41% der Frauen mit PPD nach Jennings et al. (1999). Bei einer akuten Episode sollte laut ICD-10-GM die Diagnose den Vorrang haben, deren Symptome sich als erstes entwickelt haben.

Epidemiologie postpartaler Zwangsstörungen

Wie schon bei den Angst- und Panikstörungen gibt es auch bei postpartalen Zwangsstörungen wenige Daten zu Prävalenz und Verlauf. Die Lebenszeitprävalenz von Zwangsstörungen in der Allgemeinbevölkerung beträgt 2-3% und nach Brandes et al. (2004) ist davon auszugehen, dass ähnliche Raten auch für die Störungen im Wochenbett gelten. Bisher gibt es hierzu jedoch noch keine genauen Daten. Verschiedene Untersuchungen zum Entstehungszeitpunkt von Zwangsstörungen allgemein erbrachten, dass 12,5-40% nach einer Geburt ausgelöst werden. Buttolph/ Holland (1990, zit. nach Maina et al. 1999) ermittelten, dass 20,5% aller Zwangsstörungen nach der Geburt eines Kindes ausgelöst wurden sowie weitere 15,4% in der Schwangerschaft.

Der durchschnittliche Beginn der Störungen lag bei Sichel et al. (1993) zwischen 2,2 +/- 1,2 Wochen nach der Entbindung, bei Arnold (1999) lag der Beginn zwischen 2 Tagen und 12 Wochen post partum mit einem Durchschnitt von 3,7 +/- 4,9 Wochen. Der Beginn ist bei den meisten Frauen allmählich; häufiger als bei anderen Manifestationszeitpunkten wurde nach einer Geburt aber auch ein abrupter Beginn festgestellt (Maina et al. 1999).

Die Rückfallquote sowie Häufigkeit von Verschlechterungen bei Frauen mit vorbestehenden Zwangsstörungen scheint – wie auch bei den Angst- und Panikstörungen - im Wochenbett nicht unerheblich zu sein: Williams/ Koran (1997, zit. nach Maina et al. 1999) fanden eine Rückfallquote von 29% im Wochenbett. Maina et al. (1999) selbst fanden heraus, dass nur bei 12,5% aller Frauen mit postpartalen Zwangsstörungen diese zum ersten Mal auftrat - und zwar innerhalb 4 Wochen post partum; bei 87,5% war dementsprechend schon mal eine Störung vor der Schwangerschaft aufgetreten. Demgegenüber untersuchten Sichel et al. (1993) 15 Frauen, deren Zwangsstörungen postpartal auftraten und fanden bei 8 Frauen (=53%) keinerlei psychische Störungen in der Vorgeschichte, 7 litten vorher unter generalisierter Angststörung oder Panikattacken.

Insgesamt muss jedoch betont werden, dass die geringe Anzahl an untersuchten Frauen - vorrangig retrospektiv - bei all diesen Studien aussagekräftige Ergebnisse noch nicht möglich macht.

2.2.3 Posttraumatische Belastungsstörungen post partum

Die PTSD gehört ebenfalls zu den Angstreaktionen; es existiert jedoch im Gegensatz zur postpartalen Panikstörung ein konkreter Anlass, der die Panikreaktion auslöst. Auch die PTSD post partum ist bislang erst wenig erforscht.

Eine PTSD ist eine Störung, die auf die Konfrontation mit einem extrem traumatischen Stressor folgt; dies sind bei der PTSD post partum besonders häufig geburtshilfliche Interventionen wie Kaiserschnitt, Zangen- oder Saugglockengeburt ebenso wie die Wahrnehmung mangelhafter professionell-technischer wie emotionaler Betreuung unter der Geburt (Creedy et al. 2000; Pantlen/ Rohde 2001; Soet et al. 2003). Zur Diagnostik einer PTSD nach dem ICD-10-GM sind dabei die in Tabelle 6 dargestellten Kriterien entscheidend.

Tabelle 6: Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung (nach ICD-10-GM)

F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung
	<p>Diese entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.</p> <p>Prädisponierende Faktoren wie bestimmte, z.B. zwanghafte oder asthenische Persönlichkeitszüge oder neurotische Krankheiten in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf erschweren, aber die letztgenannten Faktoren sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären.</p> <p>Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung¹⁷, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0) über.</p>

Schwerer Rückzug, Verweigerung vaginaler Untersuchungen oder unkontrollierbares Schreien sind deutliche Indikatoren einer Krise. Im weiteren Wochenbett zeigt eine mangelnde Interaktion der Mutter mit ihrem Kind eine potenzielle Störung an. Aber auch persistierende Unterleibsschmerzen oder unerklärlicher Ärger können Anzeichen einer PTSD post partum sein. Die PTSD post partum kann zudem das Selbstwertgefühl schädigen; die Frauen denken an die Geburt nur mit Schmerz, Ärger, Traurigkeit zurück, oder sie erinnern sich an gar nichts, was eine traumabedingte Amnesie vermuten lässt (Reynolds 1997).

Nach Dunnewold/ Sanford (1996) sind Flashbacks, also Situationen, in denen eine Frau den Bezug zur Realität verliert und das Gefühl hat, in die alte, traumatische Situation zurückgekehrt zu sein, bei postpartaler PTSD recht selten. Auch Alpträume und Situationen emotionaler Taubheit, d.h. die betreffende Mutter kann nichts empfinden, was in einem Zusammenhang zu dem traumatischen Erlebnis steht, sind relativ selten. Dramatische, akute Ausbrüche von Angst, Pa-

¹⁷ Vigilanzsteigerung = Überwachsamkeit.

nik oder Aggression, ausgelöst durch ein plötzliches Erinnern und intensives Wiedererleben des Traumas oder der ursprünglichen Reaktion darauf sind zwar selten, kommen aber durchaus vor. Die häufig begleitend zu einer PTSD auftretenden Depressionen können möglicherweise ein (fehlgeleiteter) Verarbeitungsversuch auf das traumatische Erlebnis sein.

Die Diagnostik der PTSD post partum erfolgt im englischsprachigen Raum vorwiegend über den „Perinatal Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire“, der sich als valides Untersuchungsinstrument erwiesen hat (Quinnell/ Hynan 1999). Ein vergleichbares deutschsprachiges Manual existiert bislang nicht. Die Symptome der PTSD können aber durch einige gezielte Fragen während der Abschlussuntersuchung des Gynäkologen oder bei Hebammenbesuchen im Wochenbett erfragt werden; bei Verdacht auf eine PTSD post partum kann die betreffende Mutter dann an einen Psychiater vermittelt werden, dem die genaue Diagnostik obliegt.

Die übliche diagnostische Empfehlung lautet im ICD-10-GM (und auch noch im DSM-III-R), dass das Ereignis bei den meisten Leuten eine tiefe Verzweiflung bzw. Distress-Symptome hervorrufen sollte und außerhalb der normalen menschlichen Erfahrung liegt, um als Trauma eingestuft zu werden. Im DSM-IV wird hingegen eingeräumt, dass auch normative Erfahrungen traumatisch erlebt werden können, so dass die individuelle Wahrnehmung des Ereignisses in den Fokus gehoben wird. Entscheidend ist, dass die Person vom Tod oder einer ernsthaften Verletzung bedroht ist oder von einer ernsthaften Bedrohung ihrer physischen Integrität oder der einer anderen Person, was intensive Gefühle von Hilflosigkeit und Horror auslöst.

Die Geburt eines Kindes kann aufgrund der bei der Geburt erlebten extremen Schmerzen ein solches traumatisches Erleben hervorrufen; einige Frauen reagieren auf diese Schmerzerfahrung mit einer Depersonalisation, wie sie oft während eines Traumas auftritt. Andere Frauen haben Angst vor einem negativen Ausgang der Entbindung; für sie ist die Entbindung mit Angst vor dem Verlust des Kindes oder seiner Behinderung oder mit der Angst vor dem eigenen Tod oder eigener schwerer Verletzung verbunden. Gefühle von Kontrollverlust können die Wahrscheinlichkeit prädisponierter Frauen erhöhen, die Geburt als traumatisch – körperlich wie psychisch – zu erleben (Wijma et al. 1997; Czarnocka/ Slade 2000).

Reynolds (1997) bildete für die PTSD post partum den Begriff „traumatisches Geburtserlebnis“. Besonderes Augenmerk muss nach seiner Erfahrung dabei auf Frauen gelegt werden, die aus psychologischen Gründen einen geplanten Kaiserschnitt anstreben und die damit das für PTSD typische Vermeidungsverhalten zeigen oder die einen Notfallkaiserschnitt erhielten. Nach Ryding et al. (1998a) erlebten 55% der von ihnen befragten Frauen Angst um ihr Leben und/ oder das Leben ihres Kindes, wenn es zu einem Notfallkaiserschnitt kam und erfüllten damit schon ein wesentliches Kriterium für ein Traumaerleben. Die Frauen wurden jedoch noch im Frühwochenbett befragt. Nicht untersucht wurde der weitere Verlauf, in wie vielen Fällen es zur Entwicklung einer manifesten PTSD kam. Nach Kessler et al. (1995, zit. nach Rohde 2001b) kommt es bei Frauen generell nach einem Traumaerleben in 20% der Fälle zu einer PTSD, so dass die Rate bei Notfallkaiserschnitt aufgrund der Angaben von Ryding et al. (1998a) um ca. 10% insgesamt liegen könnte.

Abweichend von der ICD-10-GM-Klassifizierung sollte daher auch das individuelle Erleben der Frau bei der Einstufung als PTSD zugrunde gelegt werden.

Epidemiologie posttraumatischer Belastungsstörungen post partum

Die Zahlen zur Prävalenz schwanken zumeist zwischen 1-3% aller Entbindungen. Wijma et al. (1997) diagnostizierten mittels DSM-IV Kriterien bei einer Untersuchung an insgesamt 1.640 Frauen im ersten Jahr nach der Geburt, dass 1,7% der Frauen eine PTSD aufwiesen. Erstaunlicherweise gab es keine Unterschiede in der Prävalenz zwischen Frauen kurz nach der Entbindung gegenüber Frauen, deren Entbindung schon 1 Jahr zurücklag. Es wäre zu vermuten gewesen, dass sich die Symptome im Verlauf der Zeit vermindern.

Ayers/ Pickering (2001) untersuchten in ihrer Studie die *Inzidenz* der PTSD im Wochenbett und filterten hierzu alle Frauen heraus, die schon in der Schwangerschaft schwere Symptome einer PTSD oder eine Depression hatten. Innerhalb dieser „bereinigten“ Untersuchungsgruppe erfüllten 2,8% der Frauen 6 Wochen post partum die Kriterien einer PTSD und 1,5% nach 6 Monaten, hatten sich somit chronifiziert.

Soet et al. (2003) untersuchten in einer prospektiven Studie 103 Frauen nach der Entbindung. 1,9% entwickelten eine PTSD, weitere 30,1% zeigten Traumasymptome, die nicht das Vollbild einer PTSD erfüllten. Es muss angezweifelt werden, ob die Studie von Soet et al. repräsentativ ist, da 54,4% der Geburten eingeleitet wurden und bei 32% ein Kaiserschnitt erfolgte; in 17,4% der Fälle kam es zur

Geburt eines kranken oder totgeborenen Kindes. Ähnliche Zahlen wurden aber auch in der Studie von Creedy et al. (2000) gefunden, bei denen 33% der Frauen die Entbindung als stressvolles Erlebnis beschrieben und 3 oder mehr Traumasymptome aufwiesen; hier erfüllten sogar 5,6% das Vollbild einer PTSD.

Czarnocka/ Slade (2000) untersuchten 264 Frauen, die eine normale Entbindung hatten, auf wiederkehrende, sich aufdrängende Gedanken und Erinnerungen, Vermeidungssymptome sowie Übererregung als Kennzeichen für eine PTSD. 3% der untersuchten Frauen zeigten klinisch signifikante Anzeichen dieser Symptome in allen drei Dimensionen (= PTSD-Vermutung liegt nahe), weitere 24% zeigten in mindestens einer dieser Kategorien auffallende Symptome. Die wahre Prävalenz läge bei Einschluss von Kaiserschnittentbindungen vermutlich deutlich höher. So ermittelten Ryding et al. (1997) ausschließlich an Frauen mit Kaiserschnittentbindungen, dass 76% der untersuchten Mütter die Kaiserschnittentbindung als traumatisch erlebten. Keine dieser Frauen hatte 1-2 Monate nach der Entbindung ein ausgeprägtes Störungsbild einer PTSD, aber immerhin 33% aller untersuchten Frauen zeigten ernsthafte posttraumatische Stressreaktionen (ohne Vollbild der Störung). Von diesen bedurften 75% einer psychologischen Behandlung. Als möglichen Grund dafür, dass keine der Frauen ein Vollbild von PTSD entwickelte, vermuten die Autoren, dass das Interview wenige Tage nach der Geburt als Krisenintervention fungiert hat.

Die einzige deutsche Untersuchung von Pantlen/ Rohde (2001) an 424 Frauen, die 1997 und 1998 in der Uniklinik Bonn entbunden haben, ermittelten ebenso wie die schon beschriebenen Forschungen ein hohes Ausmaß an Stresssymptomen nach der Geburt, fanden aber nur eine geringe Anzahl an Frauen, die das Vollbild einer PTSD entwickelten: 17,2% der von Pantlen/ Rohde untersuchten Frauen berichteten von Ängsten, 9,4% von depressiven Symptomen, 12% über ein Wiedererleben der Entbindung im Wochenbett, 3,8% litten noch zum Zeitpunkt der Befragung darunter. Albträume in den ersten Wochen nach der Entbindung wurden von 3,1% der Frauen berichtet. Bei 0,94% der Untersuchungsgruppe ergab die Untersuchung die Diagnose einer PTSD, eine subsyndromale Form des Störungsbildes konnte bei 2,36% der untersuchten Frauen gefunden werden. Traumatisch erlebte Entbindungen können aber somit zumindest für kurz- oder langfristig belastende Symptome verantwortlich sein. In Einzelfällen kann sich auf Grund des Erlebens eine behandlungsbedürftige PTSD entwickeln.

Über den Verlauf der PTSD post partum ist wenig bekannt. Laut Ballard et al. (1995) begann bei allen Patientinnen in seinen vier Fallanalysen die PTSD innerhalb von 48 Stunden nach der Entbindung. Bei allen Frauen ging die PTSD mit einer Major oder Minor Depression einher. Bei 3 der 4 Mütter blieben die Symptome der PTSD 1 Jahr oder länger bestehen; bei 2 Frauen trat eine Bindungsstörung zum Kind auf; die Mütter vermieden den Kontakt zu ihrem Kind – v.a. weil das Kind an die unangenehme Geburtserfahrung erinnert.

Nach Rohde (2004) kommen sowohl Spontanheilungen als auch Chronifizierungen der Beschwerden und Übergänge in eine chronische Depression vor. Zum anderen kann es in einer späteren Schwangerschaft zur Reaktualisierung der Symptomatik (Wiedererleben der früheren Entbindung oder eines anderen vorherigen Traumas) und zu ausgeprägten Geburtsängsten kommen.

Bei vielen Frauen beeinflusst die PTSD in großem Ausmaß das folgende Leben: Viele Frauen sind nicht in der Lage oder willens, ihr Kind zu stillen (Reynolds 1997); die Bindung an das Kind kann behindert sein (Ballard et al. 1995); ebenso kann die sexuelle und emotionale Beziehung zum Partner beeinträchtigt werden (Reynolds 1997). Viele Frauen mit PTSD vermeiden zudem aus Angst weitere Schwangerschaften (Rohde 2001b). Eine frühzeitige Diagnose ist daher auch hier wieder unter präventiven Aspekten von hoher Bedeutung.

2.3 Wochenbettpsychosen

Aufgrund des frühen Beginns und ihrer Akutheit werden die Wochenbettpsychosen im Gegensatz zu den nicht-psychotischen Störungen von den Fachleuten (Hebammen, Krankenschwestern, Ärzte) häufiger wahrgenommen als die zuvor beschriebenen Störungen. Es können Verwirrenheit, Wahnvorstellungen, Halluzinationen und (scheinbar) unverständliche Handlungen auftreten; die betroffene Frau kann den Kontakt zur Realität verloren haben. Sonstige Symptome bei Wochenbettpsychosen können in Anlehnung an Dunnewold/ Sanford (1996) sein:

- Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen (extreme Ablenkbarkeit; ständiges Abschweifen von Gedanken oder Vergessen der soeben durchgeführten Handlungen; Gedankensprünge von einem Thema zum anderen);
- Bewusstseins- und Orientierungsstörungen (extreme Verwirrung; Desorientierung; Unfähigkeit, bekannte Personen oder Orte wieder zu erkennen; Unfähigkeit, die einfachsten Aufgaben zu verrichten);

- Denkstörungen (mangelndes Urteilsvermögen; gestörte Entscheidungsfähigkeit; Schwierigkeit, Dinge so zu sehen oder zu verstehen wie andere; Ideen, die nichts mit der Realität zu tun haben; Unfähigkeit, zwischen Phantasie und Realität zu unterscheiden);
- Störungen der Affektivität (impulsives Handeln; plötzliche, irrational erscheinende Stimmungsumschwünge);
- Schlafstörungen (Unfähigkeit einzuschlafen oder nach einer Unterbrechung wieder in den Schlaf zu finden).

Ein stationärer psychiatrischer Aufenthalt ist i.A. nicht zu umgehen, sollte aber möglichst unter Mitaufnahme des Kindes erfolgen. Aufgrund der hohen Suizidrate von 5% (Kaplan et al. 1991, zit. nach Knops 1993) und Infantizidrate von 4% (a.a.O.) ebenso wie Misshandlungsgefahr des Kindes besteht dringender Handlungsbedarf. Bei Suizidalität besteht die Gefahr des erweiterten Suizids, d.h. dass das Kind mit in den Tod genommen wird.

2.3.1 Frühzeichen und Warnsymptome vor Ausbruch einer Wochenbettpsychose

Auch bei den Wochenbettpsychosen gibt es erste Anzeichen und Warnsymptome; die häufigsten Initialsymptome sind nach Rohde/ Marneros (1993a):

- Ruhelosigkeit (auch psychomotorisch);
- paranoide Symptome (z.B. extremes Misstrauen);
- katatone Erregung¹⁸;
- Konfusion;
- extreme Ängstlichkeit, Angespanntheit und Nervosität;
- Schlafstörungen und
- depressive Verstimmungen.

Gold (2002, zit. nach Brandes et al. 2004) hebt darüber hinaus Reizbarkeit, Stimmungslabilität, Agitiertheit, Stimmungsschwankungen, disorganisierte Gedanken sowie bizarres Verhalten als Frühzeichen hervor. Auch Euphorie und Hyperaktivität werden oft vor Ausbruch der Störung beobachtet.

¹⁸ Katatone Erregung = psychomotorischer Erregungszustand mit Störungen der Willkürmotorik.

Schlaflosigkeit und Ängstlichkeit als Symptome vor Erkrankungsausbruch können z.T. bereits auf der Entbindungsstation beobachtet werden. Später treten Zerfahrenheit und bizarre Ideen auf, die von außen nicht mehr nachvollziehbar sind, z.B. Gedanken mit dem Kind stimme etwas nicht oder die anderen wollten ihm Schaden zufügen, z.B. es vergiften. Aber auch ein deutlicher Rückzug von anderen Menschen bis hin zur sozialen Isolation sollte als Warnzeichen gesehen werden (vgl. z.B. Dunnewold/ Sanford 1996; Nispel 2001; Rohde 2004).

Natürlich müssen außerdem jegliche Art von Wahnvorstellungen und Halluzinationen als Symptome einer schon eingetretenen psychotischen Episode ernst genommen werden.

Doch nicht bei allen Wochenbettpsychosen lassen sich im Vorfeld Warnsymptome beobachten. Auch plötzliche Ausbrüche sind bei diesem Störungsbild nicht untypisch; v.a. die Manien entstehen oft abrupt ohne Voranzeichen.

2.3.2 Symptomatik und Klassifikation der manifestierten Wochenbettpsychosen

Im Wochenbett ist das Auftreten aller Arten von Psychosen mit ihrer entsprechenden Symptomatik möglich; nach Rohde (1998) sind dies unipolare und bipolare, affektive und schizoaffective Psychosen ebenso wie schizophrene und zyklische. Andere Autoren legen teilweise eine andere Kategorisierung zugrunde, je nach gefundener Häufigkeit und vorherrschender Symptomatik; so gibt es neben den o.g. Kategorien bei Lanczik et al. (1990) auch „Melancholien“, bei Schopf/ Rust (1994a;d) auch „schizophreniforme Psychosen“, „unspezifische funktionale Psychosen“ bei Klompenhouwer/Van Hulst (1991) und Garfield et al. (2004) oder Einzelfälle einer „schizotypen Psychose“ bei Pfuhlmann et al. (2000) sowie „organische Psychosen“ bei Rohde/ Marneros (1993a,b). Dies zeigt, wie schwierig die diagnostische Einstufung der Wochenbettpsychosen und wie breit gefächert wiederum das Spektrum möglicher Störungen ist. Die von Rohde (1998) vorgenommene Einteilung spiegelt jedoch die vorherrschende Kategorisierung innerhalb der neueren Literatur wider, die deshalb auch hier zugrunde gelegt werden soll.

Gemeinsam sind den unterschiedlichen Formen in der akuten Phase zumeist Halluzinationen und/ oder Wahnvorstellungen. *Halluzinationen* sind akustische, optische oder kinästhetische Sinneswahrnehmungen ohne realen Hintergrund.

Wahnvorstellungen sind inhaltliche Denkstörungen. Die Erkrankten sind von der Richtigkeit ihrer Gedanken fest überzeugt; sie lassen sich nicht durch die Erfahrung und logische Argumentation anderer vom Gegenteil überzeugen. Der Wahninhalt ist kulturell und sozial bedingt; im Wochenbett wird er sehr stark vom Erleben der Mutterschaft geprägt. Wie bei psychotischen Störungen generell, stehen die Symptome bei psychotischen Störungen post partum in Zusammenhang mit der vorherrschenden Stimmung der Patientin (z.B. depressiver Wahn versus Größenwahn bei Manikern). Allerdings kreisen bei Wochenbettpsychotikerinnen die Schuld- und Versündigungsideen vorrangig um Themen, die mit dem Kind und der Mutterschaft in Verbindung stehen, z.B. Vorstellungen bezüglich eines Versagens gegenüber den neuen Pflichten. Auch wahnhaftige Sorgen um Gesundheit und Verbleib des Kindes, Beeinflussungsgefühle durch Mutter, Schwiegermutter, Nachbarin etc. (z.B. das Gefühl, die anderen wollen sie vergiften) sind nicht selten (vgl. z.B. Dix 1991; Rohde 2004).

Eine genaue Unterscheidung der spezifischen Form einer Wochenbettpsychose ist v.a. für die weitere Therapieplanung wichtig.

2.3.2.1 Affektive Wochenbettpsychosen

Die Wochenbettpsychosen gehören nach Ansicht vieler Autoren vorrangig zur diagnostischen Kategorie der Affektiven Psychosen (z.B. Elliott/ Henshaw 2002; Schopf/ Rust 1994a; Wisner et al. 1994). Bei den Affektiven Psychosen liegt - wie der Name schon sagt - eine ausgeprägte Affektstörung vor, entweder als Depression – mit oder ohne begleitende Angst - oder aber als gehobene Stimmung und Erregung.

Bei den Affektiven Wochenbettpsychosen müssen wiederum manische Formen, depressive Formen und Mischzustände unterschieden werden.

2.3.2.1.1 *Unipolare depressive Wochenbettpsychosen*

In Tabelle 7 sind die diagnostischen Kriterien der psychotischen Depression dargestellt.

Tabelle 7: Kriterien einer unipolaren depressiven Psychose (nach ICD-10-GM)

F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
	Eine schwere depressive Episode, wie unter F32.2 beschrieben (vgl. 2.1.2, Tab. 1), bei der aber Halluzinationen, Wahnideen, psychomotorische Hemmung oder ein Stupor so schwer ausgeprägt sind, dass alltägliche soziale Aktivitäten unmöglich sind und Lebensgefahr durch Suizid und mangelhafte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme bestehen kann. Halluzinationen und Wahn können, müssen aber nicht, <i>synthym</i> ¹⁹ sein.

Die Aktivität ist häufig herabgesetzt, aber Unruhe, Agitiertheit und Angstzustände sind ebenso möglich. Die Wahninhalte sind zumeist depressiv geprägt: Verarmungswahn, Schuldwahn (hier wieder v.a. bezogen auf die Mutterschaft), Versündigungswahn, Krankheitswahn und Untergangsvorstellungen treten auf. Verfolgungsideen - falls vorhanden – beziehen sich meist auf eine vermeintlich auferlegte Schuld, die gesühnt werden soll. Die akustischen Halluzinationen bestehen oft aus diffamierenden oder anklagenden Stimmen.

Die Suizidalität der wahnhaft depressiven Patientin ist wegen der Todes- und Untergangsthematik, der Schuldthematik und der Selbstbestrafungstendenzen sowie möglicherweise imperativer Stimmen, die zum Selbstmord auffordern, höher als bei den nicht-psychotischen Depressionen. Folge eines schweren Schuldwahns (z.B. dass das Kind aufgrund des Versagens der Mutter nicht wieder gut zu machende Schäden davonträgt) kann im Extremfall die Tötung des Kindes sein (Rohde 1998).

Es kann zudem ein katatoner Stupor mit geistiger und motorischer Erstarrung auftreten. Dieser Zustand ist gekennzeichnet durch extreme Antriebs-, Bewegungs- und Teilnahmslosigkeit und das Fehlen jeglicher Reaktion auf die Ansprache der Umwelt. Es besteht Gleichgültigkeit gegenüber den eigenen Grundbedürfnissen (wie z.B. Nahrungsaufnahme). Dabei kann das Bewusstsein völlig erhalten sein und die Vorgänge in der Umwelt werden uneingeschränkt wahrgenommen, aber nicht beantwortet.

¹⁹ Synthymie = einer Grundstimmung entsprechende Äußerung eines Affekts; Vorkommen als sogenannte *synthyme* Wahnbildung bei bestimmten Formen von Wahn, z.B. Auftreten eines ängstlichen Beziehungswahns bei starker Angst als Grundstimmung (Pschyrembel 1990).

2.3.2.1.2 Unipolare manische Wochenbettpsychosen

Tabelle 8 zeigt die diagnostischen Kriterien einer manischen Psychose auf.

Tabelle 8: Kriterien einer unipolaren manischen Psychose (nach ICD-10-GM)

F30.-	Manische Episode
	Alle Untergruppen dieser Kategorie dürfen nur für eine einzelne Episode verwendet werden. Hypomanische oder manische Episoden bei Betroffenen, die früher eine oder mehrere affektive (depressive, hypomanische, manische oder gemischte) Episoden hatten, sind unter bipolarer affektiver Störung (F31.-) zu klassifizieren.
F30.1	Manie ohne psychotische Symptome
	Die Stimmung ist situationsinadäquat gehoben und kann zwischen sorgloser Heiterkeit und fast unkontrollierbarer Erregung schwanken. Die gehobene Stimmung ist mit vermehrtem Antrieb verbunden, dies führt zu Überaktivität, Rededrang und vermindertem Schlafbedürfnis. Die Aufmerksamkeit kann nicht mehr aufrechterhalten werden, es kommt oft zu starker Ablenkbarkeit. Die Selbsteinschätzung ist mit Größenideen oder übertriebenem Optimismus häufig weit überhöht. Der Verlust normaler sozialer Hemmungen kann zu einem leichtsinnigen, rücksichtslosen oder in Bezug auf die Umstände unpassenden und persönlichkeitsfremden Verhalten führen.
F30.2	Manie mit psychotischen Symptomen
	Zusätzlich zu dem unter F30.1 beschriebenen klinischen Bild treten Wahn (zumeist Größenwahn) oder Halluzinationen (zumeist Stimmen, die unmittelbar zum Betroffenen sprechen) auf. Die Erregung, die ausgeprägte körperliche Aktivität und die Ideenflucht können so extrem sein, dass der Betroffene für eine normale Kommunikation unzugänglich wird.

Inhalt der Größenideen kann im Wochenbett z.B. die Vorstellung sein, das Kind sei ein Jesuskind oder es bestehe Kontakt zu Gott o.ä. (Rohde 2004). Häufig fehlt Manikern ein Krankheitsbewusstsein, da sie sich im Gegenteil äußerst leistungsfähig und omnipotent fühlen. Eine Vernachlässigung der Nahrungsaufnahme und der persönlichen Hygiene kann jedoch zu gefährlicher Dehydratation und Verwahrlosung – auch beim Kind – führen (Elliott/ Henshaw 2002); eine weitere Gefährdung für das Kind besteht z.B. dadurch, dass die Mutter ihre Handlungen nicht mehr richtig einschätzen kann und ihr Kind falsch behandelt (Rohde 2004). Steht eine gereizt-aggressive Stimmung im Vordergrund, kann sich diese auch gegen die Personen in der näheren Umgebung, z.B. den Ehemann richten (Rohde 1998).

2.3.2.1.3 **Bipolare manisch-depressive Wochenbettpsychosen**

Bei den zirkulären Verlaufsformen einer manisch-depressiven Wochenbettpsychose handelt es sich um eine affektive Psychose mit depressiven und manischen Phasen, die entweder alternierend oder durch ein symptomfreies Intervall getrennt auftreten können. Manische Phasen sind dabei wesentlich seltener und kürzer als die depressiven Phasen.

Wenn die bipolare Störung mit einer depressiven Phase beginnt, wird häufig die Fehldiagnose einer unipolaren Depression getroffen und zu selten eine bipolare Störung in Betracht gezogen. Bipolare Wochenbettpsychosen sind bei Betrachtung des Langzeitverlaufs weit verbreitet, aber im Wochenbett schwer zu diagnostizieren, bestenfalls wenn Vorerkrankungen depressiver oder manischer Form bekannt sind oder post partum i.S. des „rapid cycling“ schon unterschiedliche Intervalle bzw. Mischzustände festgestellt werden können. Folgen hat diese Fehldiagnose vorrangig in der Behandlung: Wird eine Depression, die sich später als erste depressive Phase einer bipolaren Störung entpuppt, mit einem Trizyklikum behandelt, sind diese Patienten erhöht gefährdet, in die Manie zu switchen²⁰ (Grunze/ Severus 2005).

Die diagnostischen Kriterien einer bipolaren manisch-depressiven Psychose zeigt Tabelle 9 auf.

Tabelle 9: Kriterien einer bipolaren manisch-depressiven Psychose (nach ICD-10-GM)

F31.-	Bipolare affektive Störung
	Hierbei handelt es sich um eine Störung, die durch wenigstens zwei Episoden charakterisiert ist, in denen Stimmung und Aktivitätsniveau des Betroffenen deutlich gestört sind. Diese Störung besteht einmal in gehobener Stimmung, vermehrtem Antrieb und Aktivität (Hypomanie oder Manie), dann wieder in einer Stimmungssenkung und vermindertem Antrieb und Aktivität (Depression). Wiederholte hypomanische oder manische Episoden sind ebenfalls als bipolar zu klassifizieren.
F31.0	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode
	Der betroffene Patient ist gegenwärtig hypomanisch und hatte wenigstens eine weitere affektive Episode (hypomanisch, manisch, depressiv oder gemischt) in der Anamnese.
F31.1	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome
	Der betroffene Patient ist gegenwärtig manisch, ohne psychotische Symptome und hatte wenigstens eine weitere affektive Episode (hypomanisch, manisch, depressiv oder gemischt) in der Anamnese.

²⁰ Switching = der schnelle Wechsel von einer Phase in die nächste.

F31.2	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen
	Der betroffene Patient ist gegenwärtig manisch, mit psychotischen Symptomen und hatte wenigstens eine weitere affektive Episode (hypomanisch, manisch, depressiv oder gemischt) in der Anamnese.
F31.3	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode
	Der betroffene Patient ist gegenwärtig depressiv, wie bei einer leichten oder mittelgradigen depressiven Episode und hatte wenigstens eine eindeutig diagnostizierte hypomanische, manische oder gemischte Episode in der Anamnese.
F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
	Der betroffene Patient ist gegenwärtig depressiv, wie bei einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome und hatte wenigstens eine eindeutig diagnostizierte hypomanische, manische oder gemischte Episode in der Anamnese.
F31.5	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
	Der betroffene Patient ist gegenwärtig depressiv, wie bei einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen und hatte wenigstens eine eindeutig diagnostizierte hypomanische, manische oder gemischte Episode in der Anamnese.
F31.6	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig gemischte Episode
	Der betroffene Patient hatte wenigstens eine eindeutig diagnostizierte hypomanische, manische, depressive oder gemischte affektive Episode in der Anamnese und zeigt gegenwärtig entweder eine Kombination oder einen raschen Wechsel von manischen und depressiven Symptomen.

Bei bipolaren Wochenbettpsychosen sind unterschiedlichste Kombinationen möglich, wie z.B. eine psychotische manische Episode gefolgt von einer nicht-psychotischen depressiven Episode jeglichen Schweregrades. Neben rein zu unterscheidenden Phasen können auch Mischzustände auftreten, bei denen manische und depressive Symptome gleichzeitig vorhanden sind. Dabei kann eine depressive Stimmung tage- und wochenlang von Überaktivität und Rededrang begleitet sein, oder Größenwahn geht z.B. mit Antriebs- und Interesselosigkeit einher. Die depressiven und manischen Symptome können bei den Mischzuständen aber auch von Tag zu Tag oder sogar Stunde zu Stunde wechseln (ICD-10-GM).

2.3.2.2 Schizophrene Wochenbettpsychosen

Tabelle 10 zeigt die diagnostischen Kriterien einer schizophrenen Psychose auf.

Tabelle 10: Kriterien einer schizophrenen Psychose (nach ICD-10-GM)

F20.-	Schizophrenie
	<p>Die schizophrenen Störungen sind im allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte gekennzeichnet. Die Bewusstseinsklarheit und intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt, obwohl sich im Laufe der Zeit gewisse kognitive Defizite entwickeln können. Die wichtigsten psychopathologischen Phänomene sind Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn oder das Gefühl des Gemachten, Stimmen, die in der dritten Person den Patienten kommentieren oder über ihn sprechen, Denkstörungen und Negativsymptome²¹.</p> <p>Der Verlauf der schizophrenen Störungen kann entweder kontinuierlich episodisch mit zunehmenden oder stabilen Defiziten sein, oder es können eine oder mehrere Episoden mit vollständiger oder unvollständiger Remission auftreten.</p> <p>Die Diagnose Schizophrenie soll bei ausgeprägten depressiven oder manischen Symptomen nicht gestellt werden, es sei denn, schizophrene Symptome wären der affektiven Störung vorausgegangen.</p>

Die ausgeprägte Denkstörung von Schizophrenen²² äußert sich in Zerfahrenheit, zusammenhanglosem und alogischem Denken. Der Gedankengang bricht zuweilen mitten im Satz ab; manche Schizophrene verarbeiten dieses Abreißen der Gedanken wahnhaft und glauben, die Gedanken würden ihnen von außen entzogen. Begriffe können ihre exakte Bedeutung verlieren, unterschiedliche Bedeutungen werden miteinander verquickt (Kontaminationen), Worte werden verstümmelt. Brüche und Einschiebungen in den Gedankenfluss sind häufig. Nebensächliche und unwichtige Aspekte einer Gesamtsituation werden in den Vordergrund gerückt.

Auf der affektiven Ebene werden Verstimmungen der verschiedensten Art beobachtet: Depressionen, Ängste, Apathie, instabile Stimmungslagen und inadäquate Affekte. Der Affektausdruck in Mimik, Gestik und Sprechweise kontrastiert häufig mit dem, was die Patientin erlebt oder was sie sagt. Auch das Erleben von Ambivalenz, d.h. das Erleben von gegensätzlichen Gefühlsregungen oder widersprüchlichen Bestrebungen (z.B. Lachen und Weinen gleichzeitig) wird häufig als Symptom benannt. Häufig ist auch der Autismus: Durch Ich-Versunkenheit und

²¹ Zu den Negativsymptomen gehören beispielsweise Antriebslosigkeit, Sprachverarmung, sozialer Rückzug, nachlassende Fähigkeiten zur selbständigen Lebensbewältigung.

²² Die Beschreibung der schizophrenen Symptomatik stützt sich vorrangig auf Süllwold (1986).

Verlust der Realitätsbeziehungen ist die schizophrene Mutter in ihrem Erleben von der Umwelt abgekapselt und auf ihre eigene Person bezogen.

Auch bizarre Körperempfindungen, gestörte Bewegungsabläufe, nicht beabsichtigte Bewegungen, mangelnde Koordination und sonstige Bewegungs- und Automatismusstörungen treten bei schizophrenen Psychosen auf.

Die z.T. sehr bizarren Wahnvorstellungen und Halluzinationen drehen sich thematisch - wie schon bei den Affektiven Psychosen - vorrangig um die Themen Kind, Partner und Mutterschaft. Eine Mutter mit Verfolgungswahn glaubt z.B., dass ihr jemand das Kind wegnehmen will; imperative Stimmen können eine Verletzung des Kindes eingeben. Bei schizophrenen Psychosen herrscht zudem oft Schlaflosigkeit vor und das Baby wird vernachlässigt.

2.3.2.3 Schizoaffektive Wochenbettpsychosen

Bei einer *schizoaffektiven Störung* handelt es sich um eine Störung, bei der sowohl affektive (manische oder depressive) als auch schizophrene Symptome in derselben Krankheitsphase auftreten, meistens gleichzeitig, höchstens aber durch einige Tage voneinander getrennt.

Tabelle 11 zeigt die diagnostischen Kriterien einer schizoaffektiven Psychose auf.

Tabelle 11: Kriterien einer schizoaffektiven Psychose (nach ICD-10-GM)

F25.-	Schizoaffektive Störungen
	Episodische Störungen, bei denen sowohl affektive als auch schizophrene Symptome auftreten, aber die weder die Kriterien für Schizophrenie noch für eine depressive oder manische Episode erfüllen. Andere Zustandsbilder, bei denen affektive Symptome eine vorher bestehende Schizophrenie überlagern, oder bei denen sie mit anderen anhaltenden Wahnkrankheiten gemeinsam auftreten oder alternieren, sind unter F20-F29 zu kodieren. Parathyme ²³ psychotische Symptome bei affektiven Störungen rechtfertigen die Diagnose einer schizoaffektiven Störung nicht.
F25.0	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch
	Eine Störung, bei der sowohl schizophrene als auch manische Symptome vorliegen und deshalb weder die Diagnose einer Schizophrenie noch einer manischen Episode gerechtfertigt ist. Diese Kategorie ist sowohl für einzelne Episoden als auch für rezidivierende Störungen zu verwenden, bei denen die Mehrzahl der Episoden schizomanisch ist.
F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv
	Eine Störung, bei der sowohl schizophrene als auch depressive Symptome vorliegen und deshalb weder die Diagnose einer Schizophrenie noch einer depressiven Episode gerechtfertigt ist. Diese Kategorie ist sowohl für ein-

²³ Parathyme psychotische Symptome = affektbezogene Wahnideen und Halluzinationen.

	zelne Episoden als auch für rezidivierende Störungen zu verwenden, bei denen die Mehrzahl der Episoden schizodepressiv ist.
F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung
	Gemischte schizophrene und affektive Psychose Zyklische Schizophrenie

Nach Rohde/ Marneros (1992) beginnen puerperale schizoaffektive Störungen im Vergleich zu den schizoaffektiven Störungen zu anderen Zeitpunkten häufiger mit einer schizomanischen und seltener mit einer schizodepressiven Episode. In der Regel handelt es sich hierbei um sehr akute Störungen, die sich meist aus völliger Gesundheit, quasi „über Nacht“ entwickeln.

2.3.2.4 Zyklische Wochenbettpsychosen

Viele weitere Kategorien werden oft im Zusammenhang mit den Wochenbettpsychosen beschrieben; die zyklischen Psychosen sind dabei die am häufigsten genannten. Da es nach der Kategorisierung des ICD-10-GM keine „zyklischen“ Psychosen gibt, werden sie oft den akuten polymorphen Psychosen aus der Gruppe der kurz dauernden reaktiven Psychosen zugeordnet, bei denen sie als Synonymbegriff auftauchen. Eine derartige Zuordnung wird von Pfuhlmann et al. (2000) jedoch problematisiert, da diese damit vielfach alleinig von der Zeitdauer der Störung abhängig gemacht wird. Tabelle 12 zeigt die diagnostischen Kriterien der akuten polymorphen Psychosen auf, die innerhalb der ICD-10-GM-Kategorisierung am ehesten die zyklischen Psychosen nach Leonhard beschreiben.

Tabelle 12: Kriterien einer kurz dauernden reaktiven Psychose (nach ICD-10-GM)

F23.-	Akute vorübergehende psychotische Störungen
	Eine heterogene Gruppe von Störungen, die durch den akuten Beginn der psychotischen Symptome, wie Wahnvorstellungen, Halluzinationen und andere Wahrnehmungsstörungen, und durch eine schwere Störung des normalen Verhaltens charakterisiert sind. Der akute Beginn wird als Crescendo-Entwicklung eines eindeutig abnormen klinischen Bildes innerhalb von 2 Wochen oder weniger definiert. Bei diesen Störungen gibt es keine Hinweise für eine organische Verursachung. Ratlosigkeit und Verwirrtheit kommen häufig vor, die zeitliche, örtliche und personale Desorientiertheit ist jedoch nicht andauernd oder schwer genug, um die Kriterien für ein organisch verursachtes Delir (F05.-) zu erfüllen. Eine vollständige Besserung erfolgt in der Regel innerhalb weniger Monate, oft bereits nach wenigen Wochen oder nur Tagen. Wenn die Störung weiter besteht, wird eine Änderung der Kodierung notwendig. Die Störung kann im Zusammenhang mit einer akuten Belastung stehen, definiert als belastendes Ereignis ein oder zwei Wochen vor Beginn der Störung.

F23.0	Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie
	Eine akute psychotische Störung, bei der Halluzinationen, Wahnphänomene und Wahrnehmungsstörungen vorhanden, aber sehr unterschiedlich ausgeprägt sind und von Tag zu Tag oder sogar von Stunde zu Stunde wechseln. Häufig findet sich auch emotionales Aufgewühltsein mit intensiven vorübergehenden Glücksgefühlen und Ekstase oder Angst und Reizbarkeit. Die Vielgestaltigkeit und Unbeständigkeit sind für das gesamte klinische Bild charakteristisch; die psychotischen Merkmale erfüllen nicht die Kriterien für Schizophrenie (F20.-). Diese Störungen beginnen abrupt, entwickeln sich rasch innerhalb weniger Tage und zeigen häufig eine schnelle und anhaltende Rückbildung der Symptome ohne Rückfall. Wenn die Symptome andauern, sollte die Diagnose in anhaltende wahnhaftige Störung (F22.-) geändert werden.
	Bouffée délirante ohne Symptome einer Schizophrenie oder nicht näher bezeichnet Zykloide Psychose ohne Symptome einer Schizophrenie oder nicht näher bezeichnet
F23.1	Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie
	Eine akute psychotische Störung mit vielgestaltigem und unbeständigem klinischem Bild, wie unter F23.0 beschrieben; trotz dieser Unbeständigkeit aber sind in der überwiegenden Zeit auch einige für die Schizophrenie typische Symptome vorhanden. Wenn die schizophrenen Symptome andauern, ist die Diagnose in Schizophrenie (F20.-) zu ändern.
	Bouffée délirante mit Symptomen einer Schizophrenie Zykloide Psychose mit Symptomen einer Schizophrenie

Zykloide Psychosen repräsentieren nach Pfulmann et al. (2000) eine sowohl von den Schizophrenien als auch von den affektiven Störungen verschiedene Gruppe von Psychosen. Sie stellen phasisch remittierende, ohne Defektbildung verlaufende, bipolar angelegte, vielgestaltige, aber in ihrem Gesamtbild dennoch scharf umrissene Störungsbilder dar und umfassen die Subtypen Angst-Glücks-Psychose, Verwirrtheitspsychose und Motilitätspsychose (die nach Pfulmann et al. deutlich überwiegt).

Nach Fallgatter et al. (2002) dominiert bei den Verwirrtheitspsychosen eine spezifische Form formaler Denkstörungen mit einer Inkohärenz der Themenwahl im erregten Pol und einer Ratlosigkeit im gehemmten Pol das klinische Bild. Bei der Motilitätspsychose bestimmen hyperkinetische oder akinetische Veränderungen der Expressiv- und Reaktivmotorik die Symptomatik, und die Angst-Glücks-Psychose ist durch Affektschwankungen mit extremen Auslenkungen zum ängstlichen oder ekstatisch-glücklichen Pol und affektkongruenter Ideenbildung gekennzeichnet.

Da viele Studien immer wieder die atypische Symptomatik der Wochenbettpsychosen hervorgehoben haben (vgl. Sieche/ Giedke 1999 oder Fallgatter et al.

2002), bietet sich mit dem Konzept der zykliden Psychosen eine Möglichkeit, die häufig bei Wochenbettpsychosen gefundene Konfusion, Desorientierung, rasch wechselnde Symptomatik, sich kaleidoskopisch verändernden Affekte (z.B. nach Fallgatter et al. von schweren Angstzuständen bis hin zu ekstatischen Glückserlebnissen) und den abrupten Beginn innerhalb weniger Tage - oft sogar über Nacht - ohne Annahme einer gesonderten Entität der Wochenbettpsychosen einstuft zu können (Pfuhlmann et al. 2000).

2.3.3 Verteilung der einzelnen Störungsbilder

Über die Verteilung der einzelnen Störungsbilder besteht große Uneinigkeit; etliche Autoren fanden vorrangig zyklide Psychosen, andere fast ausschließlich affektive, so dass hier nur einige Beispiele hervorgehoben werden sollen. Übereinstimmung besteht zumindest darüber, dass schizophrene Psychosen eher selten im Wochenbett ausgelöst werden.

Die Wochenbettpsychosen werden häufig als affektive Psychosen beschrieben, wobei sie sich jedoch von der Symptomatik immer wieder von den üblichen Bildern affektiver Psychosen unterscheiden. So weisen postpartale Psychosen häufig Verwirrtheits-Symptome auf, rasche affektive Schwankungen und eine schnell wechselnde Symptomatik, die nach Pfuhlmann et al. (2000) eher zu den Motilitätspsychosen als Unterform der zykliden Psychosen passen. Auch andere Autoren wiesen bei postpartalen Psychosen auf motorische Auffälligkeiten mit raschen Wechseln von Erregung zu Hemmung hin (Rohde/ Marneros 1993a) sowie atypische Symptome wie Desorientierung, Stimmungslabilität oder Konfusion (36,2% der Frauen in der Untersuchung von Garfield et al. 2004), ohne jedoch eine Diagnostik nach Leonhard anzuwenden.

Pfuhlmann et al. (2000) führten in ihrer Langzeituntersuchung an 34 Frauen, bei denen eine Psychose erstmalig postpartal aufgetreten war, eine Klassifikation sowohl nach den Kriterien der ICD-10 als auch nach Leonhard durch. Dabei zeigte sich die in Tabelle 13 dargestellte Verteilung der Störungen.

Tabelle 13: Verteilung der Diagnosen nach ICD-10 gegenüber Leonhard bei Pfuhlmann et al. (2000)

	Diagnosen nach ICD-10	Diagnosen nach Leonhard
zykloide Psychosen - <i>Motilitätspsychosen</i> - <i>Angst-Glücks- und Verwirrtheitspsychosen</i>		62% 38% 24%
unipolar-depressiv	32%	
monopolare affektive Psychosen		12%
akute polymorphe psychotische Störung - <i>mit Schizophrenie</i> - <i>ohne Schizophrenie</i>	24% 12% 12%	
bipolare affektive Störung/ manisch-depressiv	15%	15%
schizoaffektive Störung	15%	
schizophrene Störung/ unsystematische Schizophrenien	12%	12%
schizotype Störung	3%	

Demnach müssen die Wochenbettpsychosen nach der Leonhard-Nosologie überwiegend als zyklische Psychosen klassifiziert werden. Zusätzlich erfolgte in der Studie von Pfuhlmann et al. ein Vergleich der Verteilung der Diagnosen bei ausschließlich postpartal manifestierten Störungen (n=12) und solchen mit Manifestationen auch außerhalb der Postpartalperiode (n=22). Diese Unterteilung erbrachte jedoch keine wesentlichen Unterschiede in der Diagnosenverteilung, was nach Pfuhlmann et al. dafür spricht, dass ausschließlich postpartal manifestierte Störungen keine eigenständige Gruppe bilden.

Weitere Autoren beschreiben ein Vorherrschen zyklischer Psychosen unter den Wochenbettpsychosen: McNeil (1986) ermittelte in einer prospektiven Studie die höchste Rate postpartaler Psychosen bei Frauen mit einer Episode einer zyklischen Psychose oder einer affektiven Psychose in der Vorgeschichte. Lanczik et al. (1990) untersuchten 42 Frauen mit Wochenbettpsychosen, davon waren 45% zyklische Psychosen, 14% manisch-depressiv, 19% Melancholien, 17% unipolar depressiv, 5% unsystematische Schizophrenien, d.h. es überwogen deutlich die zyklischen Psychosen; Schizophrenien waren wiederum äußerst selten.

Schopf/ Rust (1994d) ermittelten, dass von 30 Frauen, die unter einer postpartalen Psychose ohne affektives Syndrom litten (Ersterkrankung), 19 Frauen die

Kriterien des DSM-III-R für schizophreniforme Psychosen oder kurz dauernde reaktive Psychosen erfüllten und 11 Frauen die Kriterien für Schizophrenie. Die Frauen mit schizophreniformen oder kurzen, reaktiven Psychosen zeigten häufiger die Symptomatologie der zykliden Psychosen und Anzeichen von Konfusion bei häufig abruptem Beginn. Keine dieser Frauen wurde im Langzeitverlauf als schizophren diagnostiziert.

Diesen Ergebnissen steht eine Gruppe von Forschern gegenüber, die die Wochenbettpsychosen als vorrangig affektive Psychosen beschreiben; Schizophrenien wurden jedoch auch hier selten gefunden: Schopf/ Rust (1994a) stellten im Langzeitverlauf bei 57% der Frauen die Diagnose affektive Psychose; Benvenuti et al. (1992) fanden eine klare Dominanz affektiver Störungen mit 76,3% und keinerlei Schizophrenien. Wisner et al. (1994) stellten bei 89% der Frauen die Diagnose „Affektive Störung“; bei Wisner et al. (1995) hatten retrospektiv sogar 95% der Frauen die Diagnose „Affektive Störung“.

Breit diskutiert wird zudem die Frage, ob es sich bei den postpartalen affektiven Störungen vorwiegend um eine bipolare oder unipolare Störung handelt. Einige Untersuchungen (z.B. Wisner et al. 1994) diagnostizierten keinerlei oder kaum bipolare Störungen, während andere das Vorhandensein einer bipolaren Störung in mehr als der Hälfte der Fälle mit affektiver Störung feststellen konnten (z.B. Benvenuti et al. 1992; Schopf/ Rust 1994a; Videbech/ Gouliaev 1995). Bei Bell et al. (1994) war die Major Depression das häufigste klinische Bild post partum, jedoch nur in der Gruppe, die keine psychiatrischen Vorerkrankungen außerhalb eines Wochenbettes aufwies. Bei den Frauen mit psychiatrischen Vorerkrankungen verteilten sich die Diagnosen dagegen relativ gleichmäßig auf alle Diagnosegruppen. Die Unterschiede in der gefundenen Bipolarität beruhen möglicherweise darauf, ob der Langzeitverlauf berücksichtigt wurde oder ob die Diagnose ausschließlich aufgrund der Indexerkrankung gestellt wurde, bei der sich die bipolaren Schwankungen z.T. noch nicht gezeigt haben. Dadurch imponiert ein Zustandsbild als (bisher) unipolar, welches eigentlich den bipolaren Störungen zugeordnet werden müsste.

Keine Einigkeit besteht auch über die Häufigkeit der Diagnose „Schizoaffektive Störung“, die von 2% der psychotischen Störungen post partum bei Wisner et al. (1994), 6,7% bei Benvenuti et al. (1992) bis zu 38% bei Schöpf et al. (1984) oder sogar 49% bei Rohde/ Marneros (1993a) reicht. Die Unterschiede beruhen möglicherweise darauf, dass sich schizoaffektive Diagnosen oft erst im Langzeitver-

lauf ergeben. So lautete bei Rohde/ Marneros die Diagnose bei Indexerkrankung in 50% der Fälle zunächst auf Schizophrenie und nur bei 22,1% auf schizoaffektiv; die schizoaffektive Diagnose in den übrigen Fällen wurde oft erst im Langzeitverlauf gestellt. Bei Rohde/ Marneros (1993a) hatten im Langzeitverlauf zudem immerhin 28% eine Schizophrenie, nur 13% affektive Psychosen und 10% eine organische Psychose²⁴, was insgesamt sehr untypische Ergebnisse sind.

2.3.4 Prävalenz der Wochenbettpsychosen

Hinsichtlich Prävalenz, Manifestationszeitpunkt und Verlauf von Wochenbettpsychosen werden in der Forschungsliteratur kaum Unterscheidungen bezüglich einzelner Störungsbilder vorgenommen. Wo immer aber differenzierende Daten vorhanden sind, werden diese in die Darstellung einbezogen.

Die Wochenbettpsychosen treten in einer über die letzten 150 Jahre in allen Kulturen weltweit gleich bleibenden Häufigkeit von 1-2/1.000 Geburten auf (Fallgatter et al. 2002). Bei Kumar (1994, zit. nach Kumar et al. 1995) betrug die Inzidenz neuer Episoden 1/1000; auch bei Videbech/ Gouliaev (1995) entwickelte 1 von 1.000 Frauen innerhalb von 1 Jahr nach der Geburt eine erstmalige psychotische Episode, 1 von 2.000 innerhalb von 1 Monat. Terp/ Mortensen (1998) untersuchten die dänischen Geburts- und Psychiatrieregister von 1973 bis 1993 und ermittelten dabei eine Hospitalisierungsquote von 0,89/1000 Geburten in den ersten 3 Monaten nach der Geburt.

Nach Riecher-Rössler/ Hofecker-Fallahpour (2003) ist bei einer allseits beschriebenen Inzidenz von 1-2/1.000 Geburten die Wahrscheinlichkeit eines Psychoseausbruchs im 1. Monat nach der Entbindung um das 20-fache erhöht. Das relative Risiko eines Psychoseausbruchs ist nach Paffenbarger (1982, zit. nach Fallgatter et al. 2002) im 1. Monat nach der Geburt gegenüber jedem Monat der Schwangerschaft um das 18-fache erhöht; nach Kendell et al. (1987) ist bei Erstgebärenden das Risiko einer stationären Aufnahme in den ersten 30 Tagen nach der Entbindung sogar um das 35-fache erhöht. Demgegenüber konnten Terp/ Mortensen (1998) bei einem Vergleich der Hospitalisierungsrate von Frauen in den ersten 30 Tagen nach der Geburt mit Frauen gleichen Alters ohne Kinder nur

²⁴ Organische Psychosen im Wochenbett werden heute nur noch selten beschrieben. Ursachen können nach Sieche/ Giedke (1999) eine puerperale Sepsis, Eklampsie, das Sheehan's Syndrom, Thyrotoxicosis, intrakranielle venöse Thrombose etc. sein.

ein geringfügig erhöhtes Risiko für Erstepisoden post partum feststellen; das Risiko für Rückfälle war sogar geringer.

2.3.5 Verlauf und Prognose der Wochenbettpsychosen

Im Folgenden werden der Manifestationszeitpunkt, Dauer und Verlauf sowie die Rückfallgefährdung und Langzeitprognose der Wochenbettpsychosen beschrieben. Sofern differenzierende Daten bezüglich der unterschiedlichen Störungsformen vorliegen, finden diese Berücksichtigung.

Manifestationszeitpunkt

Wochenbettpsychosen beginnen in der Regel bis zur 4. Woche post partum, v.a. jedoch in den ersten 14 Tagen nach der Entbindung. Ein Beginn kurz nach der Entbindung - schon im Krankenhaus - ist nicht selten.

Okano et al. (1998) stellten fest, dass 50% der Mütter die Psychose innerhalb der ersten Woche post partum entwickelten, weitere 6% in der 2. Woche post partum; insgesamt 80% der Störungen traten im ersten Monat nach der Entbindung auf. Auch in der Untersuchung von Kumar et al. (1995) erfolgten 56% der psychiatrischen Einweisungen im Wochenbett innerhalb von 2 Wochen post partum. Ähnliche Zahlen zeigen sich bei Dalton (1992), die feststellte, dass 51% der Frauen mit Wochenbettpsychose binnen 14 Tagen nach der Geburt des Kindes eingeliefert wurden. Bei Rohde/ Marneros (1993a) begannen 55,8% innerhalb der 1. Woche und 22,1% in der 2. Woche post partum. Kirpinar et al. (1999) stellten einen durchschnittlichen Beginn nach 3,62 Wochen fest. Nach Rohde/ Marneros (1993a) begannen *alle* Wochenbettpsychosen innerhalb von 6 Wochen, nach Benvenuti et al. (1992) allesamt innerhalb von 8 Wochen post partum.

Der am häufigsten genannte Beginn fällt in die Zeit der Heimkehr aus der Klinik, wenn die Patientin mit dem Stress ihrer Rolle als Hausfrau und Mutter konfrontiert wird. Ein anderer, oft berichteter Beginn fällt in die 2.-3. Woche nach Rückkehr aus der Klinik, wenn sich die Angehörigen und Freunde der Frau nach großer Anteilnahme an der Mutterschaft wieder den eigenen Belangen zuwenden (Patalla 1988).

Einige Untersuchungen differenzierten den Manifestationszeitpunkt der Wochenbettpsychosen hinsichtlich der Untergruppen und konnten übereinstimmend feststellen, dass affektive Störungen meist akuter und früher begannen als die schi-

zophrenen Formen; McNeil (1986) stellte fest, dass es sich bei dem frühen Beginn innerhalb von 3 Wochen post partum vorrangig um affektive Störungen handelte; die Fälle mit späterem Beginn waren vorrangig schizophren. Auch Pauleikhoff (1964) differenzierte den Manifestationszeitpunkt nach Störungsbildern: Amentielle und manische Psychosen traten nach seinen Befunden meist schon am 3.-5. Tag post partum auf und setzten sehr plötzlich ein; Depressionen nach der Rückkehr nach Hause (3-4 Wochen post partum); schizophrene Wochenbettpsychosen traten meist erst 3-4 Monate post partum auf. Ebenso fanden Kumar et al. (1995) bei den affektiven Psychosen akutere Störungen mit Beginn und Einlieferung innerhalb von 2 Wochen nach der Entbindung im Vergleich zu Schizophrenien mit späteren und weniger akuten Einweisungen. 70% der schizophrenen Wochenbettpsychosen begannen antenatal, 10% nach der Geburt bis zur 2. Woche und 20% ab der 4. Woche post partum. Im Gegensatz dazu begannen die affektiven Wochenbettpsychosen nur zu 2% schon antenatal, 84% von der Geburt bis zur 2. Woche, 5% in der 3. und 4. Woche sowie 9% nach der 4. Woche.

Aufgrund dieses meist frühen, akuten Beginns werden die Wochenbettpsychosen von Fachleuten (Hebammen, Krankenschwestern, Ärzte etc.) häufiger wahrgenommen als die nicht-psychotischen Störungen.

Dauer/ Verlauf

Wenige Autoren machen konkrete Aussagen zur Dauer und zum Verlauf einer psychotischen Episode im Wochenbett. Die Dauer ist nach Rohde (2004) abhängig vom Schweregrad und klinischen Bild und kann Tage bis Monate dauern; genauere Unterscheidungen lassen sich hierzu jedoch nicht finden.

Der Krankenhausaufenthalt von Frauen mit Wochenbettpsychose ist laut Brockington (ohne Jahresangabe, zit. nach Dalton 1992) kürzer als der von Frauen desselben Alters, die an einer nicht-puerperalen Psychose leiden. Bell et al. (1994) ermittelten eine durchschnittliche Verweildauer von 24 Tagen; die Mütter wurden im Durchschnitt 5 Wochen nach der Geburt des Kindes eingewiesen. Bei Kumar et al. (1995) betrug die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer 2 Monate; die Diagnose hatte dabei keinen Einfluss auf die Aufenthaltsdauer. In der Untersuchung von Pfuhlmann et al. (2000) betrug die Dauer der Episoden im Mittel 9,8 Wochen, die Dauer der Hospitalisation 8,2 Wochen²⁵; 17% aller Krank-

²⁵ Allerdings beschreiben Pfuhlmann et al. (2000) den Durchschnitt aller Episoden einschließlich der untersuchten Rückfälle, nicht nur die Dauer der Indexerkrankung.

heitsepisoden waren ambulant behandelt worden. Nach Bright (1994) verbesserten sich in psychiatrischer Behandlung 95% der Patientinnen innerhalb von 2-3 Monaten wieder.

Rückfallgefährdung und Langzeitprognose

Die Rückfallgefährdung von Wochenbettpsychotikerinnen ist beträchtlich; die Angaben reichen von 59% der Indexpatientinnen bei Pfuhlmann et al. (2000)²⁶, 60% bei Videbech/ Gouliaev (1995), 63,3% bei Benvenuti et al. (1992), 63,9% bei Rohde/ Marneros (1993b)²⁷, 75% bei Kirpinar et al. (1999) bis zu 87,2% bei Garfield et al. (2004). Die größte Rückfallgefährdung bestand bei Garfield et al. (2004) innerhalb von zwei Jahren nach der Ersterkrankung. Eine längere Dauer der ersten Klinikaufnahme zeigte ebenfalls einen Trend in Richtung folgender Hospitalisierungen.

Schwankungen in den ermittelten Zahlen können möglicherweise auf die recht unterschiedlichen Beobachtungszeiträume zurückgeführt werden; je länger der Beobachtungszeitraum, umso höher die ermittelten Rückfallraten, was z.B. bei Terp et al. (1999) im 7-Jahres- versus 10-Jahres-Vergleich deutlich wird. Unterschiede ergeben sich des Weiteren dadurch, dass einige Autoren ausschließlich Frauen ohne Vorerkrankungen in ihre Untersuchungen einbezogen, während andere Autoren alle Frauen mit Psychosen innerhalb eines bestimmten Zeitraums nach der Geburt – bei manchen Autoren 1 Monat, bei anderen 3 Monate oder 1 Jahr - nachverfolgten. Differenzierungen werden bei einigen Autoren gemacht hinsichtlich a) Rückfällen in einem erneuten Wochenbett und Rückfällen unabhängig von Schwangerschaft und Wochenbett, ebenso zwischen b) der Rückfallneigung bei Frauen mit Vorerkrankungen vor der Indexerkrankung post partum versus Frauen ohne Vorerkrankungen sowie c) unterschiedlichen Rückfallraten je nach Diagnose bei der Indexerkrankung.

a) puerperale versus nicht-puerperale Rückfälle

Die Rückfallrate in einem weiteren Wochenbett betrug bei Bright (1994) 1:7 (ca. 14% der Indexpatientinnen), bei Rohde/ Marneros (1993a) 25,8%, bei Schopf/ Rust²⁸ (1994a) 35%, bei Pfuhlmann et al. (2000) 47%, bei Garfield et al. (2004) 51,9% und bei Benvenuti et al. (1992) sogar 57,1%. Die niedrigeren Werte bei

²⁶ Zusätzlich ermittelten Pfuhlmann et al. bei 12% der Betroffenen einen chronischen Verlauf ohne vollständige Remission.

²⁷ Untersucht wurden ausschließlich Frauen ohne Vorerkrankungen.

²⁸ Untersucht wurden nur Frauen ohne Vorerkrankungen.

anderen Autoren erklären sich nach Pfuhlmann et al. (2000) daraus, dass ambulante Episoden teilweise nicht berücksichtigt wurden, z.B. bei Rohde/ Marneros. In 33% der postpartalen Rückfälle wurde bei Pfuhlmann et al. jedoch eine ambulante Behandlung durchgeführt.

Die Rückfallquote außerhalb eines Wochenbetts betrug bei Robertson et al. (2005) 62%²⁹, bei Schöpf et al. (1984) 65% und bei Schopf/ Rust (1994a) 66%.

b) Rückfälle bei Frauen mit versus ohne Vorerkrankungen

Zahlreiche Autoren stellten eine höhere Rückfallrate bei Frauen mit psychotischen Vorerkrankungen gegenüber Frauen mit Erstmanifestationen post partum fest, so z.B. Terp et al. (1999), Garfield et al. (2004) oder Bell et al. (1994). Bei ausschließlich puerperalen Vorerkrankungen scheint die Prognose besser zu sein als bei anderweitigen psychiatrischen Störungen im Vorfeld: Bei Bell et al. (1994) hatten 70,6% der Frauen mit psychiatrischen Vorerkrankungen außerhalb eines Wochenbettes weitere Rückfälle während des Follow-up-Zeitraums von knapp 9 Jahren, jedoch nur 38,9% der Frauen mit „reinen“ Wochenbettstörungen. Bei Terp et al. (1999) hatten ca. 50% aller Frauen ohne vorherige Hospitalisierungen innerhalb von 7 Jahren Rückfälle bzw. 65% aller Frauen innerhalb von 10 Jahren. Bei den Frauen mit nicht-schizophrenen Vorerkrankungen traten bei ca. der Hälfte der Frauen Rückfälle innerhalb von 2 Jahren auf, nach 10 Jahren betrug die Rückfallrate 85%. Unabhängig von den Vorerkrankungen hatte die Hälfte der schizophrenen Frauen innerhalb von 12 Monaten einen Rückfall; nach 10 Jahren betrug die Rückfallrate 98%. 22% aller ersterkrankten Frauen und 34% der Frauen mit Vorerkrankungen hatten bei weiteren Entbindungen einen Rückfall. Schöpf et al. (1984) konnten hingegen keine Verlaufsunterschiede der Psychosen mit puerperalem Beginn und anderem Beginn ermitteln.

Robertson et al. (2005) haben die Rückfälle im Wochenbett nach bipolaren affektiven Wochenbettpsychosen differenziert nach Ersterkrankung versus Vorerkrankungen untersucht. Von den Frauen, die noch weitere Geburten hatten, erlitten 57% einen Rückfall in einem weiteren Wochenbett (bis 6 Wochen post partum); weitere 9% hatten einen Rückfall in der Schwangerschaft oder innerhalb von 6 Monaten nach der Geburt (jenseits der 6 Wochen). 56% der Frauen, für die die Index-Wochenbettpsychose die Ersterkrankung darstellte, hatten einen Rückfall, gegenüber 53% derjenigen mit Vorerkrankungen vor der Indexerkrankung. Eine

²⁹ Untersucht wurden nur bipolare affektive Wochenbettpsychosen.

Vorgeschichte an bipolaren Störungen vor der Indexerkrankung post partum sagte nicht das Risiko weiterer puerperaler Rückfälle voraus, jedoch ergab sich bei einer Familiengeschichte psychischer Störungen eine kürzere Zeitspanne (4 versus 7 Jahre) bis zu nicht-puerperalen Rückfällen.

c) Rückfallraten je nach Diagnose bei Indexerkrankung

Die Höhe des Rückfallrisikos ist mit abhängig von der Art der Störung; dieses ist nach Übereinstimmung vieler Autoren bei schizophrenen und schizoaffektiven Psychosen am höchsten; bipolare Störungen weisen eine schlechtere Prognose als unipolare Störungen auf.

Ein erhöhtes Rückfallrisiko bei Schizophrenien beschreiben z.B. Terp et al. (1999); auch Davidson/ Robertson (1985) sprechen von einer guten Prognose bei unipolaren und bipolaren Störungen, nicht jedoch bei Schizophrenien post partum. Bei Garfield et al. (2004) traten Rückfälle bei allen Patientinnen mit Schizophrenie, 66,7% der Patientinnen mit schizoaffektiven Störungen, 66,9% derjenigen mit Manien oder Hypomanien und 14,3% der Patientinnen mit einer Index-Depression auf. Von den Frauen, die weitere Entbindungen hatten, wiesen 75% der Frauen mit Schizophrenie, 80% der Frauen mit einer schizoaffektiven Störung oder unspezifischen funktionalen Psychosen und 27,3% der Frauen mit einer Major Depression als Indexerkrankung eine erneute Wochenbettpsychose auf. Die schizophrenen Patientinnen hatten häufigere Hospitalisierungen, aber nicht mehr Rückfälle, so dass davon ausgegangen werden kann, dass Ihre Rückfälle schwerer verlaufen.

Die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls mit affektiven Störungen betrug bei Davidson/ Robertson (1985) 43% bei unipolaren und 66% bei bipolaren Störungen, was vergleichbar mit den Rückfallraten bei nicht-puerperalen Störungen ist.³⁰ Demgegenüber betrug bei Hunt/ Silverstone (1995) das Risiko eines Rückfalls *im Wochenbett* bei Frauen mit bipolarer Störung 25-40%. Nach Freeman et al. (2001) sind Rückfälle im Wochenbett bei Frauen mit bipolaren Vorerkrankungen meist depressiver Art; diese Frauen haben eine Wahrscheinlichkeit eines erneuten Rückfalls in einem weiteren Wochenbett von 100%.

Keinerlei Rückfälle konnten Rohde/ Marneros (1993b) in der Untergruppe der organischen Psychosen feststellen, was innerhalb dieser diagnostischen Kategorie auch zu vermuten war.

³⁰ Nach Gaebel/ Falkai (2001) haben bipolare Störungen generell im Langzeitverlauf ein Wiedererkrankungsrisiko von 50-75% nach einer depressiven, > 80% nach einer manischen Phase.

Langzeitprognose

Die meisten Autoren beschreiben, dass die Langzeitprognose von Wochenbettpsychosen günstig ist, bei zumeist vollständiger Remission und uneingeschränkter beruflicher und sozialer Funktionsfähigkeit (z.B. Robertson/ Lyons 2003, Rohde/ Marneros 1993b, Schöpf et al. 1984, Schopf/ Rust 1994a). Bei Pfuhlmann et al. (2000) kam es nur bei 12% der Frauen mit Wochenbettpsychose (Indexerkrankung) zur Chronifizierung mit Residualsymptomatik, bei Rohde/ Marneros (1993b) waren es 27,9% der Indexpatientinnen. Dies waren bei beiden Autoren nahezu ausschließlich Patientinnen, die an Störungen schizophrener und schizoaffectiver Art litten.

Demgegenüber steht die Studie von Videbech/ Gouliaev (1995), bei denen immerhin 40% der untersuchten Frauen mit psychotischer Ersterkrankung post partum bei der Nachuntersuchung 7-14 Jahre später ihre volle berufliche Arbeitsfähigkeit nicht wieder erlangt hatten. Schizophreniforme Symptome waren auch hierbei ein Prädiktor für die Arbeitsunfähigkeit. Ebenso beschreiben Garfield et al. (2004) den Langzeitausgang als schlecht bei einer Mortalität von 10-19%; 46,7% der Frauen benötigten noch mehrere Jahre lang kontinuierliche oder zumindest häufige kurze Perioden von außerklinischer Behandlung.

2.4 Zur Frage der Spezifität psychischer Störungen post partum

Wie im Verlauf dieses Kapitels dargestellt, gibt es eine breite Palette an psychischen Störungen post partum, die sich hinsichtlich ihrer Vielfalt nicht von den herkömmlichen Kategorien unterscheiden. Dennoch wird die Frage der Spezifität nach wie vor kontrovers diskutiert: Während einige Autoren diese Störungen in die gängigen psychiatrischen Kategorien einordnen – eine Einordnung, der die bisherige Darstellung zugrunde liegt -, präferieren andere eine eigene Entität.

Die Frage der Spezifität wird häufig anhand der Symptomunterschiede postpartaler und nicht-postpartaler Störungen begründet. So haben etliche Untersuchungen nicht nur bei den nicht-psychotischen Depressionen vereinzelte Unterschiede festgestellt (mehr Angstsymptome, umgekehrte zirkadiane Schwankungen etc., vgl. 2.1.2), sondern auch bei den Wochenbettpsychosen: Bei Hays (1978, zit. nach Wisner et al. 1994) traten bei Wochenbettpsychosen mehr auditive Halluzinationen, visuelle Fehlwahrnehmungen, stärkere Verwirrung - insbe-

sondere bei bipolaren Störungen - oder Nachschwankungen mit Depressionen auf. In der Untersuchung von Wisner et al. (1994) zeigten Frauen mit Wochenbettpsychosen mehr Symptome kognitiver Desorganisation, Konfusion und bizarrere Verhaltensmuster in den psychotischen Zuständen als Frauen, die außerhalb des Wochenbetts psychotisch erkrankten. Der Beginn war zumeist sehr akut und ähnelte deliriumsartigen Zuständen. Ebenso berichteten die postpartal psychotischen Frauen häufiger mörderische Gedanken, die sich vorwiegend gegen das Kind richteten. Bei Oosthuizen et al. (1995) zeigte ein Vergleich von Wochenbettpsychosen mit bipolaren Störungen anderer Entstehungszeitpunkte bei den Wochenbettpsychosen mehr Kontrollwahn, akustische Halluzinationen, abgestumpfte Affekte und emotionale Unruhe.

Okano et al. (1998) beobachteten „atypische Symptome“ bei insgesamt 31% aller untersuchten Fälle; in der Untergruppe der Patientinnen mit schizoaffektiven Störungen wiesen sogar 67% „atypische Symptome“ auf. Dabei wurden als „atypisch“ Bewusstseinsveränderungen (Konfusion, Verwirrung, Desorientierung etc.) ohne organische Pathologie betrachtet. Keine atypischen Symptome konnten bei den Schizophrenien gefunden werden.

Andere Autoren (z.B. Craddock et al. 1994; Platz/ Kendell 1988) zeigten in Vergleichen von postpartal psychiatrisch hospitalisierten Frauen mit Frauen, die zu anderen Zeiten psychiatrisch hospitalisiert wurden, dass die postpartalen Störungen sich weder in der Symptomatik noch in der Verteilung der einzelnen Störungsbilder auf verschiedene diagnostische Kategorien von anderen psychiatrischen Störungen signifikant unterschieden. Eine Spezifität postpartaler psychischer Störungen wird von diesen und etlichen anderen Forschern (z.B. Bright 1994; Whiffen 1991) abgelehnt. Postpartale Depressionen und Wochenbettpsychosen können ihrer Ansicht nach nicht klar unterschieden werden von Störungen, die zu anderen Lebenszeitpunkten auftreten.

Die teilweise gefundenen Unterschiede in der Symptomatik werden von einigen Autoren hingegen als Beweis für eine Spezifität der PPD gesehen; so klassifiziert z.B. Dalton (1992) die postpartalen Depressionen aus diesem Grund als „atypische Depression“. Insgesamt handelt es sich hierbei jedoch nur um leichte Unterschiede in der Ausprägung einzelner Symptome, nicht jedoch um eine grundsätzlich andere Symptomatik dieser Störungen. Berücksichtigt man, dass psychotische Symptome in ihrer Ausgestaltung vom Entstehungskontext abhängig sein können, findet ein Teil der Unterschiede eine einleuchtende Erklärung. So fand z.B. Kendell (1985) nur die Wahnhalte betreffende Unterschiede. Eine weitere

Ursache für Symptomabweichungen - die auch von Hendrick et al. (2000), Welburn (1981) oder Wisner et al. (1994) benannt wird - liegt vermutlich in dem extremen Schlafentzug durch die Entbindung selbst sowie durch die Versorgung des Neugeborenen. Hierdurch kommt es zu einer Veränderung der zirkadianen Rhythmen (diverse Körperfunktionen unterliegen natürlichen Schwankungen im Tagesverlauf, z.B. der Kortisolspiegel), was ebenfalls Auswirkungen auf das Erscheinungsbild der Störung haben kann und nicht als Argument für eine Spezifität gelten kann. Auch SIGN (2002), die in Schottland einen Leitfaden für psychische Störungen post partum entwickelten, stellen heraus, dass es bei einer Analyse verschiedenster Untersuchungen wenig Hinweise darauf gibt, dass sich psychische Störungen post partum in ihrer Symptomatik signifikant von den Störungen unterscheiden, die zu anderen Zeitpunkten entstehen.

Gegen eine Spezifität postpartaler psychischer Störungen spricht zudem die Heterogenität der Störungsbilder als auch die Prognose und der Verlauf mit hohen Rückfallraten – auch außerhalb eines Wochenbettes - sowie einer Häufung an Vorerkrankungen und Familienbelastung (vgl. 4.2). Auch die hohe Vorerkrankungsrate an Depressionen in der Schwangerschaft bei nahezu 50% aller Frauen mit PPD (vgl. 2.1.5) spricht gegen eine Spezifität.

Befürworter einer Spezifität (z.B. Bell et al. 1995) argumentieren mit der Ätiologie, dem Verlauf und der (angeblich) besseren Prognose postpartaler psychischer Störungen und fordern daher eine eigene Klassifizierung. Hormonelle, genetische und psychosoziale Faktoren (v.a. ein Mangel an sozialer Unterstützung, Faktoren der Entbindung, Krankheiten des Kindes etc.) im Verbund mit psychodynamischen Aspekten, der speziellen Dynamik von Mutterschaft und Wochenbett sollen diese spezifische und von anderen psychischen Störungen deutlich zu unterscheidende Erkrankung im Wochenbett auslösen.

Wiederum andere Autoren (z.B. Cooper/ Murray 1995) gehen davon aus, dass zumindest ein Teil der psychischen Störungen post partum eine gesonderte klinische Einheit darstellt, welche zu anderen Formen psychiatrischer Störungen in keiner Beziehung steht. Wochenbettdepressionen und –psychosen, bei denen im weiteren Verlauf nur Rückfälle im Wochenbett beobachtet werden, haben nach Cooper/ Murray eine eigene Spezifität, während Störungen, die auch außerhalb von Schwangerschaft und Wochenbett Rezidive aufweisen, dem „normalen“ Erkrankungsspektrum zuzuordnen sind.

Betrachtet man die Vielfalt der Störungsbilder, ihre nur geringfügig abweichende Symptomatik und die Rückfallgefährdung auch außerhalb eines Wochenbettes, kann zusammenfassend festgestellt werden, dass psychische Störungen post partum - sowohl psychotischer als auch nicht-psychotischer Art - keine spezifische Störung ausmachen. Auch der Entstehungskontext rechtfertigt m.E. nicht die Einstufung dieser Störungen als eigenständige Kategorie. So gehen auch Riecher-Rössler/ Hofecker-Fallahpour (2003) davon aus, dass die PPD keine spezifische Ätiologie hat, sondern dass die Geburt eines Kindes mit allen biologischen und psychosozialen Konsequenzen als Stressor fungiert, welcher im Rahmen eines Vulnerabilität-Stress-Modells als Trigger den Ausbruch der Störung bei prädisponierten Frauen zur Folge hat. Psychisch und entwicklungsbedingt empfindliche Frauen entwickeln - z.T. mitbedingt durch die hormonellen Schwankungen und auf der Basis daraus resultierender biochemischer Veränderungen - eine Disposition für die Entstehung einer Depression oder Psychose. In den meisten Fällen kommt diese jedoch erst dann zum Ausbruch, wenn zusätzliche psychische und soziale Faktoren die Bewältigungsfähigkeiten der Frau überschreiten. Irrelevant ist im Rahmen des Vulnerabilität-Stress-Modells, ob es sich um ein Rezidiv bei schon vorbestehender psychischer Störung oder um das erstmalige Auftreten einer psychischen Störung handelt.

Riecher-Rössler/ Hofecker-Fallahpour fordern trotzdem die Beibehaltung des Begriffes „postpartale Depression“, weil die Depression in der frühen Mutterschaft mit spezifischen Bedürfnissen konfrontiert: Das Hilfesuch-Verhalten ist auf Grund von Scham und Stigmatisierung verzögert; aufgrund einer Missinterpretation der Symptome (z.B. als übliche Anpassungsprobleme) werden diese oft nicht als Depression erkannt. Auch aufgrund der schweren Langzeitauswirkungen - nicht nur für die Mutter, sondern auch für das Kind und die ganze Familie - benötigt die Störung eine besondere Aufmerksamkeit und eine spezielle Behandlung.

Letztendlich kann und muss die Frage der Spezifität nicht abschließend beantwortet werden. Für eine deskriptive, d.h. nicht ätiologiegeleitete diagnostische Einordnung dieser Störungen spielen diese Überlegungen nur eine untergeordnete Rolle, denn mit den Diagnostischen Manualen ICD-10-GM und DSM-IV stehen ausreichende Kategorisierungen zur Verfügung. Aufgrund der Heterogenität der psychischen Störungen im Wochenbett, die jegliches Erscheinungsbild von den unipolaren und bipolaren affektiven Störungen bis hin zu schizophrenen und schizoaffektiven Störungen einnehmen können - d.h. also das gesamte Spektrum

psychischer Störungen, wie sie auch zu anderen Zeitpunkten auftreten können -, ist es aus Gründen der diagnostischen Handhabbarkeit erforderlich, sich diesen allgemeinen Kategorien anzuschließen. Dabei ist der besondere Entstehungszusammenhang dieser Störungen (der im 4. Kapitel eingehender beschrieben wird) und die unter 2.1.5 und 2.3.5 beschriebenen Verlaufskriterien im Auge zu behalten.

Nicht zuletzt lässt sich dies auch deshalb rechtfertigen, da für nicht in diese Kategorien einordbare postpartale psychische Störungen im ICD-10-GM eine gesonderte (pauschale) Einordnung als „Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, nicht andernorts klassifizierbar“ zur Verfügung steht, die aber erst dann gewählt werden sollte, wenn die - deutlich präziseren - herkömmlichen Einordnungen nicht greifen oder dem Diagnostiker nur unzureichende Informationen zur Verfügung stehen. Im DSM-IV steht für Depressionen eine Zusatzkodierung „mit postpartalem Beginn“ zur Verfügung, die in der Regel jedoch auf die ersten 4 Wochen post partum beschränkt bleiben sollte.³¹

³¹ In der Praxis wird davon abgewichen und teilweise bis zu 1 Jahr post partum auf diese Klassifizierung zurückgegriffen (z.B. Stowe et al. 2005).

3 Auswirkungen der psychischen Störungen post partum auf die Familie

Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen sprechen dafür, dass psychische Störungen post partum nicht nur nachhaltige Konsequenzen für die langfristige psychische Gesundheit und das soziale Funktionieren der betroffenen Frauen haben. V.a. wenn die Störungen nicht erkannt und nicht behandelt werden, wirken sie sich auch auf die eheliche Beziehung und die Befindlichkeit der Väter negativ aus und können die psychische, kognitive und soziale Entwicklung der Kinder beeinträchtigen.

Die gravierendste potenzielle Konsequenz ist die Ermordung des Kindes (Infantizid) oder seine Misshandlung. Ein Infantizid im Kontext einer psychischen Störung der Mutter kann nach Rohde (2001a) unter verschiedenen Konstellationen vorkommen:

- im Rahmen eines „erweiterten Suizides“ bei schwerer Depression, wenn die Mutter ihr Kind nicht alleine zurücklassen möchte und es daher mit in den Tod nimmt;
- als Folge einer produktiv-psychotischen Symptomatik, wenn eine Wochenbettpsychotikerin Realität und Phantasie nicht mehr voneinander unterscheiden kann und ihre destruktiven Bilder und Vorstellungen in die Tat umsetzt oder Stimmen „befolgt“, die ihr eine Misshandlung oder Tötung des Kindes eingeben;
- als Folge von Überforderung im Rahmen eines Impulsdurchbruches;
- als Folge von schwerer Kindesmisshandlung;
- als Tötung des Neugeborenen bei verdrängter bzw. verleugneter Schwangerschaft.

Die juristische Bewertung der Tötung des eigenen Kindes hinsichtlich der Schuldfähigkeit hängt vom zugrunde liegenden Störungsbild ab.

Da den älteren Kindern betroffener Mütter bislang nahezu keine Aufmerksamkeit geschenkt wird, ist den Ausführungen zu den Auswirkungen auf das Neugeborene sowie den Partner ein Kapitel vorangestellt, welche Folgen eine psychische Störung der Eltern generell auf die Kinder haben kann. Diese Erkenntnisse lassen sich weitgehend auf die Kinder postpartal depressiver und psychotischer Mütter übertragen, v.a. auf das Erleben der älteren Geschwisterkinder.

3.1 Allgemeine Erkenntnisse zu den Auswirkungen einer elterlichen psychischen Störung auf die Kindesentwicklung

Kinder und Jugendliche mit einem psychisch kranken Elternteil haben ein erhöhtes Risiko, selbst unter psychischen Problemen oder unter Verhaltensauffälligkeiten zu leiden. Dies beruht zum einen auf einer genetischen Disposition, die sowohl bei schizophrenen wie auch bei affektiven Psychosen nachgewiesen werden konnte. Nach Sollberger (2000, zit. nach Lazarus 2003) tragen Kinder schizophren erkrankter Eltern ein Risiko von ca. 13%, selbst an Schizophrenie zu erkranken. Gegenüber der Prävalenz der Gesamtbevölkerung von ca. 1% ist ihre Wahrscheinlichkeit für eine psychische Störung damit deutlich höher. Bei schizoauffektiv erkrankten Eltern liegt das Erkrankungsrisiko der Kinder sogar bei 37%. Kinder von Angstpatienten haben nach Turner et al. (1987, zit. nach Bohus et al. 1998) ein 7-fach erhöhtes Risiko an einer Angststörung zu erkranken, als Kinder aus einer normalen Kontrollgruppe.

Zum anderen beruht das erhöhte Erkrankungsrisiko der Kinder psychisch kranker Eltern auf den Lebensumständen, unter denen das Kind heranwächst. Psychische Störungen der Eltern können z.B. verhindern, dass Kinder die Liebe und Zuwendung bekommen, die für ihre gesunde Entwicklung nötig ist. Eine widersprüchliche, schlecht einschätzbare familiäre Umgebung kann ebenso zum Entstehen der psychischen Störung des Kindes beitragen.

Mattejat (1998) unterscheidet dabei zwischen unmittelbaren Problemen und Folgeproblemen. Unmittelbare Probleme sind Probleme, die sich direkt aus dem Erleben der Störung der Eltern herleiten lassen, wie Desorientierung, Schuldgefühle, Tabuisierung und Isolation. Innerfamiliäre Verheimlichungsstrukturen können bei den Kindern zu Desorientierung und Schuldgefühlen führen, wenn sie die Probleme der Eltern zwar wahrnehmen, aber aufgrund fehlender Aufklärung die Verhaltensweisen der Eltern weder verstehen noch einordnen können. Kinder glauben dann häufig, dass sie an den psychischen Problemen ihrer Eltern schuld sind. Mitunter wird den Kindern das Verschweigen auch direkt auferlegt. Viele betroffene Familien ziehen sich zudem aus Scham und aus Angst vor Stigmatisierung von ihrer Umwelt zurück; Isolation kann die Folge sein.

Darüber hinaus treten eine Reihe von Folgeproblemen auf, die indirekt durch die veränderte soziale und familiäre Situation aufgrund der Störung hervorgerufen werden, z.B. Betreuungsdefizite, Zusatzbelastungen der Kinder, Verantwortungsverschiebung, Abwertungserlebnisse und Loyalitätskonflikte. Wie stark diese Probleme das Kind im Einzelfall belasten, ist jedoch sehr unterschiedlich und

hängt von einer Vielzahl verschiedener Faktoren und Einflüsse ab. Um die individuellen Belastungen betroffener Kinder einschätzen zu können, sind nach Wagenblass (2001) u.a. folgende Aspekte zu berücksichtigen:³²

Parentifizierung

Wenn ein Elternteil psychisch erkrankt, geraten häufig ältere Geschwister in eine Verantwortung gegenüber den jüngeren Geschwistern und z.T. auch gegenüber den Eltern, der sie in der Regel aufgrund ihres Entwicklungsstandes kaum gewachsen sind.³³

Familiäre Ressourcen und Kompensation durch andere Bezugspersonen

Aufgrund einer psychischen Störung ist der erkrankte Elternteil oftmals nicht in der Lage, eine angemessene Versorgung, Erziehung und Unterstützung seiner Kinder zu organisieren. In diesem Zusammenhang ist dann von Relevanz, ob die Kinder die für ihre Entwicklung notwendige Unterstützung bei anderen nahe stehenden Personen finden, in Form von emotionaler Zuwendung, Verständnis, Umsorgen, Zuhören, usw. ebenso wie durch konkrete Hilfestellungen (Essen, Hausaufgabenhilfe usw.).

Alter der Kinder

Je jünger die Kinder sind, desto mehr sind sie auf die elterlichen Versorgungs- und Pflegeleistungen angewiesen und desto direkter wirkt es sich auf das Wohl des Kindes aus, wenn diese Versorgung aufgrund der psychischen Störung eines Elternteils nicht oder nur unzureichend erbracht wird. Untersuchungen zur Mutter-Kind-Beziehung zeigten zudem, dass depressive oder schizophrene erkrankte Mütter oftmals verzögert auf die Signale ihrer Kinder reagieren, bzw. diese Signale nicht oder falsch wahrnehmen (Wiefel/ Lehmkuhl 2004). Die Folgen sind gerade im Säuglings- und Kleinkindalter – in dem sich meist auch noch die Geschwisterkinder befinden – besonders gravierend.

Lebenssituation

Insbesondere bei chronischen Störungen ist oftmals die gesamte Familiendynamik so stark belastet, dass es nicht selten zu einer Auflösung der Partnerschaft und damit zum Auseinanderfallen der Familie kommt – auch dies eine massive Belastung für die Kinder.

³² Hier wird nur Bezug auf die Faktoren genommen, die eine besondere Relevanz für die Geschwisterkinder einer postpartal psychisch erkrankten Mutter haben könnten.

³³ Dieser Aspekt konnte bei dem Interview mit einer postpartal depressiven Mutter im Rahmen der Fallanalysen für meine Diplomarbeit (Sauer 1997) beobachtet werden. Der älteste Sohn der Familie übernahm die Versorgung des Neugeborenen, wickelte es, kochte das Essen für die älteren Geschwister und brachte den Säugling der Mutter zum Stillen, die ihren Sessel nicht mehr verließ.

Nicht vergessen sollte man auch die Belastung dadurch, dass Kinder psychisch kranker Eltern oft auch Trennungen durch Krankenhausaufenthalte und wechselnde Betreuungspersonen erleben.

Liegen gleich mehrere Risikofaktoren vor, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für eine Gefährdung der Kinder. In einer Studie von Wang/ Goldschmidt (1994; 1996, zit. nach Bohus et al. 1998) wurden 80% der untersuchten Kinder mit psychisch kranken Eltern als auffällig beurteilt. In der eigenen Untersuchung von Bohus et al. erwiesen sich zum Untersuchungszeitpunkt immerhin bereits 37% als auffällig (v.a. psychosozial, seltener kognitiv und motorisch) und weitere 32,5% als langfristig gefährdet.

Gleichzeitig geben die aufgeführten Risikofaktoren auch Hinweise auf wirksame präventive Maßnahmen für diese Zielgruppe. Der An- bzw. Abwesenheit anderer unterstützender Bezugspersonen für die betroffenen Kinder scheint dabei eine besonders wichtige Funktion als Ressource für die Bewältigung der erfahrenen Belastungen zuzukommen (vgl. Bohus et al. 1998; Wagenblaus 2001).

Broekman (2003) differenziert des Weiteren die Entwicklungsauffälligkeiten der Kinder nach dem Erkrankungsbild der Eltern.

Kinder schizophrener erkrankter Eltern können folgende Auffälligkeiten zeigen:

im geistigen Bereich:

Störungen der Aufmerksamkeit, der Informationsverarbeitung, des Denkens und Wortverständnisses, geringere Abstraktionsfähigkeit, als Folge auch Störungen der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit und der Kommunikationsfähigkeit. Die Folgen sind Beeinträchtigungen der schulischen und beruflichen Leistungen. Als Wirkmechanismen werden Reifungsverzögerungen des Nervensystems sowie Verzögerungen der motorischen Entwicklung angenommen, da die beeinträchtigten Eltern nicht als Modell für körperliche Bewegungen dienen können.

im emotionalen Bereich:

Die Kinder sind häufiger emotional instabil, d.h. stressüberempfindlich, leicht erregbar, ängstlich, unglücklich, stimmungsabhängig, zeigen eine geringe Frustrationstoleranz, vermeidendes bzw. ambivalentes Bindungsverhalten und häufig Schuldgefühle.

im Bereich des Sozialverhaltens und der Beziehung zu Gleichaltrigen:

Die Kinder weisen zahlreiche soziale Schwächen auf, sind aggressiver und sozial isolierter.

Lazarus (2003) zitiert die Ergebnisse einer Metaanalyse von 24 High-Risk-Studien zur schizophrenen Störung von Eltern. Demnach zeigen schizophrene Eltern gehäuft motorische und sensorische Dysfunktionen, affektive Übererregbarkeit sowie eine verringerte verbale Expressivität und Kommunikation ihren Kleinkindern gegenüber. Da schizophrene Psychosen im Wochenbett meist ein Rezidiv bei schon vorher bestehender Schizophrenie darstellen, sind die Kinder hierbei besonders lange und intensiv der schädlichen Familiendynamik ausgesetzt.

Kinder depressiver Eltern können nach Broekman folgende Auffälligkeiten zeigen:

im allgemeinen Bereich:

Depressionen, Selbstmordabsichten, Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität, Trennungsangst, emotionale Störungen, schulische Lern- und Leistungsstörungen bis Schulverweigerung, Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsverzögerungen. Als Wirkmechanismus wird die Schwierigkeit der depressiv erkrankten Mütter, eine durchgehend stabile Kommunikation mit ihren Kindern zu pflegen sowie auf die Bedürfnisse der Kinder zu reagieren, angenommen.

in Abhängigkeit von Lebensalter:

Säuglings- und Kleinkindalter: Hier fallen die Kinder mit Problemen auf, ihren emotionalen Ausdruck zu regulieren, aggressive Impulse zu kontrollieren und mit anderen zu kooperieren und zu teilen. Durch weniger Sprachvorbild und –anregung treten gehemmte Sprachentwicklung, Rückstände in der geistigen Entwicklung und geringere soziale Verhaltensmöglichkeiten auf. Als Wirkmechanismus wird die verminderte Empfindlichkeit der Mutter für die Signale des Kindes angenommen.

Schulalter: Hier können Leistungsschwächen, Aufmerksamkeitsdefizite mit und ohne Hyperaktivität und wenig Selbstwert vorliegen, teilweise auch Aggressivität, störende oder zurückgezogene Verhaltensweisen, Verslossenheit, starke Gefühlsschwankungen und Einnässen.

Jugendzeit: Die zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben (Sexualität und Partnersuche, Vorbereitung auf den Beruf und angestrebte Unabhängigkeit von der Familie) stellen oft eine Überforderung dar, da die Jugendlichen in ihren emotional beeinträchtigten Eltern wenig Vorbild vorfinden.

Generell gilt nach Bohus et al. (1998) mittlerweile als anerkannt, dass die höchste Vulnerabilität, eine psychische Störung zu entwickeln, in der frühen Kindheit und in der Jugendzeit liegt, was auf die Notwendigkeit einer rechtzeitigen primärpräventiven Intervention hinweist. Doch obwohl die oben skizzierten Belastungspotenziale offensichtlich sind, erfahren die Geschwisterkinder bislang eine viel zu geringe Aufmerksamkeit im Rahmen der medizinischen, psychologischen und sozialen Versorgung. Besonders die älteren Kinder erhalten meist erst dann die notwendige Hilfe und Unterstützung, wenn ihre Verhaltensauffälligkeiten und emotionalen Problemen nach außen sichtbar werden. Das Bewusstsein für die potenzielle Gefährdung des neugeborenen Kindes ist hier größer, jedoch fehlt bislang in den meisten Untersuchungen eine Berücksichtigung etwaiger Geschwisterkinder und ihrer speziellen Problematik.

3.2 Auswirkungen einer mütterlichen postpartalen Depression oder Wochenbettpsychose auf den Säugling

Wie unter 3.1 gezeigt, gehören Kinder psychisch kranker Eltern generell nicht nur aufgrund genetischer, sondern auch wegen psychosozialer Belastungsfaktoren zu einer Risikogruppe hinsichtlich ihrer psychischen Entwicklung. So können insbesondere PPD und Wochenbettpsychosen die frühe Entwicklung des Kindes beeinträchtigen und die Vulnerabilität des Kindes seinerseits für die Entstehung psychischer Störungen, v.a. im Erwachsenenalter, z.T. aber auch schon in der Kindheit beeinflussen. Der Säugling befindet sich im Zustand absoluter Abhängigkeit und ist deshalb besonders nachhaltig traumatisierbar.

Eine postpartale psychische Störung der Mutter beeinträchtigt in entscheidendem Ausmaß die Mutter-Kind-Interaktion (Reck et al. 2004a; Righetti-Veltema et al. 2002) und daraus resultierend das Bindungsverhalten des Kindes (Hipwell et al. 2000; Murray et al. 1996b). So kann z.B. eine depressive Mutter weniger auf die sozialen, emotionalen und pflegerischen Bedürfnisse des Kindes eingehen. Die gestörten Kommunikations- und Bindungsmuster verfestigen sich und wirken nachteilig auf die psychosoziale, emotionale und kognitive Entwicklung des Kindes: So wurden Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungen des Kindes mit 18 Monaten z.B. von Murray (1992) festgestellt; bei Hay et al. (2001) waren kognitive Beeinträchtigungen auch noch mit 11 Jahren nachweisbar. Eine Reihe von Verhaltensproblemen und emotionalen Störungen in der frühen Kindheit wurden

von Murray et al. (1999) oder Beck (1999) gefunden, eine geringe soziale Kompetenz mit 8-9 Jahren von Luoma et al. (2001). Kinder einer depressiven Mutter wurden nach Wolkind (1985, zit. nach Holt 1995) zudem häufiger dem Hausarzt vorgestellt, erhielten mehr Medikamente und wurden häufiger ins Krankenhaus eingewiesen.

Die Auswirkungen auf das Kind werden davon mitbestimmt, wie die sekundären Bezugspersonen Belastungen emotional auffangen und das Kind bei deren Bewältigung unterstützen können. Studien zur emotionalen Stabilität und Belastbarkeit von Kindern kamen einhellig zu dem Ergebnis, dass das Vorhandensein zumindest einer verfügbaren Bezugsperson einen Schutzfaktor darstellt (vgl. Brisch 1999). Dieser Schutzfaktor in Gestalt einer verfügbaren Bezugsperson kann verhindern, dass ein Kind unter einer Risikobelastung dekompenziert und im weiteren Verlauf Symptome entwickelt. Es kann vielmehr trotz Belastung psychisch relativ gesund bleiben. Eine entscheidende Rolle kommt hierbei dem Vater zu, der die Auswirkungen auf das Kind durch Übernahme von Betreuungsfunktionen und Herstellung einer alternativen Bindungsbeziehung abmildern kann (Edhborg et al. 2003).

3.2.1 Einflüsse der mütterlichen Störung auf die Mutter-Kind-Interaktion und das Bindungsverhalten

Postpartale Depressionen und Wochenbettpsychosen beeinträchtigen in vielen – aber nicht allen - Fällen die Fähigkeit einer Mutter, angemessen und prompt auf die Signale ihres Kindes einzugehen. Depressive Symptome wie Antriebslosigkeit und Interesselosigkeit können zu verzögerten Interaktionen führen; Sprache, mimische Spiegelung und Spielverhalten sind eingeschränkt. Psychotische Mütter zeigen demgegenüber z.B. oft unberechenbares, wechselhaftes Verhalten gegenüber ihren Kindern. Mögliche Auswirkungen einer psychischen Störung post partum auf die Mutter-Kind-Interaktion und Konsequenzen für das Bindungsverhalten des Kindes sollen im Folgenden dargestellt werden. Dem vorangestellt ist ein kurzer Überblick zu zentralen Aussagen der Bindungsforschung, auf die in den danach beschriebenen Untersuchungen immer wieder zurückgegriffen wird.

3.2.1.1 Allgemeines zur Bindungsforschung

Für das Wohlergehen des Babys ist von Anfang an die Beziehung zu den Eltern, v.a. der Mutter, von besonderer Bedeutung. Diese Beziehung wird durch wechselseitige Einfühlung und Responsivität bestimmt.

„»Feinfühliges Verhalten« der Bezugsperson besteht darin, daß diese in der Lage ist, die Signale des Kindes wahrzunehmen (z.B. sein Weinen), sie richtig zu interpretieren (z.B. als Suche nach Nähe und Körperkontakt) und sie auch angemessen und prompt zu befriedigen“ (Brisch 1999, S. 36).

Nur wenn Eltern in ausreichendem Umfang in der Lage sind, adäquat und prompt auf die Bedürfnisse ihres Säuglings zu reagieren, kann sich langfristig eine sichere Bindungsbeziehung entwickeln. Die Bedürfnisse eines Babys zu erkennen, ist eine (meist intuitiv vorhandene) Konsequenz der richtigen Interpretation seiner Kommunikationssignale (körperliche, gestische, mimische und vokale Äußerungen), welche mehr oder weniger gut gelingen kann und von beiden Partnern – Kind und Elternteil – abhängt. Missverständnisse entstehen z.B. durch unangemessene Erwartungen der Eltern, welche auf einem Wissensdefizit in Bezug auf die frühkindlichen Entwicklungsprozesse beruhen (Suess 2001). Ein weit verbreiteter Irrtum besteht z.B. in der Schlussfolgerung, das Kind lehne einen Elternteil ab, weil es immer wieder wegschaut, während die Mutter oder der Vater mit ihm spielen möchte; dies kann jedoch Zeichen von Müdigkeit und Vermeiden von Überstimulierung sein. Bei den Eltern führt diese Abwendung oft zu Selbstzweifeln, zumal verstärkte Bemühungen um Zuwendung und Blickkontakt meist das Gegenteil bewirken und das Kind zum Schreien veranlassen können, wenn es überfordert wird.

Verzögerungen in der Wahrnehmung der kindlichen Signale können aber auch durch die Beschäftigung mit eigenen Bedürfnissen, Sorgen und Schwierigkeiten entstehen (Murray et al. 2003a; Gregor 2004), somit auch durch psychische Störungen post partum. Durch Projektionen eigener Bedürfnisse auf das Kind können die Signale des Kindes zudem verzerrt oder falsch interpretiert werden (a.a.O.). Aber auch kindliche Eigenschaften wie Irritabilität, Temperament und Selbstregulationsfähigkeiten des Säuglings machen es der bemutternden Person leichter oder schwerer, die Signale des Kindes zu verstehen, die geeigneten beruhigenden Verhaltensweisen zu finden und die Angemessenheit ihrer Reaktion zu bewerten (Murray/ Cooper 1997a).

Die Bindungsqualität basiert auf diesen Interaktionserfahrungen zwischen dem Baby und seiner primären Bezugsperson. In den frühen vorsprachlichen Interak-

tionsmustern spielt der Augenkontakt – die „face-to-face“ Situation – und das mimische Wechselspiel zwischen Mutter und Baby im Vergleich zum späteren Alter, in dem die Sprache größere Bedeutung gewinnt, eine herausragende Rolle. Diese frühen Muster wirken sich auf die späteren Bindungs- und Beziehungsstile aus. Deshalb ist gerade in Risikosituationen deren frühzeitige Beachtung, auch i.S. der Prävention wichtig (Wiefel/ Lehmkuhl 2004).

Ainsworth (zit. nach Haug-Schnabel 2004 und Brisch 1999) untermauerte durch verschiedenste Untersuchungen die wesentlichen Aussagen der Bindungstheorie und unterschied darauf basierend in ihrem Feinfühligkeitskonzept drei Bindungstypen, die von der individuellen Erfahrung des Kindes mit der Bindungsperson abhängen:

- Feinfühligkeits Bindungspersonen, die das richtige Maß an Nähe und Freiheit finden und auf die Bedürfnisse des Kindes prompt und angemessen reagieren, haben *sicher gebundene Kinder*, die ihre Umwelt erforschen und sich dabei als selbsteffektiv und handelnd erfahren können. Sicher gebundene Kinder können ihre Gefühle offen zeigen, sie spielen ohne Angst und unbefangenen und explorieren spontan ihre Umgebung. Unter Belastung, wenn sie erschöpft oder innerlich verunsichert sind, wenden sie sich vertrauensvoll an ihre Bezugsperson, weil sie erfahren haben, dass diese sie unterstützen und trösten wird. Sie sind in der Lage, eine unangenehme Lage mitzuteilen und Zuwendung anzunehmen, was ihre Anspannung abbaut. Sie protestieren lautstark gegen eine Trennung und lassen sich erst von der zurückkehrenden Mutter beruhigen, dies jedoch schnell und effektiv.
- Unfeinfühligkeits Bindungspersonen dagegen, die zahlreiche Signale ihrer Babys übersehen, falsch interpretieren, gar nicht, unangemessen oder zu spät beantworten, haben *unsicher-vermeidende Kinder*, die ihre Gefühle in einer stressigen Trennungssituation nicht zeigen und auch bei der Rückkehr der Bindungsperson deren Nähe nicht aufsuchen, um weitere Enttäuschungen zu vermeiden. Sie wirken desinteressiert am Geschehen und vermeiden den Kontakt, stattdessen spielen sie demonstrativ allein und wirken betont unbelastet. Ein negatives Selbstwertgefühl und unterdrückte Gefühle können die Folge dieses Bindungsmusters sein. Entwicklungsverläufe, die in Richtung unsicher-vermeidende Bindung abweichen, können jedoch durch sichere Bindungen im späteren Leben positiv verändert werden.
- Mütter, die nur dann feinfühlig sind, wenn ihnen danach zumute ist, haben häufig Kinder, die *unsicher-ambivalent* genannt werden, was sich in einem

auffällig übertriebenen, oft widersprüchlichen Verhalten der Kinder während und nach der Trennung zeigt. Aus Angst, ihre Bindungsperson zu verlieren, lassen die Kinder diese kaum aus den Augen und reagieren mit intensivem, lautstarkem Bindungsverhalten auf die Trennung; sie schreien, weinen und klammern sich an die Bindungsperson. Kommt diese nach einer kurzen Trennungsphase zurück, gelingt es ihr trotz Bemühungen oft nicht, das Kind wirkungsvoll zu beruhigen. Deutlicher Ärger über die Bindungsperson sowie Widerstand gegen zu viel Nähe erschweren eine Tröstung; z.T. kommt es zu körperlichen Aggressionen gegen die Mutter. Die Kinder können nicht einschätzen, ob und wann die Bindungsperson feinfühlig reagieren und verlässlich zur Stelle sein wird; mal werden die kindlichen Wünsche nach Nähe und Trost erfüllt, mal nicht wahrgenommen und manchmal sogar bestraft. Die Unberechenbarkeit ihrer Erfahrungswelt lässt die Kinder schnell verzweifeln; das schnell aktivierte Bindungsverhalten lässt kein entspanntes Spielen und Explorieren zu. Unsicher-ambivalent gebundene Kinder erleben eine starke Abhängigkeit von der Bindungsperson und wenig erfolgreiche Selbstständigkeit.

Mittlerweile konnte ein vierter Bindungstyp herausgearbeitet werden: Kinder mit „desorganisiertem Verhaltensmuster“. Das Desorganisationsmuster kann allen 3 Bindungsmustern als Zusatzkodierung beigegeben werden, somit auch bei sicherer Bindung, wenn die Kinder diese Verhaltensweisen in kurzen Sequenzen zeigen. Beispielsweise laufen die Kinder zur Mutter hin, halten auf der Mitte des Weges inne, laufen wieder weg; außerdem können stereotype Verhaltens- und Bewegungsmuster bei diesem Bindungstyp beobachtet werden. Sind diese Verhaltensweisen in einem hohen Ausprägungsgrad vorhanden, rechnet man dieses Muster den unsicheren Bindungen zu (Brisch 1999),

Auch von Stern (2000) werden Verhaltensweisen seitens der Bezugspersonen als problematisch bezeichnet, die die kindlichen Signale übergehen und dabei z.B. das Erregungsniveau nicht adäquat einschätzen, wodurch es zur Über- oder Unterstimulation kommt. Ein Kind ist auf die Erfahrung angewiesen, dass es mit seinem Verhalten die Umgebung im Sinne der eigenen Gefühlslage beeinflussen kann. Der Säugling, der von einem unsensiblen, aufdringlichen Gegenüber permanent überstimuliert wird, hat keine andere Möglichkeit, als den Blick zu senken und den Kopf abzuwenden. Schlimmer ist laut Stern (2000) jedoch die Erfahrung, dass Bezugspersonen überhaupt nicht auf kindliche Signale reagieren; die wich-

tige Überzeugung, die Umgebung beeinflussen zu können, kann sich unter dieser Voraussetzung nicht entwickeln.

3.2.1.2 Einflüsse psychischer Störungen post partum auf die Mutter-Kind-Interaktion und Bindungsqualität

Dass gerade eine postpartale psychische Störung Auswirkungen auf die Bindungsqualität hat, wurde von zahlreichen Autoren belegt (z.B. Lyons-Ruth et al. 1986, Teti et al. 1995). Nach Righetti-Veltema et al. (2003) waren Kinder von PPD-Müttern mit 18 Monaten häufiger unsicher gebunden; bei Bohus et al. (1998) mit 24 Monaten. Nach Murray (1992) sowie Bifulco et al. (2004) dominierte ein unsicher-vermeidender Bindungsstil der Kinder postpartal depressiver Mütter. Mit ca. 1 Jahr zeigten die Kinder schizophrener Mütter in einer Untersuchung von Näslund et al. (1984, zit. nach Hornstein 2003) ein unsicher-vermeidendes oder unsicher-ambivalentes Bindungsverhalten.

Hipwell et al. (2000) fanden einen Zusammenhang zwischen der mütterlichen Diagnose und Mutter-Kind-Bindung: Die Kinder von Müttern mit manischer Wochenbettpsychose waren mit 1 Jahr sicher gebunden; psychotische und nicht-psychotische Depressionen waren hingegen mit unsicherer Bindung verbunden.

Auch Brisch (1999) zitiert zahlreiche Untersuchungen, nach denen die Säuglinge von Eltern, die an einer Depression oder an einer Schizophrenie erkrankt waren, häufiger unsicher gebunden waren. Diese Entwicklung trat teilweise erst im zweiten und dritten Lebensjahr deutlich zum Vorschein. Jungen reagierten bei der Entwicklung ihres Bindungsmusters sensibler auf Belastungsfaktoren als Mädchen.

Die Ursachen für diese Bindungsstörungen liegen vorrangig in der Mutter-Kind-Interaktion begründet. In der intuitiven Mutter-Kind-Interaktion lassen sich die folgenden Kategorien unterscheiden: Blick- und Stimmkontakt, die Art, in der die Mutter das Kind hält bzw. die beiden sich einander zuwenden, die affektive Färbung des Kontaktes, die Bereitschaft der beiden, aufeinander einzugehen, die Angemessenheit von Spielangeboten, Art und Ausmaß der Kontrolle über das Spiel. Ausreichend sensitive Eltern wenden sich dem Kind zu, reagieren angemessen und prompt auf seine Signale, haben Freude am Umgang mit dem Kind und zeigen intuitive Verhaltenskompetenzen. Ihre Kinder sind in ausreichend wachem Zustand kooperativ und haben Freude am Umgang mit ihren Eltern (Deneke 2004a). Je nach Erkrankungsform der Mutter kann diese Mutter-Kind-

Interaktion typische Charakteristika aufweisen. So brauchen z.B. nach Sachse (2000) schizophrene Mütter länger, um affektiv zufrieden stellende nahe Beziehungen zu ihren Säuglingen zu entwickeln, wobei diese Nähe stetig wachsen kann und nicht selten bis zum Ende des ersten Lebensjahres quasi normale Dimensionen erreicht. Bei schizoaffektiv erkrankten Müttern besteht entsprechend ihren sehr starken Stimmungsschwankungen ein sehr schwankendes Ausmaß ihrer Präsenz und Mütterlichkeit. Das Kind wird hin und her gerissen zwischen Vernachlässigung und Wiedergutmachungshandlungen, so dass häufig eine ambivalente Bindung entsteht. Kinder einer depressiven Mutter haben nach Sachse z.T. starke symbiotische Zugriffe auf ihre Person erlebt, so dass bei ihnen Reste einer symbiotischen Einfühlsamkeit beibehalten werden. Durch die Depression hat die Mutter jedoch Schwierigkeiten, das reale Kind zu akzeptieren, Schwierigkeiten in der Wahrnehmung der psychischen Entwicklung des Kindes und einen Mangel an interaktiven Fähigkeiten. Der Umgang mit dem Kind ist bei depressiven Müttern „lower in affect and care“ gegenüber nicht-depressiven Müttern.

Allgemeine Gefahren für die kindliche Entwicklung sind nach Wiefel/ Lehmkuhl (2004) mangelnde Kontinuität in der Sensitivität mit Folgen für das Lernmuster des Kindes sowie insensitives Verhalten als möglicher Wegbereiter für Aufmerksamkeitsstörungen. Intrusives und feindseliges Verhalten kann zu Entwicklungsstörungen, auch der Gedächtnisfunktion, führen und eine mangelnde affektive Spiegelung kann Probleme in der Selbstwahrnehmung des Säuglings und späteren Kleinkindes verursachen.

3.2.1.2.1 Die depressive Mutter

Dass die Symptome einer Depression wie Antriebslosigkeit, Angst, Schuldgefühle, verminderte Konzentration oder Unruhe die Möglichkeit einer Mutter beeinträchtigen können, mit ihrem Kind in Beziehung zu treten, ist unmittelbar verständlich. Allerdings weisen nicht alle Mütter eine eingeschränkte Interaktionsfähigkeit auf. So waren z.B. bei Gunning et al. (2004) Mütter mit guter sozialer Unterstützung auch im Falle einer Depression sensitiv und responsiv im Umgang mit ihren Kindern. Einen weiteren Einfluss haben z.B. die Charakteristika des Kindes, die Persönlichkeit und das momentane Befinden der Mutter sowie die Qualität ihrer Ehe/ Partnerschaft (Crockenberg/ McCluskey 1986, zit. nach Morel-Köhler 2004).

Wiefel/ Lehmkuhl (2004) sowie Murray et al. (2003a) unterscheiden zwei negative Interaktionsformen bei depressiven Müttern: 1. Es liegt eine verlangsamte Interaktion und verminderte Zuwendung zum Kind vor. Der affektive Ausdruck ist reduziert, die Mütter sind mit sich selbst beschäftigt und reagieren weniger häufig direkt und unmittelbar auf die Aufmerksamkeitssuche des Kindes. 2. In der agitierten Form findet sich im Gegensatz dazu chronische Überstimulation und Überforderung des Kindes, die als „kontradepressive Hektik“ bezeichnet wird. Hier kann es zu intrusivem, also unangemessen eingreifendem, manchmal feindseligem Verhalten kommen.

Zahlreiche Untersuchungen haben die Mutter-Kind-Interaktion von depressiven und nicht-depressiven Müttern detaillierter verglichen und dabei vorwiegend einen Mangel an Sensitivität, Responsivität und Kontingenz gefunden. Bei einer beobachteten „face-to-face“-Interaktion mit 3-5 Monate alten Kindern zeigte sich bei Field et al. (1984, zit. nach Morel-Köhler 2004), dass depressive Mütter einen weniger zufriedenen Gesichtsausdruck hatten, weniger aktiv waren, ein weniger imitatives Verhalten und weniger mimische Spiegelung zeigten und weniger spielerisch mit dem Kind umgingen als nicht-depressive Mütter. Righetti-Veltema et al. (2002) fanden in der Interaktion depressiver Mütter mit ihren Kindern weniger vokale und visuelle Kommunikation, weniger Berührungen und weniger Lächeln. Und auch Stanley et al. (2004) ermittelten, dass die Interaktionen der depressiven Mütter weniger kontingent und weniger affektiv zugewandt waren.

Bettes (1988, zit. nach Morel-Köhler 2004) konnte durch Videoaufzeichnungen von „face-to-face“-Interaktionen zwischen depressiven und nicht-depressiven Müttern und ihren 3-4 Monate alten Säuglingen zeigen, dass depressive Mütter signifikant langsamer auf die kindlichen Lautäußerungen antworteten, sie übertrieben weniger ihre Äußerungen und benutzten nicht die typische Babysprache. Die Mütter gaben ihren Antworten kein affektives Signal und passten sich nicht dem kindlichen Verhalten an, sie antworteten verspätet. Auch Murray et al. (1993) untersuchten die Sprache depressiver Mütter und stellten fest, dass diese mehr negativen Affekt aufwiesen und weniger auf die Erfahrungen des Kindes fokussiert waren. Auch neigten diese Mütter dazu, die kindlichen Bedürfnisse weniger zu erkennen und zu artikulieren.

Nach Papousek (2002) können sich depressive Störungen im Wochenbett selbst bei milder Ausprägung nachhaltig auf die primäre Beziehungsaufnahme der Mutter und auf die Qualität der präverbalen mütterlichen Kommunikation mit dem Baby auswirken. Dies wurde auch durch ihre eigenen klinischen Erfahrungen und

Untersuchungen in der Münchner Sprechstunde für Schreibabys belegt. Durch eine Depression werden die intuitiven elterlichen Verhaltensbereitschaften, die emotionale Verfügbarkeit der Mutter und damit ihre Fähigkeit, sich auf das Baby emotional einzulassen und von seinen Signalen leiten zu lassen, auf empfindliche Weise beeinträchtigt. Die Folgen für die Entwicklung der frühkindlichen affektiven Selbstregulierung wirken dabei von Anfang an auf die Mutter zurück und tragen zur Entstehung dysregulierter Kommunikationsmuster, möglicherweise aber auch zur Aufrechterhaltung der depressiven Störung bei. Damit wird laut Papousek - oft über das Abklingen der depressiven Episode hinaus - nicht nur das Risiko einer unsicheren oder desorganisierten Bindung des Kindes erhöht, sondern auch das Risiko von langfristigen Belastungen der Mutter-Kind-Beziehung und von kinderpsychiatrisch relevanten expansiven oder introversiven Verhaltensstörungen.

3.2.1.2.2 Die psychotische Mutter

Ein besonderer Risikofaktor für die kindliche Entwicklung ist bei Wochenbettpsychosen der Einbezug des Kindes in ein elterliches Wahn-, Angst- oder Zwangssystem. Nach Wiefel/ Lehmkuhl (2004) ist schizophrene Mütter und solchen, die an schweren affektiven Psychosen erkrankt sind, gemeinsam, dass sie häufig verzerrte Vorstellungen von ihrem Kind haben. Typisch sind Ideen, das Kind könnte besessen sein oder besondere Kräfte haben, göttlicher Natur oder eigentlich tot sein. Die Säuglinge reagieren zwar nicht auf die Inhalte, aber auf die mitgeteilten Affekte, die sie beunruhigen können (Deneke 2004a). Selten sind Impulse vorhanden, das Kind zu schädigen oder gar zu töten. Reale Gefahr droht eher durch Vernachlässigung wegen mangelnder Konzentrationsfähigkeit oder weil die Bedürfnisse des Kindes nicht wahrgenommen werden.

Insgesamt lassen sich wenig Untersuchungen finden, die sich mit dem Interaktionsverhalten von psychotischen Müttern post partum beschäftigen. Am meisten ist jedoch über das Verhalten schizophrener Mütter bekannt. Nach Kumar et al. (1995) weisen diese die am wenigsten sichere Basis für ihr Kind auf. Dementsprechend wurden 50% der schizophrenen Mütter von ihrem Kind bei Entlassung aus der Klinik getrennt, weil sie nicht in der Lage waren, sicher und angemessen für das Kind zu sorgen. Bei den Affektiven Psychosen verließen 52 von 56 Frauen die Klinik mit ihrem Kind. Ein wesentlicher Einflussfaktor war hierbei der Mangel an familiärer und partnerschaftlicher Unterstützung: von den schizophrenen

Frauen hatten nur 42% einen Partner gegenüber 80% der affektiven Psychotikerinnen.

Mütter mit Schizophrenie zeigen einen insgesamt weniger funktionalen Umgang mit dem Kind. Typisch ist „bizarres Elternverhalten“: die Handlungen sind unvorhersehbar, wechselhaft, widersprüchlich (z.B. Sprechen mit dem Kind ohne es anzuschauen) und manchmal sogar feindselig. Dies führt in späterem Lebensalter zu mehr desorganisierten Bindungsmustern bei ihren Kindern (Wiefel/ Lehmkuhl 2004).

Hornstein (2003) beschreibt Frauen, die schon vor der Geburt ihres Kindes schizophren waren; diese Mütter waren oft mit der Grundversorgung ihres Neugeborenen überfordert. Die klinischen Beobachtungen und videografierte Mutter-Kind-Interaktionen von mehr als 30 stationär behandelten schizophrenen Müttern zeigten motorisches Ungeschick, Koordinationsstörungen, mangelhafte räumliche Organisation, fehlendes Gefühl für die Körpergrenzen eines Babys, für seinen Muskeltonus und seine Bewegungen, welche das Hochnehmen, Halten und Tragen des Babys erschweren können und oft der Grund waren, warum die Mütter das Baby am liebsten im Wagen liegen ließen. Auch andere Defizite schizophrener Mütter, z.B. das fehlende Gefühl für Wärme und Kälte oder kognitive Defizite, die vorausschauendes Planen und Aufmerksamkeit erschweren, können ein Baby gefährden: wenn die Flasche zu kalt, das Badewasser zu heiß ist oder das Baby unbeaufsichtigt auf dem Wickeltisch liegt, während die Mutter das Fläschchen vorbereitet. Zu den basalen Schwierigkeiten im Alltagsmanagement kam die intensive mütterliche Verfügbarkeit, die ein Neugeborenes von seiner Mutter fordert. Zudem hatten viele Mütter auch Angst vor einem drohenden Verlust des Sorgerechts. Aus diesem Grund strengten sie sich besonders an und ließen ihr Baby nicht mehr aus den Augen. Die Folgen in Form dauerhafter Überforderung, Schlafdefizit und Erschöpfung erhöhen die Gefährdung für die Entwicklung einer psychotischen Episode.

Aus ihrer Ambivalenz heraus wechseln schizophrene Mütter häufig zwischen Überfürsorge und Vernachlässigung, und es fällt ihnen schwer, sich auf die Rhythmen ihres Babys einzustellen. In einer Untersuchung von Riordan et al. (1999) zum Verhalten schizophrener Mütter waren diese nach der Klinikentlassung 4 Monate post partum wenig einfühlsam, bedrängend und mit sich selbst beschäftigt; ihre Kinder zeigten mehr unsicher-vermeidendes Bindungsverhalten. Auch die eigenen Untersuchungen von Hornstein (2003) weisen auf erhebliche Defizite der mütterlichen Feinfühligkeit und Responsivität hin. Den schizophrenen

Müttern fiel es schwer, die Signale ihres Kindes zu erkennen, richtig zu interpretieren und prompt mimisch, gestisch oder sprachlich zu reagieren, um die Affekte des Babys widerzuspiegeln und zu modifizieren. Mit diesen zeitlich kontingenten Reaktionen unterstützt eine Mutter normalerweise – wie unter 3.2.1.1 gezeigt - ihr Baby dabei, seine Aufmerksamkeit zu lenken, visuelle und akustische Signale seiner Umgebung wahrzunehmen und die eigenen Affekte unter Kontrolle zu halten. Das Baby beginnt, Erwartungen an die angemessenen Reaktionen seiner Umgebung aufzubauen und auf die Fähigkeit zu vertrauen, solche Reaktionen hervorrufen zu können. Die Kinder schizophrener Mütter, die auf solche frühen kognitiven und emotionalen Lernerfahrungen verzichten müssen, reagieren häufig bereits im Säuglingsalter mit Rückzug, Ängstlichkeit, Unsicherheit und vermeiden beispielsweise Blickkontakt oder den sprachlichen Austausch. Statt Neugierde und Explorationsverhalten zu zeigen, sind die scheinbar pflegeleichtesten Babys oft apathisch und lassen sich auch durch andere kaum anregen. Das Verhalten des Babys wird nicht selten von den Müttern wiederum als Desinteresse oder offene Ablehnung interpretiert und setzt so einen Teufelskreis von Fehlinterpretation und wechselseitigen Missverständnissen zwischen Mutter und Kind in Gang. Die Folge kann eine tiefgreifende Beziehungsstörung sein.

3.2.2 Auswirkungen der mütterlichen Störung auf die emotionale und soziale Entwicklung des Kindes und daraus resultierende psychische Auffälligkeiten und Verhaltensprobleme

Eine mütterliche psychische Störung hat nicht nur Auswirkungen auf die Bindungsqualität und die Mutter-Kind-Interaktion; auch Kurz- und Langzeitauswirkungen im emotionalen und sozialen Verhalten des Kindes bis in die frühe Jugend hinein wurden von zahlreichen Forschern beobachtet. Mehrere Studien haben festgestellt, dass die Chronizität der mütterlichen Depression (länger als 6 Monate) eine weitaus schlechtere Prognose für das Kind darstellt als eine früh remittierte oder erfolgreich behandelte Depression (Field et al. 1996, zit. nach Klier/ Muzik 2001). Auch andere Autoren bestätigen, dass es für die psychosozialen Entwicklungsbedingungen von Kindern weniger wichtig zu sein scheint, unter welcher psychischen Störung die Mutter leidet als wie sehr sie durch die Störung in ihrem allgemeinen Funktionsniveau und ihren sozialen Kompetenzen beeinträchtigt ist. Schweregrad der Störung und Chronizität sind offenbar wichtigere

Prädiktoren für die spätere psychosoziale Anpassung und Gesundheit des Kindes als die elterliche Diagnose (Cummings/ Davies 1994). Die Ergebnisse sollen im Folgenden alterssynchron dargestellt werden.

Säuglings- und Kleinkindalter (bis 2 Jahre)

Wegweisend in diesem Forschungsbereich war die Arbeit von Cohn/ Tronick (1983). In einem so genannten „Depressionsmodell“ ließen sie eine gesunde Mutter eine Zeitlang jede Interaktion mit dem Säugling aussetzen, auch „Maximalvariante“ depressiver Verhaltensmerkmale genannt: Verminderte Mimik und Motorik, eingeschränkter Sprachgebrauch, herabgesetzte Affektivität. Gesunde Kinder reagierten darauf genauso, als ob sie tatsächlich verlassen werden: Sie protestierten, versuchten den Kontakt zurück zu gewinnen, gaben schließlich auf und zogen sich in sich selbst zurück. Diese Beobachtung führte zum Begriff der „anwesenden Abwesenheit“; eine psychische „Trennung“ bei physischer Anwesenheit der Bezugsperson hat die gleichen Konsequenzen wie deren reale Abwesenheit. Cohn/ Tronick vermuten, dass das Erleben des Kindes, das Interaktionsverhalten der Mutter nicht positiv beeinflussen zu können, zu einem Gefühl der Ineffektivität und Hilflosigkeit führt. Das Ziel des Kindes, aktiv Reziprozität herzustellen, misslingt. Möglicherweise entsteht schon in diesem Alter die Grundlage einer Vulnerabilität für spätere depressive Störungen im Sinne des Konzeptes der „erlernten Hilflosigkeit“. Das Baby und später Kleinkind entwickelt ein mentales Bild von der Mutter als unzuverlässig und unzugänglich, und ein mentales Selbstbild als hilflos und lebensunwürdig (Klier/ Muzik 2001).

Field (1984) verglich 3 Monate post partum depressive und nicht-depressive Mütter in der Interaktion mit ihren Kindern. Die Kinder der depressiven Mütter zeigten weniger positive Gesichtsausdrücke und mehr negative Ausdrücke und Protestverhalten. Die Kinder der nicht-depressiven Mütter wiesen ein höheres Aktivitätslevel und eine höhere Herzrate auf. In einer späteren Untersuchung zeigten Field et al. (1988), dass die Säuglinge depressiver Mütter selbst dann ein depressives Verhalten im Spiel (weniger positive Affekte, geringeres Aktivitätslevel) zeigten, wenn sie mit einem nicht-depressiven Erwachsenen spielten. Die Autoren schließen daraus, dass ein Säugling durch wiederholte Interaktionserfahrung mit seiner depressiven Mutter sehr früh ein depressives Interaktionsmuster erlernt. Diese Säuglingsdepression zeigt sich auch auf der biologischen Ebene in Form von Veränderungen der Gehirnstromaktivität über dem rechten Frontallappen und erhöhte Stresshormone, wie Dawson/ Ashman (2000, zit. nach Klier/ Muzik 2001)

zeigen konnten. Derartige Veränderungen lassen sich auch bei chronisch depressiven Erwachsenen finden.

Im Gegensatz dazu konnten Campbell et al. (1995) in ihrer Studie an einer Low-Risk-Gruppe keine Unterschiede im Säuglingsverhalten mit 2 Monaten zwischen Kinder depressiver Mütter und solchen gesunder Mütter nachweisen. Erst wenn die Chronizität der Depression hinzutrat, schnitten die Kinder depressiver Mütter mit 6 Monaten schlechter in Spielsituationen ab als die Kinder gesunder Kontrollmütter.

Murray (1992) untersuchte die Kinder von Müttern mit PPD, als die Kinder 18 Monate alt waren und fand häufiger leichte Verhaltensstörungen und Trennungsprobleme. Edhborg et al. (2003) fanden im Alter von 15-18 Monaten eine geringere Ausdauer im freien Spiel (nicht jedoch im strukturierten Spiel) bei Kindern postpartal depressiver Mütter. Die Vater-Kind-Bindung wurde häufiger als sicher beobachtet als in der Kontrollgruppe; dies zeigt auf, welche kompensatorische Funktion den Vätern zukommen kann.³⁴

Bei Säuglingen und Kleinkindern wurden des Weiteren von unterschiedlichsten Autoren Schrei-, Schlaf- und Fütterstörungen berichtet (Deneke 2004b; Murray 1992; Righetti-Veltema et al. 2002), was auf eine erhöhte Irritabilität und geringere Fähigkeit zur Selbstregulation schließen lässt. Grace et al. (2003) bemerken hierzu jedoch einschränkend, dass bei der Auswertung mütterlicher Aussagen deren Wahrnehmungsverzerrungen eine Rolle spielen könnten.

Kindergartenalter (3-5 Jahre)

Eine Multi-Center-Studie aus den USA (NICHD Early Child Care Research Network 1999, zit. nach Klier/ Muzik 2001) zeigte, dass 3-jährige Kinder von Müttern, die über das erste Lebensjahr hinaus depressiv waren, mehr Problemverhalten im Kindergarten zeigten als Kinder von gesunden Müttern oder von Müttern, die spätestens beim ersten Geburtstag des Kindes nicht mehr depressiv waren. In der Studie von Field et al. (1996, zit. nach Klier/ Muzik 2001) wiesen die Kinder chronisch depressiver Mütter vermehrt abwesend-scheues und unempathisches Sozialverhalten im Kindergarten auf; des Weiteren waren sie stärker verhaltensauffällig und aggressiv gegenüber anderen Kindern. Beide Untersuchungen verdeutlichen nochmals den Zusammenhang von Chronizität der mütterlichen Störung und Verhaltensauffälligkeiten des Kindes.

³⁴ Es handelt sich um eine schwedische Untersuchung. Den Autoren zufolge haben in Schweden viele Väter ein Verständnis dafür entwickelt, wie wichtig sie für ihre Kinder sind.

Caplan et al. (1989, zit. nach Klier/ Muzik 2001) untersuchten 4-jährige Kinder postpartal depressiver Mütter und fanden bei diesen gehäuft Verhaltensschwierigkeiten verglichen mit Kindern gesunder Mütter. Die Autoren identifizierten zwei Risikofaktoren, die mit der mütterlichen Depression einhergingen und für die Verhaltensstörungen des Kindes (mit)verantwortlich sein könnten: eheliche Disharmonie während der Schwangerschaft und elterliche psychiatrische Probleme in der Vorgeschichte.

Bei Brennan et al. (2000) zeigten sich bei schweren, chronischen Depressionen der Mutter Verhaltensprobleme der Kinder mit 5 Jahren. Es hatte keinen Einfluss, ob die Mutter in der Schwangerschaft, kurz nach der Geburt oder 6 Monate post partum depressiv war. Ebenfalls Verhaltensstörungen sowie eine erhöhte Rate an Trennungängsten wiesen in der Untersuchung von Murray/ Cooper (1997a) die Vorschulkinder von Frauen, die eine PPD hatten, auf.

Sinclair/ Murray (1998) haben die Auswirkungen der PPD auf die Anpassung der Kinder im Alter von 5 Jahren an die Schule untersucht und hierzu die Aussagen von Lehrern erhoben. Die PPD korrelierte nicht mit der Schulreife, persönlicher Reife, prosozialem Verhalten, Anpassungsfähigkeit oder Ausdauer, jedoch gab es in Verbindung mit geringer sozialer Schichtzugehörigkeit und bei Jungen eine größere Ablenkbarkeit und Verhaltensstörungen.

Schulalter (6 Jahre bis Pubertät)

Nach Cicchetti et al. (1998) stellen die häufig gefundenen dysregulierten oder ängstlich-vermeidenden Beziehungsmuster von Kindern postpartal depressiver Mütter Risikofaktoren für die spätere Entwicklung von Angststörungen und Depressionen bei diesen Kindern dar. Eine Mutter zu haben, die an einer Depression leidet/ gelitten hat, verdoppelt das Risiko eines Kindes, selbst depressiv zu werden: In der Studie von Hammen/ Brennan (2003) entwickelten 20% der Kinder, deren Mütter an einer Depression litten, bevor die Kinder 10 Jahre alt waren, bis zum 15. Lebensjahr ebenfalls eine Depression – verglichen mit 10% der Kinder, deren Mütter nicht depressiv waren. Ebenso waren Angststörungen bei den Kindern depressiver Mütter wahrscheinlicher. Das Risiko einer kindlichen Depression war aber nur bei Vorliegen einer schweren depressiven Episode (mindestens 1-2 Monate andauernd) oder aber bei einer milden Depression über einen langen Zeitraum (mindestens 1 Jahr) überdurchschnittlich hoch.

Luoma et al. (2001) fanden eine geringere soziale Kompetenz mit 8-9 Jahren bei Kindern von PPD-Müttern, allerdings war die Korrelation nur leicht vorhanden.

Hay et al. (2003) haben die Gewalttätigkeit unter Jugendlichen in Bezug auf mütterliche Depressionen im Vorfeld untersucht. 11-jährige Kinder von Müttern, die 3 Monate post partum und danach noch mindestens ein weiteres Mal depressiv waren, zeigten mehr gewalttätiges Verhalten als Kinder einer Kontrollgruppe. Parallel dazu traten Aufmerksamkeits-Defizits-Störungen und Hyperaktivität gehäuft auf. Auch hier zeigen sich wieder die Auswirkungen der frühen Mutter-Kind-Regulation auf die Aufmerksamkeitsregulation und emotionale Regulationsfähigkeit, die es dem Kind nicht ermöglichten, Frustration und Ärger zu beherrschen zu lernen.

Abbott et al. (2004) untersuchten den Langzeitverlauf der Kinder von Müttern, die aufgrund einer Wochenbettstörung psychiatrisch hospitalisiert werden mussten. 23 Jahre nach der Indexerkrankung wurden 48 Kinder untersucht, aufgrund deren Geburt es zum Ausbruch der Störung gekommen war, sowie 62 Geschwisterkinder³⁵. Evaluiert wurden psychische Störungen im Erwachsenenalter, neurotische Symptome in der Kindheit (Enuresis nach dem Alter von 6 Jahren, Schulverweigerung, Schlagen des Kopfes) und Führungsprobleme (Disziplinprobleme zu Hause und/oder in der Schule, Schulschwänzen, Suspendierung/ Verweis von der Schule, Kontakt zur Polizei und in Gewahrsamnahme). 26% der Kinder hatten bis zum Evaluationszeitpunkt eine psychische Störung entwickelt, die unter ICD-10-Kriterien evaluiert werden konnte. Bei den direkt betroffenen Kindern lag die Quote mit 35% wesentlich höher als bei den Geschwistern mit 15%.

Allerdings wird auch immer wieder hervorgehoben, dass die mütterliche Störung lediglich *einen* Risikofaktor darstellt; das Risiko des Kindes ist teilweise genetisch bedingt, wird aber durch Umweltfaktoren wie beeinträchtigte Mutter-Kind-Interaktion und Konflikte in der Familie erhöht (Klier/ Muzik 2001). Nach Winnicott (1992) müssen die Kinder depressiver und/ oder psychotischer Mütter zudem nicht zwangsläufig Schaden nehmen: Ein Kind kann ungünstigen Umweltbedingungen zum Trotz Mittel und Wege finden, sich gesund zu entwickeln und es kann trotz guter Umweltbedingungen krank werden.

³⁵ Bei 22 dieser Geschwisterkinder hatte die Mutter ebenfalls eine Wochenbetterkrankung. Sie wurden daher in der Untersuchung in die Gruppe direkt betroffener Kinder mit aufgenommen.

3.2.3 Auswirkungen der mütterlichen Störung auf die kognitive Entwicklung des Kindes

Es gibt nur wenige Studien, die die Auswirkungen einer Wochenbettpsychose auf die kognitive Entwicklung des Kindes untersucht haben. McNeil et al. (1988) fanden bei 6-jährigen Kindern keine Unterschiede zwischen Kindern von Frauen, die eine Wochenbettpsychose hatten gegenüber solchen, deren Mütter nach der Geburt gesund blieben. Hipwell (1992, zit. nach Murray et al. 2003a) untersuchte Kinder mit 12 Monaten, Hipwell et al. (1997, zit. nach Murray et al. 2003a) Kinder mit 4 Jahren und fanden ebenfalls in beiden Untersuchungen keine kognitiven Unterschiede zwischen den Kindern von gesunden Müttern und solchen, die zusammen mit ihren Kindern hospitalisiert wurden.

Anders sieht es bei den postpartalen Depressionen aus: Zahlreiche Untersuchungen kamen zu dem Ergebnis, dass eine PPD der Mutter mit Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungen des Kindes mit 2-3 Monaten (Galler/ Harrison 2000; Whiffen/ Gotlib 1989), 9 Monaten (Murray 1992), 18 Monaten (Murray 1992; Murray et al. 1996b³⁶; Righetti-Veltima et al. 2003), 4 Jahren (Cogill et al. 1986; Hay/ Kumar 1995; Murray/ Cooper 1996) oder 11 Jahren (Hay et al. 2001) verbunden ist, auch wenn die Einflüsse der mütterlichen Intelligenz oder des sozialen Umfeldes herausgefiltert wurden und die Mutter nicht mehr aktuell depressiv war.

Jungen waren stärker betroffen als Mädchen (Murray/ Cooper 1996; Murray et al. 1996b; Kurstjens/ Wolke 2001a; Sharp et al. 1995; Hay et al. 2001). Kinder mit geringem Geburtsgewicht (Kurstjens/ Wolke 2001a) und solche von Frauen mit geringerem Bildungsstand (Hay/ Kumar 1995; Murray/ Cooper 1996) waren stärker gefährdet; bei Kurstjens/ Wolke waren die Beeinträchtigungen noch mit 6 Jahren nachweisbar.

Die kognitiven Defizite wurden in den unterschiedlichsten Teilbereichen evaluiert: Ein geringerer rezeptiver Wortschatz mit 5 Jahren wurde von Brennan et al. (2000) gefunden. Besonders häufig kam es bei Hay/ Kumar (1995) zu Störungen in der Wahrnehmungsfähigkeit (z.B. Puzzleaufgaben lösen, Zeichnen, Bildergedächtnis). Daher vermuten die Autoren, dass die Kinder in der Schule später Schwierigkeiten beim Lesen und bei mathematischen Aufgaben entwickeln könnten. Galler/ Harrison (2000) stellten sensomotorische Beeinträchtigungen des Kindes mit 6 Monaten fest. Bei Cogill et al. (1986) zeigten sich bei 4-jährigen

³⁶ Bei dem hier untersuchten Mittelschicht-Klientel ließen sich jedoch mit 5 Jahren keine Beeinträchtigungen mehr feststellen.

Kindern Defizite im motorischen Bereich, in der Perzeption und in den Gedächtnisleistungen. Hay et al. (2001) konnten bei den 11-jährigen einen geringeren IQ sowie Aufmerksamkeitsprobleme und Schwierigkeiten im mathematisch-logischen Denken feststellen.

Die Ursachen für diese Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungen scheinen – wenn die elterliche Intelligenz und das soziale Umfeld als Einflussfaktoren eliminiert sind - in der frühen Mutter-Kind-Beziehung zu liegen. So war nach Murray et al. (1996b) sowie Brockington (2004) nicht die mütterliche Depression an sich, sondern nur eine damit ggfs. – aber nicht notwendig - verbundene Störung der Mutter-Kind-Interaktion prädiktiv für die beeinträchtigten kognitiven Leistungen des Kindes. Hierfür spricht auch, dass noch nach Überwinden der depressiven Episode Unterschiede in der Mutter-Kind-Interaktion (Responsivität und Sensitivität) von gesunden Frauen und solchen nach Überwindung einer postpartalen Depression nachweisbar waren (Stein et al. 1991, zit. nach Murray/ Cooper 1997a).

Hay (1997) vermutet, dass der Mangel an Kontingenz zwischen den Aktionen des Kindes und den mütterlichen Antworten darauf für die schlechteren kognitiven Ergebnisse mitverantwortlich sein könnte. Um Kontingenz zu erfahren, muss das Kind die Erfahrung machen, dass zeitnah und regelmäßig auf sein eigenes Verhalten eine Reaktion erfolgt. Wenn mehr als 5 Sekunden bis zu dieser Reaktion vergehen, kann der Säugling keinen Bezug mehr zwischen seinem Verhalten und der Umweltreaktion herstellen (Murray et al. 2003a). Murray et al. (1996b) konnten zeigen, dass depressive Mütter nur mit einer zeitlichen Verzögerung – wenn überhaupt – auf ihr Kind reagierten. Bei Murray et al. (1993) trugen v.a. die verringerten kindbezogenen Sprachäußerungen der Mutter (Häufigkeit der Wiederholungen, Länge der Äußerungen, Verbalisierung der Handlungen des Kindes etc.) zu den eingeschränkten kognitiven Leistungen der Kinder bei. Aber auch der durch negative Emotionen der Mutter bedingte Distress aufseiten des Kindes kann nach Hay (1997) ein eigenständiger Faktor sein, der das Lernen blockiert.

Die sozialen Begleitumstände und die genetische Ausstattung (z.B. die mitgebrachte Bereitschaft des Kindes zur Interaktion mit der Mutter oder seine Fähigkeit zur Aufmerksamkeitsregulation, die bei Jungen schlechter ausgebildet zu sein scheint) tragen ihrerseits wesentlich dazu bei, dass das Kind geringere Lernerfahrungen machen kann (Hay 1997).

Einige Autoren (z.B. Grace et al. 2003; Brennan et al. 2000; Campbell et al. 1995; Hay et al. 2001; Murray 1992) kommen zu dem Ergebnis, dass die Schwere, Chronizität oder wiederholtes Auftreten der mütterlichen Störung ausschlaggebend für die Beeinträchtigungen in der kindlichen Entwicklung sind. Der Ausblick für die kognitive Entwicklung der Kinder scheint gut, sofern die Interaktionsstörung nicht langfristig und wiederholt (Murray/ Cooper 1996) bzw. eine bestimmte Anlage mitvorhanden ist.

Die obigen Befunde unterstreichen, wie wichtig es aus präventiven Gründen für den weiteren Verlauf sowohl der Mutter-Kind-Beziehung als auch für die psychische, kognitive und körperliche Entwicklung des Kindes ist, psychische Störungen post partum sensibel wahrzunehmen und entsprechende Behandlungsangebote an die Mutter zu machen. Die beste Möglichkeit hierzu haben sowohl die Kinderärzte als auch Hebammen, da diese in der Lage sind, ihre Beobachtungen zum Umgang mit dem Kind anzusprechen und die Mutter zur Inanspruchnahme weitergehender Hilfsangebote zu motivieren.

3.3 Auswirkungen von postpartalen Depressionen und Wochenbettpsychosen auf Partner und weitere Familie

Über die Auswirkung einer psychischen Störung post partum auf den Vater ist bislang wenig bekannt. Viele Aussagen lassen sich nur indirekt aus den existierenden Befunden ableiten. So gibt es einige Untersuchungen, die eine hohe Rate an psychischen Störungen auch bei den Ehemännern der betroffenen Frauen feststellten, zumeist ebenfalls in Form von Depressionen und Angststörungen (Harvey/ McGrath 1988). Nach Lovestone/ Kumar (1993) litt bei 50% der Frauen, die in den ersten 12 Monaten post partum in eine Mutter-Kind-Klinik eingewiesen wurden, auch der Vater unter einer psychischen Störung nach DSM-III-Kriterien³⁷, nach Harvey/ McGrath (1988) 42% (jedoch nur 4% der Partner von gesunden Frauen), bei Grube (2005) war ca. $\frac{1}{3}$ der Partner gleichfalls betroffen; Zerkowitz/ Milet (2001) sprechen immerhin noch von 24%. Bei Matthey et al. (2000) hatten 36% der Partner postpartal depressiver Frauen ebenfalls hohe

³⁷ Die gefundene Rate war höher als die der Kontrollgruppe, in der die Frauen post partum gesund blieben, aber auch höher als die Rate bei Frauen mit nicht-puerperalen Einweisungen.

Werte im BDI³⁸ 6 Wochen post partum, nach 12 Monaten waren es sogar 53%. Ob es sich hierbei um Neuerkrankungen, Rezidive oder andauernde Vorerkrankungen handelt, bleibt unklar. Über die Ursachen lässt sich nur spekulieren. Zumeist beeinflusst jedoch die psychische Befindlichkeit des einen Partners auch die Befindlichkeit des anderen (Deater-Deckard et al. 1998). Denkbar sind mehrere Wirkungsrichtungen:

- Die Depression des Mannes hat Auswirkungen auf seine Fähigkeit, die Partnerin zu unterstützen. Der daraus resultierende Mangel an emotionaler und praktischer Unterstützung trägt wiederum zur Entstehung der psychischen Störung mütterlicherseits bei (4.4.1.1).
- Die Depression oder Psychose der Frau hat bei dem Partner erst zur Auslösung einer psychischen Störung geführt. Hierfür würde das Ergebnis von Lovestone/ Kumar (1993) sprechen, die feststellten, dass die väterliche psychische Störung in der Mehrzahl der Fälle erst ausbrach, nachdem die Frauen hospitalisiert wurden. Nach Kumar et al. (1995) wird der Partner möglicherweise depressiv, weil er sich ausgeschlossen fühlt, wenn Mutter und Kind hospitalisiert sind. Nach Goodman (2004) fehlt dem Mann die Unterstützung seiner Frau bei seiner eigenen psychologischen Anpassung nach der Geburt eines Kindes.
- Soziale Stressoren außerhalb der Familie haben bei beiden Partnern zu psychischen Problemen geführt (Deater-Deckard et al. 1998).
- Es haben sich Beziehungen zusammen gefunden, in denen beide Partner eine hohe Vulnerabilität mitbringen (Deater-Deckard et al. 1998).

Besonders folgenreich ist die beiderseitige elterliche Depression für die Kinder: Nach einer Literaturanalyse von Ballard/ Davies (1996) hatten die Kinder von Eltern, die beide depressiv waren, ein beeinträchtigtes Selbstkonzept, waren selbstkritischer und hatten mehr Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen; ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung des Kindes wurde auch von Deater-Deckard et al. (1998) gefunden. Wie schon unter 3.1 und 3.2 gezeigt, kann der (gesunde) Vater die Auswirkungen der mütterlichen psychischen Störung auf das Kind verringern; sind beide Eltern psychisch belastet, fällt dieser Puffer-Effekt weg.

Nach Zelkowitz/ Milet (2001) wiesen aber auch Väter ohne psychiatrische Diagnose ein relativ hohes Level an psychischen Symptomen 6 Monate nach der Ge-

³⁸ BDI = Beck-Depressions-Inventar.

burt des Kindes auf. Eine psychische Störung der jungen Mutter führt auch bei gesunden Partnern und sonstigen Angehörigen zu einer tiefen Verunsicherung. Zunehmend befremdliches Verhalten, abrupte, oft unberechenbare Stimmungsschwankungen, nicht nachvollziehbare verzerrte Wahrnehmungen etc. können zu Angst, Hilflosigkeit, Ohnmacht, Verunsicherung und z.T. auch Wut und Schuldgefühlen beim Partner führen (vgl. z.B. Robertson/ Lyons 2003; Meighan et al. 1999; Grube 2004). Die Partner fühlen sich mitschuldig am Schicksal der Frau, was die eigene Unsicherheit wiederum verstärkt (Grube 2004). Andere leiden bei stationärem Aufenthalt der betroffenen Mutter sehr darunter, von Frau und Kind getrennt zu sein (Robertson/ Lyons 2003).

Viele Angehörige möchten helfen, aber die Betroffene weiß oft selber nicht, was ihr fehlt und wie ihr zu helfen ist (Nispel 2001). Die Wirkung eines Depressiven durch Mimik, Gestik und Inhalt seiner Klagen führt laut Hell (1992) nicht selten auch bei den gesunden Personen seines Umfeldes zu Zuständen der Gefühlsleere, des Selbstwertes, der Interesselosigkeit und der Willenshemmung. Hell zeigt folgende Wechselwirkungen zwischen Depressiven und ihren Angehörigen auf: Das depressive Verhalten wirkt als Appell. Die Verzweiflung und die Hilflosigkeit der Depressiven wecken Mitgefühl und Anteilnahme, sie können aber auch feindselige Gefühle wachrufen. Die Klagen der Depressiven werden von den Angehörigen häufig als Anklagen (miss-)verstanden. Das vergebliche Bemühen um Aufhellung der Gemütsverfassung der Partnerin kann bei dem Partner Ärger auslösen. Weil die Depressive in Gesprächen oft starr und reaktionslos bleibt und wenig Interesse zu zeigen vermag, lässt die Kommunikation mit ihr oft jeden Sinn vermissen, ist schwerfällig und monoton. Die depressive Haltung weckt zudem oft den Eindruck, dass die Betroffene mit sich selbst beschäftigt ist und allein gelassen werden will. Dadurch fühlen sich viele Partner zurückgestoßen, ohne dass dies beabsichtigt wäre. Die Depressive sendet somit widersprüchliche Botschaften (Appell zur Hilfe, Entzug der Kommunikation), die gleichzeitig Mitleid, Ärger und Zurückhaltung auslösen. Da der Partner sich dieser Stresssituation aber nicht einfach entziehen kann, lebt er in einem Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt. So kann es vorkommen, dass z.B. Hilfsangebote in abweisendem Ton gemacht werden.

Meighan et al. (1999) führten qualitative Interviews mit 8 Männern durch, deren Frauen unter einer PPD litten. Für die interviewten Männer stellte die PPD einen großen Einschnitt in ihrem Leben und in der Beziehung zu ihren Frauen dar. Die Männer erfuhren Angst, Verwirrung und große Sorge um die Partnerinnen, und

sie fühlten sich nicht in der Lage, ihnen bei der Überwindung der Störung zu helfen. Kontrollverlust, Verlust der ehelichen Intimität und gewohnter Routinen wurden berichtet. Die Hilflosigkeit gegenüber der Depression führte zu Frustration und Ärger. Die Mehrzahl der Befragten berichtete jedoch, dass sie gleichzeitig große Anstrengungen machten, um die Beziehung und die Familie zusammen zu halten, v.a. wenn es sich um eine Ersterkrankung handelte. Nach Besserung der Symptome verblieb Unsicherheit: Die Väter sahen sich einer ungewissen Zukunft gegenüber mit einer Frau, die noch weit entfernt war von der Person, die sie vorher kannten.

Manche Partner wehren sich auch dagegen, ihre Frau als psychisch krank anzunehmen, da dies auch einen Verlust bedeutet, ein Stück des nahe stehenden Menschen geht durch die Störung verloren (Hell 1992). Die unzureichende Krankheitsakzeptanz führt zu unabgegrenztem Beziehungsstil und fordernd-gereiztem Verhalten der Partnerin gegenüber (Grube 2004). Laut Gmür (1995) verstärken Krisensituationen die Ansprüche an den Partner und die Partnerin. Viele Frauen beklagen sich über die mangelnde Präsenz ihrer Männer, die sie die Verantwortung alleine tragen lassen. Um ihre Bedürfnisse einzufordern, fehlt ihnen jedoch die Kraft oder sie haben Angst, die Beziehung zu gefährden. Die Männer schreiben die Verhaltensänderungen ihrer Frau häufig auf Charakter Schwäche, Faulheit und Schlampigkeit zurück und ziehen es z.T. vor, möglichst wenig zu Hause zu sein.

Hinzu kommt, dass die Angehörigen, v.a. der Partner, zusätzlich die sozialen Pflichten der psychisch kranken Mutter wie Haushalt und Kinderbetreuung übernehmen müssen, wodurch auch die eigenen Erholungsmöglichkeiten und Freizeitaktivitäten eingeschränkt werden (Zelkowitz/ Milet 1996). Nach Grube (2004) entsteht zudem eine starke Rollenunsicherheit durch die neuartige Verantwortungsübernahme. Auch finanzielle Probleme (z.B. durch eingeschränkte berufliche Tätigkeiten aufgrund der Belastung oder bezahlte Kinder- und Haushaltsversorgung sowie Therapien) werden ebenso berichtet (Boath et al. 1998, zit. nach Goodman 2004) wie Verunsicherungen im sexuellen Umgang mit der erkrankten Partnerin (Grube 2004).

Die psychischen Probleme der Partnerin können sich bei dem Mann auch auf sein Verhältnis zu dem Kind auswirken (Dunnewold/ Sanford 1996). U.U. bereut er, sich für ein Kind entschieden zu haben oder er macht das Kind für die aufgetretenen Probleme verantwortlich. Möglicherweise vermeidet er den Kontakt zu dem Kind und zieht sich von ihm ebenso zurück wie von der Partnerin. Dies ist

für das Kind natürlich besonders folgenschwer, da hier die kompensatorischen Funktionen der sekundären Bezugsperson zusätzlich ausfallen (vgl. 3.1).

Manche Partnerschaften werden durch eine gemeinsam durchgestandene und überwundene Krise gestärkt, andere zerbrechen durch die krankheitsbedingten Belastungen und führen zur Scheidung (Robertson/ Lyons 2003). Aber auch Verschlechterungen und Abbrüche von freundschaftlichen Beziehungen aufgrund von Angst vor der psychischen Störung und mangelndem Verständnis berichten Robertson/ Lyons (2003).

Merz (1987, zit. nach Gmür 1995) vermutet, dass die Zahl der Trennungen und Scheidungen, deren Ursache in einer nicht erkannten mütterlichen postpartalen Depression liegt, nicht gering ist. Auch Milgrom/ McCloud (1996, zit. nach Goodman 2004) beschreiben, dass sich die Eheprobleme bei PPD im Verlauf des ersten Jahres eher verschlechtern. Dies ist nach Goodman (2004) wiederum ein zusätzlicher Risikofaktor für die kindliche Entwicklung, da es eine Korrelation gibt zwischen der Qualität der Ehebeziehung und der Qualität der Eltern-Kind-Beziehung.

Robertson/ Lyons (2003) stellten fest, dass der Mangel an Unterstützung für den Partner und sein Alleingelassen-Sein mit den Anforderungen und Schwierigkeiten zu den Eheproblemen beiträgt. Zur Entlastung der Angehörigen trägt bei, wenn Professionelle dem Partner und anderen Angehörigen die Störung und ihre Symptome erklären (auch durch schriftliches Informationsmaterial). Der frühzeitige Einbezug des Partners in therapeutische Maßnahmen ist daher äußerst wichtig zur Vermeidung eines potenziellen Familienzusammenbruchs; darüber hinaus benötigen die Angehörigen Ermutigung, um diese schwierige Phase gemeinsam mit der betroffenen Mutter durchstehen zu können. Beachtet werden muss, dass aufgrund des männlichen Rollenverständnisses diese Hilfe häufig nicht aktiv von den Ehepartnern gesucht wird, da viele Männer denken, die Probleme mit sich selbst ausmachen zu müssen (George 1996, zit. nach Meighan et al. 1999).

4 Risikofaktoren psychischer Störungen post partum

Zahlreiche physiologische, psychodynamische und psychosoziale Faktoren wurden und werden mit dem Ausbruch einer psychischen Störung post partum in Verbindung gebracht. Einigkeit besteht daher mittlerweile darüber, dass die potenziellen Ursachen multifaktoriell sind, d.h. es wirken verschiedene angeborene Dispositionen und psychosoziale Umweltfaktoren bzw. Bewältigungsmöglichkeiten zusammen. Ein Mensch kann z.B. eine unterschiedliche genetische Vulnerabilität haben, die u.a. durch die Familiengeschichte als Disposition deutlich wird. Dennoch kommen in aller Regel zusätzliche Stressfaktoren hinzu, die im Zusammenwirken zum Auftreten einer Symptomatik beitragen. Hierbei spielt es eine ganz erhebliche Rolle, welches soziale Netz bzw. Unterstützung die Betroffene hat, bzw. welche eigenen Bewältigungsmöglichkeiten sie im Laufe ihrer Lebensgeschichte entwickelt hat.

Bei manchen Frauen reichen möglicherweise die hormonellen, biochemischen und physiologischen Faktoren aus, um eine psychische Störung zum Ausbruch zu bringen. Bei anderen Frauen lösen psychische Konflikte oder eine Kumulation belastender Stressfaktoren die Störung aus. Letztendlich handelt es sich – nach dem derzeitigen Kenntnisstand - um ein diffiziles Wirkungsgefüge hormoneller, biochemischer, psychodynamischer und psychosozialer Faktoren: Genetisch und entwicklungsbedingt vulnerable Frauen entwickeln durch die hormonellen Schwankungen und auf der Basis daraus resultierender biochemischer Veränderungen eine Prädisposition für die Entstehung einer Depression oder Wochenbettpsychose. In den meisten Fällen kommt diese jedoch erst dann zum Ausbruch, wenn zusätzliche psychodynamische und psychosoziale Faktoren die Bewältigungsstrategien der Person überfordern.

In den letzten Jahren wurde zunehmend dazu übergegangen, die *Risikofaktoren* zu bestimmen, die mit dem Ausbruch einer psychischen Störung post partum verbunden sind und anhand derer vulnerable Frauen möglichst schon vor Ausbruch der Störung erkennbar sind, um präventiv eingreifen zu können.

Die ermittelten Ergebnisse variieren stark, und eine Vergleichbarkeit ist nur eingeschränkt möglich. Schwierig ist eine Analyse der Forschungsergebnisse u.a. deshalb, weil sich die Untersuchungsdesigns unterscheiden hinsichtlich

- Untersuchungszeitpunkt (z.B. Depressionen am 1.-3. Tag post partum, 1 Monat oder 6 Monate post partum);
- angewandten Messinstrumenten;

- Festlegung der Schwellenwerte, ab denen eine Befindlichkeit als „depressiv“ definiert wird bzw. eine Übereinkunft darüber, um welchen Schweregrad der Störung es sich bei bestimmten Werten handelt;
- Untersuchungsgruppe (unselektiert versus selektiert);
- Störungsform (vom Baby-Blues bis zu den Psychosen).

So gibt es z.B. Forscher, die nur Erstgebärende ohne psychiatrische Vorerkrankungen in ihre Untersuchung einbezogen und solche, die ausschließlich verheiratete Mittelschichtfrauen erfassten. Dadurch wurden z.T. von vorneherein bestimmte Risikofaktoren ausgeschlossen. Vielfach wurde auch die genaue Art der Störung innerhalb der vorhandenen Forschungsdaten nicht weiter aufgeschlüsselt.

Für die weitere Darstellung wurden die Risikofaktoren, die in der Forschungsliteratur als mit postpartalen psychischen Störungen korreliert dargestellt werden, wie folgt kategorisiert:

Vulnerabilitätsfaktoren:

- Genetische und familiäre Prädisposition
- Entwicklungsbedingte Prädisposition und Persönlichkeitsstruktur
- Psychische Vorerkrankungen

Aktuelle Auslösefaktoren:

- Hormonelle und biochemische Faktoren
- Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- Kindbezogene Faktoren
- Psychosoziale Faktoren und Life-Events
- Psychodynamik von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Schutzfaktoren:

- Soziale Unterstützung
- Bewältigungsstrategien

Die einzelnen Faktoren lassen sich nur theoretisch voneinander trennen. Beispielsweise lassen sich sowohl die Qualität und Dichte des sozialen Netzes als auch die Wahrnehmung des Erhalts und der Qualität sozialer Unterstützung ohne Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisstruktur und somit auch der Persönlichkeitsstruktur nicht denken. Wie ein Individuum Stress verarbeitet und mit kritischen Lebensereignissen umgeht, wird ebenfalls von der Persönlichkeitsstruktur

mitbestimmt durch die Prozesse der Bewertung und Bewältigung, die von Vorerfahrungen und Kognitionsschemata beeinflusst und gesteuert werden.

Der detaillierten Darstellung der Risikofaktoren folgt die Beschreibung von Meta-Analysen zur postpartalen Depression³⁹, die dem Praktiker zusammenfassend aufzeigen können, auf welche Risikofaktoren geachtet werden kann/ sollte, um gefährdete Frauen schon in der Schwangerschaft oder im frühen Wochenbett zu identifizieren. Dies ermöglicht es, ein besonderes Augenmerk auf diese Frauen und ihre Befindlichkeit zu haben, um sie im Falle des Ausbruchs einer psychischen Störung im Wochenbett schnellstmöglich Behandlungsmaßnahmen zuführen zu können. Den Abschluss des Kapitels bildet die Vorstellung von Screeningverfahren, welche diesen Prozess der Identifikation gefährdeter Frauen nochmals erleichtern können.

Die postpartalen Angst- und Zwangsstörungen finden hinsichtlich der Risikofaktoren keine weitere Beachtung, die PTSD lediglich hinsichtlich des Entbindungsverlaufes, da zu diesen Störungsbildern bislang keine ausreichenden Forschungsergebnisse zur Verfügung stehen.

Die Gruppierung der Risikofaktoren erfolgte auf der Basis eines Vulnerabilitäts-Stress-Modells; eine kurze Beschreibung dieses Ansatzes wird daher den weiteren Ausführungen vorangestellt.

4.1 Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell als Grundlage zur Erklärung der Entstehungsmuster der einzelnen Störungsbilder

Der erste, der die Vulnerabilitätshypothese Ende der 70-er Jahre aufstellte, war Zubin (Zubin/ Spring 1977, zit. nach Wienberg 1995). Sein Modell bezog sich anfänglich nur auf die Entstehung von Schizophrenien, aber die Grundkomponenten seines Gedankengerüsts lassen sich auch auf affektive Störungen übertragen.

Nach Auffassung Zubins entstehen schizophrene Psychosen durch das Zusammenwirken einer besonderen Vulnerabilität des Individuums und mehr oder weniger unspezifischen Belastungen, die Stress bei diesem Individuum auslösen. Vulnerabilität und Stress interagieren dabei derart, dass es bei einer sehr ausgeprägten Verletzlichkeit nur geringfügiger Belastungen (Stressoren) bedarf, um eine akute Psychose auszulösen; wenn hingegen die Verletzlichkeit gering ist,

³⁹ Metaanalysen zur Wochenbettpsychose sind bislang nicht verfügbar.

führt erst starker Stress zu einer Störung. Zubin schließt endogene Faktoren als Auslöser psychotischer Episoden nicht aus; in erster Linie jedoch ist für ihn eine Folge psychosozialer Faktoren und Verletzlichkeit eine Schwellensenkung gegenüber derartigen sozialen Reizen. Letztendlich impliziert diese Sichtweise, dass jeder Mensch eine Psychose entwickeln kann, wenn er den entsprechenden Belastungen ausgesetzt ist.

„Der Mensch, sein Ich, ist grundsätzlich desintegrationsfähig, aber in unterschiedlichem Grad desintegrationsgefährdet“ (Scharfetter 1990, S. 4, zit. nach Wienberg 1995, S. 20).

Prämorbid Persönlichkeit und soziales Netzwerk werden von Zubin als „Modulatorvariablen“ für den Zusammenhang von Verletzlichkeit und Stress angesehen.

„Die Wirkung von Stressoren kann gemildert werden durch Kompetenzen und Ressourcen des einzelnen und seines sozialen Umfeldes. Demnach ist es auch vom *Coping- oder Bewältigungsverhalten* des Betroffenen abhängig, ob es angesichts von Belastungen zu einer psychotischen Krise kommt“ (Wienberg 1995, S. 21).

Ciampi (1982) baute auf der Vulnerabilitätshypothese von Zubin auf und entwickelte ein Drei-Phasen-Modell von integrativem Charakter.

In der *ersten, prämorbid Phase* entwickelt sich nach Ansicht von Ciampi die besondere Verletzlichkeit eines Individuums durch ein Wechselspiel von (angeborenen und erworbenen) genetischen, somatischen, familien-, sozio- und psychodynamischen Einflüssen. Hieraus resultiert nach Ciampi

„eine charakteristische »Ich-Schwäche« und damit eine erhöhte Empfindlichkeit und reduzierte Verarbeitungsfähigkeit für Umweltbelastungen“ (Ciampi, 1982, S. 260).

Das individuelle Ausmaß der Vulnerabilität ist dabei ebenso unterschiedlich ausgeprägt wie die jeweilige Gewichtung biologischer und psychosozialer Bedingungsfaktoren. Ungünstige Einflüsse können dabei ebenso kumulieren wie ungünstige biologische Bedingungen durch besonders günstige psychosoziale Entwicklungsbedingungen kompensiert werden können (und umgekehrt). Die Verletzlichkeit kann - muss aber nicht - zur Entwicklung eines psychotischen Zustandes führen.

In der *zweiten Phase der akuten psychotischen Dekompensation* herrschen produktive Symptome vor. Auslöser solcher psychotischen Zustände sind plötzliche oder länger andauernde Belastungen, die von dem Betroffenen subjektiv als Stress erlebt werden. Dabei handelt es sich i.A. um belastende zwischenmenschliche Prozesse oder plötzlich eintretende, emotional belastende Ereignisse. Kri-

tisch sind auch Lebensphasen, die Umstellung und Neuanpassung erfordern - wie im Falle des Übergangs zur Mutterschaft. Im günstigen Fall ist das Individuum in der Lage, die Belastungen individuell oder mit sozialer Unterstützung zu bewältigen, ohne dass es zu einer psychotischen Dekompensation kommt; im ungünstigen Fall ist eine psychotische Entwicklung möglich, meist in Interaktion mit der Umwelt oder unter zusätzlichen biologischen Einflüssen, die eine destabilisierende Rolle spielen. Hierzu kann auch die hormonelle Umstellung nach der Geburt zählen.

Die langfristige Entwicklung der Störung (*dritte Phase*) kann sehr vielgestaltig sein; es kommt dabei v.a. auf die psychosozialen Entwicklungsbedingungen und -einflüsse sowie biologische Anteile an der Verletzlichkeit an.

Beide Modelle wurden zur Beschreibung des Entstehungsprozesses schizophrener Psychosen entwickelt; das Vulnerabilitäts-Stress-Modell besitzt jedoch inzwischen auch für affektive Störungen psychotischer wie nicht-psychotischer Art eine weithin akzeptierte Gültigkeit und ist somit auch auf psychische Störungen post partum anwendbar.

Eine genetische Vulnerabilität, die oft indirekt an familiären Erkrankungshäufigkeiten ersichtlich ist, ebenso wie etwaige Vorschädigungen des Gehirns in einem früheren Entwicklungsstadium (z.B. durch Geburtskomplikationen wie Sauerstoffmangel bei der Geburt), die entwicklungsbedingte Prädisposition eines Individuums (z.B. frühe Objektverluste, Separationserlebnisse, mangelndes Selbstwertgefühl, erlernte Hilflosigkeit, negative kognitive Schemata etc.) sensibilisieren das Individuum für den krankmachenden Einfluss bestimmter psychosozialer Ereignisse im Erwachsenenalter. Die individuelle Belastungsfähigkeit des Individuums kann z.B. durch chronische Überforderungssituationen, aber auch durch kritische Lebensereignisse wie die Geburt eines Kindes überschritten werden. Dies wird begünstigt durch eingeschränkte Bewältigungskompetenzen der Person und mangelnde Unterstützung im sozialen Umfeld. Aber auch ein überstimulierendes Umfeld, zu viele und unterschiedliche Anforderungen und Reize können Stress hervorrufen.

Kritische Lebensereignisse, zu denen die Geburt eines Kindes gehört, bringen somit prädisponierte Frauen – auch durch das Hinzutreten der körperlichen Veränderungen und des Schlafmangels - schneller an den Rand ihrer Belastungs- und Bewältigungsfähigkeiten. Die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung übt hier eine Schutzfunktion aus. Einige Autoren (z.B. Dowlatshahi/ Paykel 1990; Ross et

al. 2004; Riecher-Rössler 1997) sprechen dementsprechend von einer vorbestehenden Vulnerabilität bei Frauen mit psychischen Störungen post partum, die ersichtlich ist u.a. an den eigenen oder familiären Vorerkrankungen, und die durch den jetzigen, inneren wie äußeren Stress provoziert wird. Schopf/ Rust (1994c) fanden das Vulnerabilitäts-Stress-Modell durch die Analyse unterschiedlicher genetischer Prädispositionen bei Frauen mit Rückfällen außerhalb eines Wochenbetts gegenüber solchen mit ausschließlich puerperalen Störungen bestätigt; in der Untersuchung von O'Hara et al. (1991a) ließ sich diese Interaktion von Vulnerabilität und Stress auch statistisch nachweisen.

4.2 Vulnerabilitätsfaktoren

Vulnerabilitätsfaktoren sind diejenigen Faktoren, die die Schwelle gegenüber aktuellen psychosozialen und anderen Stressoren herabsetzen. Es handelt sich hierbei – wie schon beim Modell von Ciompi unter 4.1 beschrieben – um ein Wechselspiel von hereditären und erworbenen biologischen sowie psychosozialen Einflüssen und Bedingungen (alle Lebenserfahrungen vom Kindesalter bis zur jetzigen Störung), die entweder kumulieren oder auch sich gegenseitig kompensieren können. Psychische Störungen in der Familie der nunmehr Betroffenen lassen auf hereditäre Einflüsse schließen, bieten aber auch durch das Umfeld, in dem die Betroffenen aufgewachsen sind, weitere Vulnerabilisierungsmöglichkeiten. Die eigenen Vorerkrankungen der Betroffenen lassen zum einen auf eine vorbestehende Vulnerabilität schließen, z.T. können sie aber auch die Gefährdung noch weiter erhöhen, z.B. durch resultierende Veränderungen in Partnerschaft, sozialem Umfeld, Wohnumfeld etc. ebenso wie Selbstwertgefühl und anderen Faktoren der Persönlichkeitsstruktur.

4.2.1 Genetische und familiäre Prädisposition

Eine familiäre Häufung von psychischen Störungen (v.a. affektiver Art nach Jones/ Craddock 2001) konnte in einer Reihe von Untersuchungen sowohl für psychotische wie für nicht-psychotische Störungen post partum festgestellt werden. Bisher gibt es allerdings unter den Wissenschaftlern noch keine Einigkeit darüber, wie die mögliche genetische Grundlage depressiver und psychotischer Stö-

rungen weitergegeben wird. So sind Fragen zur Ortung der Störung auf einem Genabschnitt oder zur Art und Weise des Erbganges noch offen (Robertson et al. 2003; Middle et al. 2003; Jones et al. 2000; Feng et al. 2000). Middle et al. (2003) und Jones et al. (2000) untersuchten ein Östrogen-Rezeptor-Alpha-Gen, konnten aber keine signifikanten Zusammenhänge zu Wochenbettpsychosen herstellen. Feng et al. (2000) untersuchten die Glukokortikoid-Rezeptoren, ebenfalls ohne Ergebnis. Einzig Coyle et al. (2000) konnten Veränderungen des Serotonin-Transporter-Gen feststellen, welche die Vulnerabilität für affektive Wochenbettpsychosen signifikant erhöhten.

In der Untersuchung von Steiner (2002) an 254 Frauen mit einer Major Depression, Anpassungsstörung mit depressiven Symptomen, bipolaren Störung oder schizoaffektiven Störung innerhalb von einem Jahr nach der Geburt hatten 63,8% der Betroffenen eine familiäre Vorbelastung (Eltern, Geschwister), wobei neben Major Depression, bipolaren und schizoaffektiven Störungen auch noch Alkoholismus der Verwandten in das Spektrum der untersuchten Störungen mit einbezogen wurde. Bei Robertson et al. (2005) hatten 57% der Frauen mit bipolaren Wochenbettpsychosen eine positive Familiengeschichte (1. und 2. Grad) an psychiatrischen Störungen. Nach Benvenuti et al. (1992) hatten bei 50% der Patientinnen mit Wochenbettpsychose Verwandte ersten oder zweiten Grades eine affektive Störung.

Brockington (2004) beschreibt aufgrund eines Literaturreviews, dass bei Frauen mit bipolaren Vorerkrankungen, bei denen Verwandte eine Wochenbettpsychose hatten, die Wahrscheinlichkeit einer Störung ca. 45% beträgt, gibt es keine Verwandte mit Wochenbettpsychose liegt die Wahrscheinlichkeit unter 20%.

Platz/ Kendell (1988) fanden heraus, dass psychiatrische Störungen bei Verwandten von Frauen mit Wochenbettpsychosen seltener waren als bei Frauen mit affektiven Psychosen außerhalb des Wochenbetts. Sie schließen daraus, dass die genetische Belastung von Frauen mit Wochenbettpsychosen geringer ist als die allgemein bei Frauen mit affektiven Störungen vorzufindende. Schopf/ Rust (1994c) kamen in ihrer Studie zu einem ähnlichen Ergebnis: Die Verwandten von Frauen, die nur puerperale Episoden einer Psychose hatten, wiesen ein geringeres Krankheitsrisiko auf als die Verwandten von Frauen mit puerperalen und nicht-puerperalen Episoden. Das bedeutet, dass innerhalb der Gruppe von Frauen mit Wochenbettpsychosen eine unterschiedliche Vulnerabilität und damit Krankheitsrisiko angenommen werden kann. Unterstützt wird diese Annahme auch von dem Studienergebnis von Robertson et al. (2005), die ermittelten, dass

bei einer Familiengeschichte an psychischen Störungen die Zeit bis zu einem nicht-puerperalen Rückfall kürzer war.

Treloar et al. (1999) haben erstmals die Rolle der genetischen Einflüsse bei postpartalen Depressionen in einer Zwillingsstudie untersucht. Die Autoren untersuchten eineiige und zweieiige weibliche Zwillinge nach der ersten Geburt. Nach dieser Studie erklärten genetische Einflüsse 38% der Varianz bei postpartalen Depressionen und 25% der Varianz bei Depressionen insgesamt (post partum und zu anderen Zeitpunkten).⁴⁰

Die beschriebene Häufung von psychischen Störungen in der Familie wird oft als Beweis für eine genetische Disposition interpretiert. Die Zwillingsstudie von Treloar et al. (1999) zeigt allerdings auch, dass der genetische Faktor nur ein Teilfaktor ist. Beim Entstehen (und Schweregrad) einer Depression spielen immer auch Umweltfaktoren (familiäre und soziale Verhältnisse) eine Rolle. So müssen z.B. auch die Einflüsse der frühkindlichen Mutter-Kind-Beziehung auf die Prädisposition für eine psychische Störung berücksichtigt werden. Erkrankte nämlich die Mutter der jetzt Betroffenen innerhalb des ersten Lebensjahres ihres Kindes selbst an einer psychischen Störung, so ist das Risiko für eine (auch langfristig nachweisbare) psychische oder kognitive Störung des Kindes – wie in Kap. 3 dargestellt – deutlich erhöht. Zum anderen prädisponieren genetisch bedingte Verhaltenseigenschaften des Kindes (z.B. seine Reaktivität und Temperamenteigenschaften) die Mutter-Kind-Interaktion und damit das Bindungsverhalten und die gesamte frühkindliche Entwicklung von Anfang an mit (Brisch 1999).

Genetische Faktoren können zwar keine psychische Störung auslösen, senken jedoch vermutlich die kritische Schwelle für das Auftreten der Störung. Diese erbliche Bereitschaft könnte mit einem besonders störanfälligen Neurotransmitter- und Neurohormonhaushalt einhergehen; die genauen Zusammenhänge sind jedoch bislang noch nicht geklärt. Stressoren jedweder Art können dieses überempfindliche System schneller aus dem Gleichgewicht bringen als bei Personen ohne diese genetische Vulnerabilität. Dennoch gibt es Menschen, bei denen Depressionen gehäuft in der Familie vorkommen und die trotz belastender Lebensereignisse nicht depressiv werden. Sie scheinen auf Grund bestimmter Bewälti-

⁴⁰ Dies entspricht in etwa den Daten, die allgemein bei Depressionen ermittelt wurden: Anhand von Längsschnittstudien mit Zwillingspaaren wird der Einfluss von genetischen Faktoren auf rund 40%, der von Umweltbedingungen auf rund 60% geschätzt (BMBF 2001).

gungsstrategien und erlernter Fertigkeiten zur Problemlösung dem Entstehen einer Depression entgegenwirken zu können (BMBF 2001).

4.2.2 Entwicklungsbedingte Prädisposition und Persönlichkeitsfaktoren

Bei Frauen, die nach der Geburt eines Kindes Depressionen entwickeln, ließen sich oftmals Mangelerfahrungen in der Kindheit evaluieren, die von Defiziten in der eigenen Bemutterung/ Beelterung, frühen Verlusten bis zu Missbrauchserfahrungen reichen. In Untersuchungen hinsichtlich der Persönlichkeitsfaktoren Betroffener wurde darüber hinaus u.a. ein mangelndes Selbstwertgefühl, erhöhte Angstneigung, interpersonelle Sensitivität und Neurotizismus, aber auch ein unsicher-ambivalenter Bindungsstil und unreife Abwehrmechanismen ermittelt.

Im Weiteren soll nicht auf theoretische Modelle zur Entstehung psychischer Störungen eingegangen, sondern empirische Befunde dargestellt werden, die hinsichtlich der Entwicklung und Persönlichkeit betroffener Frauen gefunden wurden und die – wenn sie aktuell bei einer Schwangeren oder jungen Mutter festgestellt werden - eine Gefährdung abzeichnen können.

4.2.2.1 Frühkindliche Entwicklung und Sozialisationserfahrungen

Vergleichsweise wenige Untersuchungen haben die frühkindliche Entwicklung und Sozialisationserfahrungen von Frauen mit PPD erforscht, nicht jedoch die von Frauen mit Wochenbettpsychosen.

Einige Autoren konnten dabei frühe Verlusterlebnisse evaluieren, wie z.B. die Trennung von der Mutter in der frühen Kindheit (Righetti-Veltema et al. 1998). Mütter, die von einem oder beiden Elternteilen getrennt wurden, bevor sie 12 Jahre alt waren, hatten bei Frommer et al. (1973, zit. nach Murray/ Gallahue 1987) doppelt so hohe PPD-Raten. Besondere Gewichtung kommt auch nach Cooper et al. (1996) dem Verlust der Mutter zu, der jedoch in der Untersuchung von Honey et al. (2003) bei keiner Frau gefunden wurde. Möglicherweise ist die Prävalenz dieses Faktors in der Gesamtbevölkerung zu gering, interpretieren Honey et al. ihren Befund.

Auch Bowlby (1987, zit. nach Grossmann 1993 und Battegay 1991) beobachtete, dass depressive Patienten öfter als gesunde Vergleichspersonen ihre Mutter in

der Kindheit verloren oder öfter chronisch schwierige Beziehungen mit ihnen gehabt haben, was durch die Untersuchungsergebnisse bezüglich postpartal erkrankter Frauen bestätigt wird. Nach Bowlby wird jedoch nur eine Minderheit derjenigen, die in der Kindheit einen frühen Verlust erlitten haben, verletztlich. Die Risiken dafür werden dann größer, wenn sie als Kinder nach dem Tod der Mutter nur unzureichende Fürsorge oder ängstliche Überbehütung erfahren haben. Dazu kommt das Ausmaß, in dem es dem Kind möglich gewesen ist, um die Mutter zu trauern. Ursache einer Depression liegt nach Bowlby oft in vorausgegangenen Verhinderungen des Ausdrucks von Gefühlen. Dadurch wird dem Kind die Erkenntnis der Zusammenhänge vereitelt, die Anlass für seine Angst, Trauer oder seinen Ärger ist. Dies kann später im Leben zu beträchtlichen Problemen mit belastenden Gefühlen führen, zu Schwierigkeiten, sich auszudrücken, die Situation zu erkennen, aus der diese Gefühle erwachsen sind und die Gefühle bei sich selbst wahrzunehmen.

Dieser (theoretische) Ansatz findet bei Gröhe (2003) eine Bestätigung, die in qualitativen Interviews ermittelte, dass sich die depressiven und nicht-depressiven Frauen dahingehend unterschieden, inwiefern sie biographische Belastungsfaktoren (z.B. Trennung der Eltern, Depression der Eltern, frühe Trennung und Fremdbetreuung, Scheidung der Eltern) *bewältigt* hatten.

Dass viele der betroffenen Frauen eine problematische Kindheit hatten und/ oder eine gestörte eigene Mutter-Kind-Beziehung, ist ebenfalls das Ergebnis weiterer Untersuchungen. Eine geringe elterliche Fürsorge und/ oder Deprivationserfahrungen in der Kindheit (Reizverarmung, nicht-reaktives mütterliches Verhalten etc.) fanden McMahon et al. (2005) in der Vorgeschichte von Frauen mit PPD. Die elterliche Fürsorge während der eigenen Kindheit wurde auch in der Untersuchung von Gotlib et al. (1991) von Frauen mit PPD als gering wahrgenommen (die Autoren lassen offen, ob dies evtl. auch auf einer Wahrnehmungsverzerrung beruhen könnte, das Ergebnis spricht aber dafür, dass zumindest für diese Frauen die erhaltene elterliche Umsorgung unzureichend gewesen zu sein scheint). Boyce et al. (1991) fanden eine geringe mütterliche Fürsorge bei gleichzeitiger väterlicher Überbehütung signifikant mit PPD korrelierend. Nach Boyce et al. waren die frühen Erfahrungen einer dysfunktionalen Beelterung v.a. in den frühen Monaten der Mutterschaft von Einfluss, die aktuellen Beziehungen (z.B. die Partnerschaft) hingegen erst im späteren Verlauf des ersten Jahres nach der Geburt. Eine schwierige Beziehung zur eigenen Mutter wurde von Murray et al. (1995) sowie Morel-Köhler (2004) gefunden. Bei Fisher et al. (2002) wiesen Frauen mit

einer PPD gehäuft Distress auf, wenn sie sich an ihre Mutter als emotional kalte Frau und unempfänglich für ihre frühen emotionalen Bedürfnisse erinnerten.

Gröhe (2003) stellte in ihren qualitativen Interviews beim Vergleich der Mutter-Tochter-Beziehungen von Frauen mit PPD und Müttern aus der gesunden Kontrollgruppe eine größere Konflikthaftigkeit, Ambivalenz und eine nicht vollzogene Ablösung von der Mutter bei den depressiven Frauen fest.

Erinnerte Ablehnung durch die Eltern war bei Crockenberg/ Leerkes (2003) ein Prädiktor für postpartale Depressionen; diese Frauen hatten zugleich ein geringes Selbstwertgefühl. Wenn die Babys sehr irritabel waren und wenn die Frauen aggressive Partner hatten, schützte väterliche Anerkennung vor PPD. Außerdem reduzierte väterliche Anerkennung die Auswirkungen einer PPD auf die mütterliche Sensitivität.

Auch Missbrauchs- und Gewalterlebnisse in der Kindheit ermittelten einige Autoren als Prädiktor einer PPD. In einer Untersuchung von Buist (1998, zit. nach Leeners et al. 2003) wiesen von 56 Frauen mit postpartaler Depression 29% sexuelle Missbrauchserfahrungen in der Anamnese auf. Cohen et al. (2002b) fanden hingegen emotionalen Missbrauch, aber nicht physischen oder sexuellen Missbrauch als Prädiktor einer PPD.

McMahon et al. (2005) zeigten, dass negative Kindheitserlebnisse die Vulnerabilität im Erwachsenenalter erhöhen, und zwar vermittelt über einen daraus resultierenden unsicheren Bindungsstil und über aus diesen Erfahrungen resultierende Defizite in der Affektregulation.

4.2.2.2 Persönlichkeitsfaktoren

Bei einer Erforschung der prädisponierenden Persönlichkeitsfaktoren von Frauen, die eine Wochenbettpsychose entwickeln, ergeben sich methodische Probleme insofern, als viele Untersuchungen prospektiv bestimmte Persönlichkeitseigenschaften in der Schwangerschaft evaluierten und – bei meist geringen Versuchsgruppen von unter 500, z.T. sogar unter 100 Probanden – eine Korrelation von spezifischen Persönlichkeitseigenschaften und psychischen Störungen post partum eruierten. Bei einer Rate der Wochenbettpsychosen von 1-2/ 1000 Geburten müssten enorme Versuchsgruppengrößen in die Untersuchung einbezogen werden, um Aussagen über im Vorfeld eruierbare Persönlichkeitszüge bei Wochenbettpsychotikerinnen machen zu können. Einige Autoren (z.B. Trad 1995; Maier 1989; Lucas 1994; Arieti/ Bemporad 1983) haben aufgrund Fallana-

lysen psychodynamische Interpretationen vorgenommen. So fand z.B. Trad negative Repräsentationen der eigenen Mutter bei einer postpartal depressiven Mutter. Aufgrund der Repräsentationsdefizite resultierte in dem beschriebenen Fall eine geringe Fähigkeit, sich selbst als kompetente Mutter wahrzunehmen, was auch auf das Selbstwernerleben Einflüsse hatte. Die eigenen Repräsentationen hatten auch Einflüsse auf das Interaktionsmuster zwischen Mutter und Kind. Nach Trad scheinen Mütter mit positiven Repräsentationen ihrer Kindheit psychologisch gewappnet zu sein, diese Emotionen auf ihr Kind zu übertragen und ihre mütterlichen Aufgaben zu übernehmen. Die Generalisierbarkeit derartiger Fallanalysen kann jedoch in Frage gestellt werden.

Boyce et al. (2001) zeigen auf, warum Persönlichkeitszüge vergleichsweise selten auch im Kontext von PPD ermittelt wurden: a) Es bedarf prospektiver Studien, b) es ist unklar, welche Persönlichkeitszüge aus der Vielfalt möglicher Faktoren herausgegriffen werden sollen für die Untersuchung, c) die Länge der Screeninginstrumente verhindert ihre Akzeptanz bei den Schwangeren.

Hall et al. (1996) untersuchten die Rolle des Selbstwertgefühls als Mediator für die Effekte von Stressoren an 738 Frauen 1-2 Monate post partum. Mütter mit einem geringen Selbstwertgefühl waren dabei 39-mal gefährdeter, depressive Symptome zu zeigen, als Mütter mit hohem Selbstwertgefühl. Alltägliche Stressoren und die Qualität familiärer und enger freundschaftlicher Beziehungen korrelierten mit dem Selbstwertgefühl, sodass die Autoren den Schluss ziehen, dass zur Prävention von postpartalen Depressionen Interventionen zur Verringerung chronischer Stressoren sowie Interventionen zur Verbesserung der Qualität der primären intimen Beziehungen notwendig sind, um das Selbstwertgefühl zu fördern. Auch bei Fontaine/ Jones (1997) korrelierte das Selbstwertgefühl mit moderaten Depressionen post partum. Beck (2001) zitiert Orozco (1995), nach dem ebenfalls das Selbstwertgefühl einen Schutz bot gegen die negativen Auswirkungen von stressvollen Life-Events. Whitton/ Appleby (1996) fanden ein negatives Selbstbild, eine negative Haltung zur Mutterschaft und Rollenkonflikte bei postpartalen Depressionen.

Einige Autoren fanden eine höhere Gefährdung hoch ängstlicher Frauen für eine PPD, z.B. Barnett/ Parker (1986). Da Costa et al. (2000) evaluierten höhere Eigenschafts- und Zustandsangst in der Schwangerschaft bei Frauen mit späterer PPD. Saisto et al. (2001) untersuchten die Persönlichkeitszüge während der Schwangerschaft. Schwangerschaftsängste und Angst vor der Entbindung sag-

ten ebenfalls eine PPD voraus. Je ängstlicher und je neurotischer die Frauen in der frühen Schwangerschaft waren, umso gefährdeter waren sie für die Entwicklung einer PPD. Möglicherweise weisen Schwangerschaftsängste und die Angst vor der Entbindung darauf hin, dass die Frau Schwierigkeiten hat, mit neuen Life-Events fertig zu werden, interpretieren die Autoren ihr Ergebnis.

Hohe antenatale Neurotizismus-Werte wurden auch von Marks et al. (1992) gefunden. Introversion, Ängstlichkeit und Neurotizismus lagen bei Boyce et al. (2001) bei depressiven Wöchnerinnen mit größerer Wahrscheinlichkeit vor. Boyce (1994, zit. nach Boyce et al. 2001) fanden Neurotizismus, interpersonelle Sensitivität, Zwanghaftigkeit und dysfunktionale kognitive Stile als diejenigen Persönlichkeitszüge, die das Risiko für eine PPD erhöhten. Bei Boyce et al. (1991) war das Risiko für eine PPD 6 Monate post partum bei einer hohen interpersonellen Sensitivität um das 10-fache erhöht, bei hohen Neurotizismuswerten um das 3-fache. Priel/ Besser (1999, zit. nach McMahon et al. 2005) fanden eine hohe Selbstkritik mit PPD assoziiert.

In der Untersuchung von Gröhe (2003) war das Selbstbild der depressiven Frauen introvertiert, sorgenvoll, perfektionistisch; Ängste wurden entweder nicht mitgeteilt oder bagatellisiert bzw. verleugnet. Als wichtige Persönlichkeitsmerkmale wurden ein Hang zum Grübeln, Ängstlichkeit und ein großes Sicherheitsbedürfnis deutlich. Aggressionshemmungen, Neigung zur Selbstüberforderung und Rückzugstendenzen im Umgang mit Beziehungen fielen des Weiteren bei Betroffenen ins Auge, ebenso wie eine wenig realitätsbezogene Vorbereitung auf die Familiengründung und unrealistische Erwartungen. Eine Auseinandersetzung mit den zukünftigen familiären Veränderungen, ein offener Umgang mit Ängsten fand nicht statt. Umso größer waren die Enttäuschung nach der Geburt und das Entsetzen darüber, dass Wunschvorstellungen nicht oder nicht in der erhofften Form erfüllt werden.

Johnstone et al. (2001) fanden ein erhöhtes Risiko für PPD bei den Frauen, die sich selbst als nervös, schüchtern, wenig durchsetzungsfähig, zwanghaft/perfektionistisch, ärgerlich oder sich ständig Sorgen machend beschrieben. Wenn in die Analyse die Vorgeschichte an psychischen Störungen einbezogen wurde, hatte das mangelnde Selbstbewusstsein keinen Einfluss mehr, so dass die Autoren davon ausgehen, dass es über die vorherige Psychopathologie vermittelt wird.

Bei Bifulco et al. (2004) erhöhte ein unsicherer Bindungsstil der betroffenen Mutter das Risiko für eine PPD. Dabei fanden die Autoren einen Zusammenhang von

unsicher-vermeidendem Bindungsstil zu Depressionen in der Schwangerschaft und unsicher-ambivalentem Bindungsstil zur PPD. Mögliche Erklärung der Autoren ist, dass Frauen mit unsicher-ambivalentem Bindungsstil die Verschmelzung mit dem Kind in der Schwangerschaft genießen und Angst vor einer Trennung haben. Möglich ist auch, dass diese Frauen es dem Umfeld schwerer machen, sich um ihre Bedürfnisse/ Bedürftigkeit zu kümmern, weil sie sofort um die Aufmerksamkeit des Kindes konkurrieren und eifersüchtig werden. Berücksichtigt man zudem, wie wichtig Beziehungen zu anderen Erwachsenen gerade zum Zeitpunkt der beginnenden Elternschaft sind, und dass der Bindungsstil auch die Fähigkeit zum Aufbau und zur Nutzbarmachung von sozialer Unterstützung beeinflusst, so wird unmittelbar plausibel, warum der Bindungsstil eine große Rolle spielt bei der Entstehung von perinatalen psychischen Störungen.

Auch bei McMahon et al. (2005) korrelierten ein unsicher-ambivalenter Bindungsstil sowie unreife Abwehrmechanismen mit einer PPD 12 Monate post partum. Eine unsicher-ambivalente Bindung vermittelte die Auswirkungen geringer mütterlicher Versorgung in der Kindheit, während kognitive und interpersonelle Faktoren (Eheschwierigkeiten und unreife Abwehrmechanismen) zusammen mit den Kindheitserfahrungen additiv zu den depressiven Symptomen beitragen. McMahon et al. beschreiben, dass der unsicher-ambivalente Bindungsstil große Beziehung zu dem Konzept der interpersonellen Sensitivität (vgl. das Ergebnis von Boyce et al. 1991) aufweist, welches eine Überempfindlichkeit in zwischenmenschlichen Interaktionen aufgrund einer Angst vor Beziehungsabbrüchen beinhaltet. Möglicherweise – so McMahon et al. - sind die gefundenen unreifen Abwehrmechanismen der Grund dafür, dass postpartal depressive Frauen so selten eine Behandlung in Anspruch nehmen.

4.2.2.3 Attributionsstile und Kontrollüberzeugungen – die kognitiven Muster von Frauen mit PPD

Attributionsstile sind konsistente individuelle Muster der Zuschreibung von Ursachen und Gründen für Ereignisse und Erfahrungen (Zimbardo 1992). Dabei werden allgemein drei Dimensionen von Attributionsstilen unterschieden, die miteinander kombinierbar sind und je nach Situation positive oder negative Konsequenzen haben können:

- *Stabilität*: die Ursache für eine Situation oder ein Ereignis wird als veränderbar oder unveränderbar betrachtet;

- *Globalität*: die Ursache für ein Ereignis oder eine Situation wird global („Das ist immer so!“) oder spezifisch („In dieser Situation ...“) interpretiert;
- *Kontrollierbarkeit*: die Ursache einer Situation oder eines Ereignisses erscheint kontrollierbar oder nicht kontrollierbar.

Ein wichtiges Kriterium für die Bewertung einer Situation und somit auch für die Reaktionen eines Individuums ist der Faktor „Veränderbarkeit“. „Veränderbare“ Situationen bewirken eine stärkere Hinwendung zur Problemlösung (Laux/ Weber 1987); bewertet eine Person eine Situation hingegen als unveränderbar oder unkontrollierbar, so erlebt sie sich selbst als machtlos und ohnmächtig und reagiert mit Hilflosigkeit, Resignation bis hin zu Depressionssymptomen.

Hinsichtlich der Kontrollüberzeugungen werden Personen darin unterschieden, ob sie die Kontrolle über ihre unmittelbare Umwelt und Ereignisse, die sie selbst betreffen, bei sich selbst suchen (internale Kontrollüberzeugungen), oder ob sie eher überzeugt sind, dass sie quasi von außen gesteuert werden (z.B. Glück, Pech, Schicksal oder Zufall) und wenig Einfluss auf ihr Leben nehmen können (externale Kontrollüberzeugungen). Eine Person, die zu internalen Kontrollüberzeugungen neigt, nimmt sich als selbstbestimmt wahr und ist auch in schwierigen Situationen eher in der Lage, diese aktiv zu bewältigen. Andererseits können internale Kontrollüberzeugungen auch Sicherheit vermitteln, wenn die Unbeeinflussbarkeit äußerer Faktoren als zu bedrohlich erlebt würde, oder eine defensive Konstellation darstellen, die z.B. zur Vermeidung einer Wiederholung schwerer Enttäuschungen, als vorwegnehmende Einstellung auf das Negative dienen kann (Oberwetter 1993).

Die Erwartung, keine Kontrolle über ein belastendes Ereignis zu haben, wird nach Ansicht von Seligman (1979) durch die Erfahrung bzw. Wahrnehmung von Unkontrollierbarkeit bei vorangegangenen Lebensereignissen gelernt (z.B. Verlust der Eltern in der Kindheit, Trennung von der Mutter, Reizverarmung und nichtreaktives elterliches Verhalten). Dies alles sind Faktoren, die – wie unter 4.2.2.1 gezeigt – auch für postpartal depressive Frauen ermittelt werden konnten. Aber auch zu viel Verwöhnung und zu viel Erfolg machen nach Seligman anfällig für Depressionen, wenn das Individuum mit seinem ersten Misserfolg konfrontiert wird oder mit Situationen, die außerhalb seiner Kontrolle liegen, da möglicherweise keine oder zu geringe Verhaltensweisen zur Bewältigung von Misserfolgen entwickelt werden konnten.

Während m.W. keine Untersuchungen zu Attributionsstilen und Kontrollüberzeugungen bei Wochenbettpsychotikerinnen existieren, wurden hierzu einige Untersuchungen bei Frauen mit PPD durchgeführt. O'Hara et al. (1982) fanden bei Frauen mit PPD internale Kontrollüberzeugungen sowie globale und stabile Attributionen. Bei Gröhe (2003) fielen depressive Frauen durch ein sehr ausgeprägtes Kontrollbedürfnis bei gleichzeitig eher externer Kontrollüberzeugung auf. Bei Dimitrovsky et al. (1987) zeigten externale Kontrollüberzeugungen eine kleine, aber signifikante Korrelation zu Depressionen in der Schwangerschaft, nicht jedoch zu Depressionen nach der Geburt. Prä- und postpartale Depression korrelierten nur bei Personen mit internalen Kontrollüberzeugungen.

Auch Cutrona (1983, zit. nach Oberwetter 1993) untersuchte, ob der Attributionsstil zur PPD prädisponiert. Keine Bestätigung fand die Annahme, dass der Ausbruch der Depression durch die Kausalattributionen vermittelt wurde, welche die Frauen für *aktuelle* stressige Ereignisse nach der Entbindung vorgenommen hatten. Der im letzten Drittel der Schwangerschaft ermittelte „depressionstypische“ Attributionsstil (internal, global, stabil) machte das Auftreten von Depressionen nach der 3. Woche post partum wahrscheinlich, nicht jedoch das Auftreten spezifischer Kausalattributionen für aktuelle Ereignisse. Es bestand zudem ein signifikanter Zusammenhang zwischen Attributionsstil und Verlauf der Depression: Frauen mit „depressionstypischem“ Attributionsstil erholten sich signifikant langsamer von der Depression. Bei Whiffen (1988b) trug der Attributionsstil hingegen nicht zur Entstehung einer PPD bei.

Einigkeit besteht darüber, dass die Art des Attributionsstils und der Kontrollüberzeugung häufig weit reichende emotionale Folgen haben kann. Diese hängen jedoch auch von der Situation ab. So beschreibt Zimbardo (1992) die emotionalen Reaktionen bei unterschiedlichen Interpretationen für Erfolg und Misserfolg: Wird Erfolg beispielsweise attribuiert auf Fähigkeit (internal, stabil), so führt dies zu Vertrauen; wird hingegen Misserfolg auf Fähigkeit zurückgeführt (ebenfalls internal, stabil), so führt dies zu Gefühlen der Inkompetenz. Aus diesem Grund sind Untersuchungen zu Attributionsstilen und Kontrollüberzeugungen nicht in der Richtung interpretierbar, dass z.B. eine externale oder internale Kontrollüberzeugung zu Depressionen führt, sondern höchstens in der Weise, dass in dieser Situation (die von den meisten Autoren jedoch offen gelassen wird hinsichtlich spezieller Einflüsse) dieser Stil unpassend und evtl. sogar schädlich war.

Eine verstärkte Lage- statt Handlungsorientierung konnte Oberwetter (1993) in ihrer Untersuchung verstärkt bei Frauen mit einer PPD finden. Oberwetter nahm in ihrer Untersuchung Bezug auf das Modell von Kuhl über Leistungsaufgaben und Mutterschaft. Danach neigen depressive Personen im Gegensatz zu nicht-depressiven bei Misserfolg verstärkt zur Lage- und nicht zur Handlungsorientierung. Eine Äußerung gilt als handlungsorientiert, wenn sie dem Fortgang der Aufgabenbearbeitung dienlich ist. Die *Handlungsorientierung im Wochenbett* bezieht sich auf

- alle Äußerungen, die sich auf das aktive und passive Herbeiführen der Trennung von Mutter und Kind beziehen;
- Äußerungen, die sich auf Abgrenzungen (Trennungen) im Hinblick auf die eigene Identitätsentwicklung beziehen (z.B. Verabschiedung von der Mutter);
- Äußerungen, die sich auf Konflikte in der Schwangerschaft und des Geburtsverlaufes beziehen, z.B. Informationssuche, positiver Umgang mit Unkontrollierbarkeit, aktive Suche nach Unterstützung, Annehmen adäquater Hilfsangebote, Wahrnehmen eigener Bedürfnisse, Körperwahrnehmung, Äußerungen von Ängsten und Unsicherheiten, Antizipieren relevanter Handlungsabsichten (Geburtsverlauf);
- Aussagen über den ersten Kontakt mit dem Kind und die unmittelbare Zeit nach der Entbindung - z.B. Angst, mit dem Kind Kontakt aufzunehmen, Stillprobleme; Aussagen über den Verlauf der Mutterschaft und die Verarbeitung der mit ihr einhergehenden Verlusterlebnisse - z.B. Akzeptieren oder Ablehnen der veränderten Lebensbedingungen, Veränderung eigener Ansprüche und Strategien bei Frustrationen, dabei Äußern und Wahrnehmen eigener Bedürfnisse, die nicht auf das Kind bezogen sind; flexible Veränderung der eigenen Strategien bei Frustration oder Misserfolg, Schaffen von Angeboten für das Kind unabhängig von der Mutter, Abgabe der alleinigen Verantwortung für das Kind, Akzeptieren negativer Gefühle gegenüber dem Kind, Wahrnehmen von Verlusterlebnissen (Beruf, Kollegen), aktive Suche nach Gesprächen zum Erfahrungsaustausch, zunehmende Aufgabe der Kontrolle über das Kind, Zutrauen von Frustrationserlebnissen beim Kind, Bestärken von Autonomiebestrebungen;

Lageorientierung äußert sich im Kreisen der Gedanken um die aktuelle negative Lage sowie durch Auftreten handlungshemmender Emotionen und ist dem Fort-

gang der Aufgabenbearbeitung nicht dienlich oder behindert ihn. Die *Lageorientierung im Wochenbett* bezieht sich auf

- alle Äußerungen, die sich auf Einschränkungen zur Herbeiführung der Trennung von Mutter und Kind beziehen;
- keine Äußerungen über Abgrenzungen im Hinblick auf die eigene Identitätsentwicklung (z.B. Ausklammern der eigenen Mutterbeziehung);
- Nennung von Belastungen in Schwangerschaft und Geburtsverlauf ohne Strategien zur Veränderung (z.B. keine Auseinandersetzung bei Zumutungen), passives Hinnehmen ungünstiger Bedingungen (z.B. im Krankenhaus);
- keine Suche nach Unterstützung und Ablehnung adäquater Hilfsangebote, diffuse Wahrnehmung des eigenen Körpers und eigener Bedürfnisse, Nicht-Äußern negativer Gefühle, Ängste und Unsicherheiten, Äußerungen von Hilflosigkeit, kein Zutrauen in die eigenen Kräfte, keine konkrete Geburtsvorbereitung;
- Fixierung aller Aktivitäten auf das Kind, Rechtfertigung eigener Bedürfnisse, Schuldgefühle, bei Frustrationen Messen am Idealbild der glücklichen Mutter, Aufrechterhalten der Kontrolle über das Kind, Einschränkung der kindlichen Autonomiebestrebungen, Übernahme der alleinigen Verantwortung für das Kind, kein Zutrauen in die gesunde Entwicklung des Kindes, Nichtorganisieren von Unterstützung, keine Kontaktaufnahme zu anderen Müttern zum Erfahrungsaustausch, Nichtwahrnehmen der Verlust- und Trennungserfahrungen, unflexible Änderung von schlechten Strategien;
- körperliche Beschwerden wie Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Heißhunger, sexuelles Desinteresse, Lustlosigkeit, diffuses Ruhebedürfnis, Reizbarkeit, Schwierigkeiten beim Umgang mit dem Kind, Lethargie, Haarausfall, Verlust der Konzentrationsfähigkeit u.ä. (= Depressionssymptome!).

Die positive Bewältigung von Mutterschaft hat die physische und psychologische Trennung des Kindes von der Mutter zum Ziel, was für die Mutter einen Ambivalenzkonflikt in sich birgt. Positive und aktive Bewältigung der Mutterschaft kann sich in scheinbarer Passivität ausdrücken und im Bewusstmachen der eigenen Befindlichkeit und eigener Bedürfnisse.

Auf der Grundlage dieses Konzeptes kam Oberwetter (1993) zu dem folgenden Untersuchungsergebnis: Die meisten Frauen waren handlungsorientiert und nach der Entbindung schnell motiviert, sich wieder einen eigenen Bereich zu schaffen und einen Teil der Kinderbetreuung und der Verantwortung anderen zu über-

lassen, also aktiv an der perspektivischen Trennung vom Kind zu arbeiten. Handlungsorientierung und der offene Umgang mit auftretenden Problemen boten einen gewissen Schutz vor der Entstehung von PPD. Bei depressiven Müttern fand sich demgegenüber gehäuft eine Lageorientierung. Besonders sehr leistungsorientierte Frauen hatten bei Oberwetter Schwierigkeiten in der Bewältigung von Situationen, die eine passive Anpassung und Akzeptanz unveränderbarer Gegebenheiten erfordern würden (diese Situationen treten gehäuft im Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett auf).

4.2.3 Psychische Vorerkrankungen

Psychische Vorerkrankungen konnten über zahlreiche Untersuchungen hinweg als ein wesentlicher Risikofaktor sowohl für die Entstehung einer postpartalen Depression als auch für das Auftreten von Wochenbettpsychosen evaluiert werden. Sie können als Indikator einer erhöhten Vulnerabilität betrachtet werden. Von Bedeutung sind dabei vorherige psychische Störungen innerhalb oder außerhalb eines Wochenbetts, Depressionen und Angststörungen während der jetzigen Schwangerschaft und PMS⁴¹ in der Vorgeschichte.

Die unterschiedliche Rückfallgefährdung von Frauen mit und ohne Vorerkrankungen lässt auf eine unterschiedliche Vulnerabilität schließen, wobei hochvulnerable Frauen auch zu Rückfällen außerhalb eines Wochenbetts neigen, weniger vulnerable Frauen hingegen erst unter dem zusätzlichen Stressfaktor „Geburt“.

4.2.3.1 Psychische Vorerkrankungen bei postpartalen Depressionen

Viele Forscher vermuten, dass psychische Vorerkrankungen das Risiko vorherzusagen können, dass (auch) im Wochenbett Depressionen auftreten. Wenn eine solche Prädisposition besteht, muss nach Riecher-Rössler (2001) offensichtlich kein weiterer Risikofaktor außer der Geburt selbst hinzukommen, um die Störung auszulösen. Die Autorin nimmt an, dass in diesem Fall die normalen, unspezifischen (physischen wie psychischen) Belastungen einer Entbindung bei vulnerablen, prädisponierten Frauen zur Auslösung der Störung führen können.

⁴¹ PMS = Prämenstruelles Syndrom

Dass eine vorherige PPD ein Prädiktor ist für das erneute Auftreten postpartaler Depressionen, geht aus der hohen Rückfallrate in einem weiteren Wochenbett hervor (vgl. 2.1.5). Aber bereits ein Baby-Blues nach einer vorherigen Geburt korrelierte bei Hannah et al. (1992) signifikant mit einer PPD nach der jetzigen Entbindung.

Depressionen in der (jetzigen) Schwangerschaft bei Frauen mit PPD wurden von zahlreichen Autoren gefunden, so z.B. von Saisto et al. (2001), Terry et al. (1996), O'Hara et al. (1991a), Hobfoll et al. (1995) und Johanson et al. (2000). Auch in der Untersuchung von Murray/ Gallahue (1987) war der deutlichste Prädiktor für PPD das antenatale Level an Depression auf der Beck Depressions-Skala BDI. Gotlib et al. (1989) ermittelten, dass 50% der von PPD betroffenen Frauen schon in der Schwangerschaft depressiv waren. Bei Joseffson et al. (2001) hatten 45% der Frauen, die postpartal über dem Cut-Off-Wert auf der EPDS lagen, auch hohe antenatale Werte. Andererseits muss auch berücksichtigt werden, dass mehr als die Hälfte derer mit hohen antenatalen Werten nach der Geburt nicht über dem Cut-Off-Wert lagen.

Sutter-Dalley et al. (2004) fanden heraus, dass Frauen, die im letzten Schwangerschaftsdrittel an einer Angststörung litten, ein 2,6-faches Risiko für eine Depression nach der Geburt hatten - auch wenn der Einfluss einer vorbestehenden Depression, soziale Faktoren oder der Ehestand berücksichtigt wurden. Ebenso ermittelten Heron et al. (2004) Angst in der 18. und der 32. Schwangerschaftswoche als Prädiktor für PPD.

Auch Depressionen oder Angststörungen vor der Schwangerschaft sind ein oft ermittelter Risikofaktor, so z.B. bei Ballestrem et al. (2002), Schaper et al. (1994) oder O'Hara et al. (1991a). Bei Kurstjens/ Wolke (2001b) hatten 45% der postpartal depressiven Mütter schon vor der Schwangerschaft depressive Phasen (z.T. schon in der Adoleszenz beginnend) erlebt, bei Riecher-Rössler (2001) war es jede dritte Frau. Bifulco et al. (1998) ermittelten bei Vorkommen einer Depression im Teenageralter ein beinahe 2 ½-fach größeres Risiko für den Beginn einer PPD.

In der Untersuchung von Righetti-Veltema et al. (1998) entwickelten 30% der Frauen mit Depressionen in der Vorgeschichte (außerhalb von Schwangerschaft und Wochenbett) eine PPD, bei Hendrick/ Altshuler (2002) 25%. Von den Frauen mit einer bipolaren Störung entwickelten nach Angaben von Altshuler et al. (1998, zit. nach Krüger 2003) zwischen 33% und 50% eine PPD.

Horowitz/ Goodman (2004) zeigten, dass depressive Vorerkrankungen ebenso von Einfluss auf die Chronifizierung einer PPD waren; bei Frauen, die 2 Jahre post partum weiterhin depressiv waren, wurden signifikant häufiger depressive Vorerkrankungen vor der Indexerkrankung gefunden.

Frauen mit und ohne PMS wurden von Chuong/ Burgos (1995) untersucht. Frauen mit PMS entwickelten signifikant häufiger eine PPD (43% versus 12%). Die Autoren sprechen von einem „Zusammenhang“, lassen die Wirkungsweise aber offen. Ein Einfluss hormoneller Faktoren scheint wahrscheinlich. Auch True-Soderstrom et al. (1983) und Spangenberg/ Pieters (1991) ermittelten PMS in der Vorgeschichte als Risikofaktor.

4.2.3.2 Psychische Vorerkrankungen bei Wochenbettpsychosen

Dass eine vorherige Wochenbettpsychose ein Prädiktor ist für das erneute Auftreten einer Wochenbettpsychose, geht - wie auch bei den postpartalen Depressionen - aus der hohen Rückfallrate in einem weiteren Wochenbett hervor (vgl. 2.3.5). Aber auch affektive Störungen vor der Schwangerschaft und vorherige psychiatrische Hospitalisierungen wurden bei den Wochenbettpsychosen gefunden. Psychische Störungen vor der Schwangerschaft berichten z.B. Gjerdingen/ Chaloner (1994), eine vorherige psychiatrische Hospitalisierung Marks et al. (1992).

Terp et al. (1999) fanden bei 41,5% der 1041 untersuchten Frauen mit Wochenbettpsychosen psychiatrische Hospitalisierungen vor Indexerkrankung. Nach Hunt/ Silverstone (1995) und Wisner et al. (1995) war nur für 36% der untersuchten Mütter mit postpartalen bipolaren Störungen die Wochenbettpsychose die erste Episode. Bei Robertson et al. (2005) hatten 29% der Frauen mit bipolaren Wochenbettpsychosen vorherige psychiatrische Störungen (Depression oder Manie). Pariser (1993) beschreibt v.a. bipolare Störungen in der Vorgeschichte. Steiner (2002) untersuchte in einer diagnostisch gemischten Gruppe Frauen mit einer Major Depression, Anpassungsstörung mit depressiven Symptomen, bipolaren oder schizoaffektiven Störung innerhalb von einem Jahr nach der Geburt und ermittelte, dass 56,3% von ihnen eine Vorgeschichte an psychischen Störungen aufwiesen. Bei Garfield et al. (2004) hatten 43,5% postpartal psychiatrisch hospitalisierter Frauen (darunter ebenfalls nicht-psychotische Depressionen) vorherige psychische Störungen, davon 20% nur puerperale Vorerkrankun-

gen, 60% hatten ausschließlich nicht-puerperale vorherige Episoden, und 20% hatten beides: puerperale und nicht-puerperale vorherige Episoden.

Da die Betroffenen meist sehr jung sind - so argumentieren Bell et al. (1994) -, befinden sich unter den erstmals erkrankten Frauen möglicherweise welche, bei denen sich die (nicht ans Wochenbett gebundene) psychische Störung einfach noch nicht vorher manifestiert hat und bei denen die Störung erst jetzt ausbricht. Dies sind diejenigen, die auch außerhalb eines Wochenbetts Rückfälle erleiden.

Umgekehrt wurde oft die Frage gestellt, wie hoch das Risiko für Frauen mit vorbestehenden psychischen Störungen ist, im Wochenbett einen psychotischen Rückfall zu entwickeln. Frauen mit vorbestehenden bipolaren und schizoaffektiven Störungen haben ein besonders hohes Risiko, eine Wochenbettpsychose zu entwickeln; diese Meinung wird von zahlreichen Autoren geteilt (z.B. Kendell et al. 1987, Freeman et al. 2001; Marks et al. 1992). Bei Righetti-Veltema et al. (1998) entwickelte jede vierte Frau mit einer Vorgeschichte an bipolaren Störungen eine Wochenbettpsychose. Jones/ Craddock (2001) ermittelten, dass bei Frauen mit einer bipolaren Vorerkrankung bei 38% mindestens eine Episode einer Wochenbettpsychose auftrat. Das Risiko war nochmals erhöht bei einer familiären Belastung: Bei den bipolaren Frauen mit einer Familiengeschichte an Wochenbettpsychosen entwickelten 74% eine Wochenbettpsychose, bei den Frauen ohne eine derartige Familiengeschichte nur 30%.

In der Untersuchung von McNeil (1986) entwickelten 28% der Frauen mit psychotischer Vorgeschichte eine Wochenbettpsychose; Wochenbettpsychosen traten besonders häufig bei Frauen mit vorheriger zyklischer Psychose oder affektiver Psychose auf. Kumar et al. (1993) untersuchten nur Frauen mit affektiver Vorgeschichte; von diesen erkrankten sogar 51% an einer Wochenbettpsychose.

Eine psychiatrische Vorgeschichte erhöhte auch bei Singh/ Kaur (2000) das Risiko für Wochenbettpsychosen. Das Risiko war - wie schon bei Kendell et al. (1987) - wesentlich höher bei affektiven Psychosen in der Vorgeschichte als bei Schizophrenien oder nicht-psychotischen Depressionen.

4.3 Aktuelle Auslösefaktoren

Bei den aktuellen Auslösefaktoren handelt es sich um die konkreten Belastungen und Stressoren, denen eine Mutter in der postpartalen Situation ausgesetzt ist. Hierzu gehören die hormonellen Umstellungen im Wochenbett und sonstige physiologische Faktoren ebenso wie z.B. Faktoren der Entbindung, kindbezogene Faktoren, die Beziehung zum Partner und viele weitere psychosoziale Faktoren. Während vielfältige psychosoziale Faktoren mit der Entstehung postpartaler Depressionen korrelierten, wurden bei den Wochenbettpsychosen vorrangig hormonelle und biochemische Faktoren als aktuelle Einflussfaktoren evaluiert.

Die aktuellen Auslösefaktoren können nicht als „Ursache“ für die Störung angesehen werden; sie sind vielmehr für den Zeitpunkt des Ausbruchs verantwortlich. Sie interagieren mit den Vulnerabilitätsfaktoren dergestalt, dass es bei einer ausgeprägten Verletzlichkeit nur geringfügiger Belastungen bedarf, um eine psychische Störung auszulösen, bei geringer Verletzlichkeit hingegen führt erst eine Kumulation von Belastungen oder besonders intensive Stressoren zu einer Störung (vgl. 4.1).

4.3.1 Hormonelle und biochemische Faktoren im Kontext postpartaler Störungen

Etliche hormonelle und biochemische Einflussfaktoren wurden und werden sowohl bei der Entstehung nicht-psychotischer postpartaler Depressionen als auch bei den Wochenbettpsychosen diskutiert, so z.B. die Auswirkungen des plötzlichen Hormonabfalls nach der Entbindung auf Anzahl und Sensitivität der Rezeptoren, insbesondere bei Frauen mit einer Empfindlichkeit für Hormonschwankungen. Aber auch (psychosoziale) Stressfaktoren können einen Mangel oder eine Balancestörung der Neurotransmitter hervorrufen. Auffallend sind die komplexen Wechselwirkungen zwischen Stress, Hormonen und biochemischen Prozessen. Die Richtung der kausalen Wirkung bleibt dabei unklar.

4.3.1.1 Hormonumstellungen post partum

Im Vordergrund der biologischen Erklärungsmodelle stehen die endokrinen Veränderungen nach einer Entbindung. Nach der Geburt fällt der Östrogen- und Progesteronspiegel innerhalb weniger Stunden ab; zudem kommt es in der

nachgeburtlichen Phase zu einer Normalisierung bzw. Funktionsreduktion von Schilddrüse und Nebennierenrinde, die während der Schwangerschaft verstärkt Hormone (Thyroxin, Kortikosteroide) ausgeschüttet haben. Auch der Endorphinspiegel fällt nach der Entbindung wieder ab.

Weitere Zusammenhänge zwischen hormonellen Faktoren und postpartalen Depressionen wurden in Bezug auf einen erhöhten Prolaktinspiegel bei betroffenen Frauen und eine erhöhte MAO-Aktivität festgestellt. Die genauen Zusammenhänge zwischen Hormonumstellung und der Entstehung psychischer Störungen post partum sind bislang noch ungeklärt.

4.3.1.1.1 Hormonelle Faktoren - mögliche Auswirkungen auf die Entstehung von postpartalen Depressionen

Lange Zeit wurde der Abfall des Östrogen- und Progesteronspiegels innerhalb weniger Stunden nach der Entbindung als Ursache postpartaler Depressionen vermutet. Bei Vergleichen der Hormonwerte von Frauen mit und ohne PPD konnten in den meisten Studien jedoch keine Unterschiede gefunden werden (Wieck 1989). Die neuromodulatorische Wirksamkeit der Geschlechtshormone und das Fehlen eines anormalen Hormonniveaus bei Frauen mit PPD lassen nach Bloch et al. (2000) vermuten, dass die PPD eine homöostatische Störung darstellt, eine Fehlfunktion, die neuroregulatorischen Änderungen zu kompensieren, die durch die großen - aber normalen - Veränderungen der Geschlechtshormonkonzentrationen verursacht werden. Deshalb stellten die Autoren die Hypothese auf, dass es eine Untergruppe von hormonsensitiven Frauen gibt, bei denen normale Hormonschwankungen eine depressive Episode auslösen können. Die Autoren führten einen (Blind-)Versuch mit 8 Frauen durch, die eine Major Depression post partum in der Vorgeschichte aufwiesen, und der gleichen Anzahl an Frauen ohne Vorgeschichte an Depressionen in der Kontrollgruppe, wobei sie den Anstieg der Geschlechtshormone und den plötzlichen Abfall durch künstliche Verabreichung der Geschlechtssteroiden Östradiol und Progesteron simulierten. 5 der 8 Frauen mit Depressionen in der Vorgeschichte (= 62,5%), keine jedoch von den Frauen der Kontrollgruppe, entwickelten signifikante depressive Symptome beim plötzlichen Abfall der Hormone. Die depressiven Symptome nahmen innerhalb von 4 Wochen nach dem abrupten Abfall der Hormone erheblich zu, und verbesserten sich danach wieder spontan, was mit der Rückkehr zu den normalen Hormonfunktionen erklärbar ist. Die Autoren interpretieren ihre Ergebnisse dahingehend,

dass die Geschlechtshormone in einer Untergruppe der Frauen an der Entwicklung postpartaler Depressionen beteiligt sind; Frauen mit einer Vorgeschichte an Depressionen scheinen für die stimmungslabilisierende Wirkung der Geschlechtshormone sensitiv zu sein. Ahokas et al. (2001) haben Frauen mit Major Depression einer Behandlung mit Östrogenen unterzogen und festgestellt, dass sich parallel zum Anstieg der Hormone eine Verringerung der depressiven Symptomatik feststellen ließ, was ebenfalls für einen Einfluss der Hormone auf die Entstehung der Depression spricht. Auch das Ergebnis von Cooper/ Murray (1995) spricht für die Hypothese einer Untergruppe hormonsensitiver Frauen. Dabei wiesen postpartal depressive Frauen ohne Vorgeschichte an Depressionen ein erhöhtes Risiko für Rückfälle in einem weiteren Wochenbett auf, jedoch kein erhöhtes Risiko für einen Rückfall außerhalb des Wochenbetts, während sich dies für Frauen mit depressiver Vorgeschichte genau umgekehrt verhielt (vgl. 2.1.5). Die Ergebnisse von Bloch et al. lassen ebenso darauf schließen, dass die Erfolge in der Behandlung mit Östrogenen (z.B. Gregoire et al. 1996) ebenso wie die Verwendung von Östrogenen zur Rückfallprophylaxe (z.B. Sichel et al. 1995) daraus resultieren könnten, dass der plötzliche Abfall der Hormone verhindert wird.

Einige Autoren diskutieren auch einen Zusammenhang von Schilddrüsenfunktion und PPD. Durch die plötzliche hormonelle Umstellung nach der Entbindung kann es zu einem Mangel an Thyreotropin kommen, welches die Schilddrüse zur Ausschüttung ihrer Hormone anregt. Während von einigen Autoren (z.B. Nomura/ Okano 1992, zit. nach Okano 1999) ein Mangel an Schilddrüsenhormonen (Hypothyreose) bei Frauen mit PPD gefunden werden konnte, ließ sich dies in anderen Untersuchungen nicht verifizieren (z.B. Kent et al. 1999; Lucas et al. 2001 – beide zit. nach Brockington 2004). Pop et al. (1991, zit. nach Hendrick et al. 1998) ermittelten in ihrer Studie einen Anteil von 7% aller Wöchnerinnen, die nach der Geburt eine Schilddrüsenstörung entwickelten. Von diesen Frauen mit Schilddrüsenstörung wiesen 38% eine Depression auf, die sich unter einer Behandlung mit Schilddrüsenhormonen ebenfalls erholte. Nach Hendrick et al. (1998) ist daher davon auszugehen, dass die Schilddrüsenfunktion zumindest bei einer Teilgruppe von Frauen mit PPD eine Rolle zu spielen scheint; die genauen Zusammenhänge sind derzeit jedoch noch unklar. Dix (1991) und Harris (1996) geben darüber hinaus zu bedenken, dass hier wiederum Wechselwirkungen zwischen Schilddrüsenaktivität und psychischen sowie sozialen Faktoren bestehen.

Des Weiteren wurde versucht, die Bedeutung von Kortisol bei PPD zu bestimmen. Dabei konnte bei O'Hara et al. (1991a) kein kausaler Zusammenhang zwischen dem Kortisolspiegel und PPD festgestellt werden. Magiakou et al. (1996) stellten fest, dass der Plasma-Kortisolspiegel bei allen untersuchten Frauen im Wochenbett am oberen Limit war, bei Frauen mit Baby-Blues oder PPD jedoch stärker und länger.

Ehlert et al. (1990) untersuchten 70 Mütter nach der Geburt eines gesunden Kindes, um den Zusammenhang zwischen Speichelkortisol und psychischer Befindlichkeit zu evaluieren. 29 dieser Frauen entwickelten einen Baby-Blues. Die Autoren ermittelten dabei, dass der Baby-Blues häufiger bei Frauen mit ineffektiven, passiven Coping-Strategien (z.B. Flucht als Coping-Stil, geringer Gebrauch von positiven Selbstinstruktionen), hohem Angst-Level (Trait Anxiety), Resignation, Aggression, Verlust der Kontrolle über die Situation, ehelicher Unzufriedenheit, sozialer Isolierung und geringerer Akzeptanz der Mutterrolle auftrat. Ehlert et al. fanden des Weiteren, dass die Frauen mit Baby-Blues an den Tagen, an denen die Symptome auftraten, morgens einen höheren Kortisolspiegel aufwiesen als an den symptomfreien Tagen und im Vergleich zu den beschwerdefreien Frauen. Die Höhe des Kortisolspiegels kann deshalb nach Ansicht der Autoren als biologischer Marker für dysphorische Zustände wie den Baby-Blues, möglicherweise aber auch für Depressionen betrachtet werden.

Bei depressiven Menschen – v.a bei schwerer Depression - wurde zudem festgestellt, dass die Stresshormon-Konzentration (Kortisol) im Blut oder Urin häufig dauerhaft erhöht ist. Tierexperimente zeigten außerdem, dass das Stresshormon-System im Gehirn auch in den Stoffwechsel anderer Botenstoffe eingreift, vor allem in den Serotonin- und Noradrenalin-Stoffwechsel. Normalerweise führt eine erhöhte Menge von Kortisol im Blut dazu, dass der Hypothalamus seine CRH-Ausschüttung drosselt. Diese Rückkopplung ist bei depressiven Menschen gestört; der erhöhte Kortisolspiegel kann die CRH-Ausschüttung nicht auf das Ausgangsniveau absenken, so dass sich das hormonelle Gleichgewicht auf einem höheren Niveau einpendelt. CRH wird ständig vermehrt produziert, was praktisch zu einem Dauerstress führt (BMBF 2001).

Wie sich an der obigen Darstellung zeigt, ist eine eindeutige kausale Zuschreibung nicht möglich, weil die Zusammenhänge, aufgrund derer die Depression zustande kommt, zu komplex und vielfältig sind. So sollte auch beachtet werden, dass Stress in das hormonelle Geschehen in vielfältiger Weise eingreift und es

durch äußere und innere Stressfaktoren zu hormonellen und biochemischen Veränderungen kommt. Die Wechselwirkungen können also in jeder Richtung ablaufen.

"Seelische Vorgänge, ob mehr oder weniger »innerbetrieblich« (zum Beispiel durch Erinnerungen hervorgerufen) oder durch Reize von außen provoziert, wirken sich ebenso auf die »großen« und »kleinen« hormonellen Regelkreise aus wie die Botschaften, die von den Drüsen und Hormonen selbst stammen. Eindrücke, Gedanken, Gefühle, Belastungen, Freuden - alles hat Einfluß darauf, ob die Hormone harmonisieren oder nicht." (Minker 1990, S. 25)

4.3.1.1.2 Hormonelle Faktoren - mögliche Auswirkungen auf die Entstehung von Wochenbettpsychosen

Murray et al. (2003a) konstatieren, dass die zeitliche Nähe zur Geburt, der oft abrupte Beginn und der Mangel an psychosozialen korrelierenden Faktoren sowie das hohe Rückfallrisiko bei nachfolgenden Entbindungen bei den Wochenbettpsychosen hormonelle ätiologische Faktoren sehr wahrscheinlich macht. Die genauen Abläufe und Zusammenhänge liegen noch im Unklaren. Nach Riecher-Rössler (2001) sprechen einige Ergebnisse dafür, dass dem massiven postpartalen Östrogenabfall eine Rolle als Trigger für die Entstehung von Wochenbettpsychosen zukommt, da Östrogene verschiedene Transmittersysteme im Gehirn modulieren können, z.B. das serotonerge, das noradrenerge und das dopaminerge Neurotransmittersystem, die in der Pathogenese psychischer Störungen wie Depressionen oder Psychosen eine Rolle spielen. Auch die Beobachtung von Brockington et al. (1988), dass Frauen mit einer Wochenbettpsychose oft prämenstruelle Rückfälle aufwiesen, spricht für eine hormonelle Beteiligung bei den Wochenbettpsychosen.

Von Wieck et al. (1991) wurde die Hypothese einer durch die hohen Östrogenspiegel in der Schwangerschaft induzierten erhöhten Sensitivität der Dopaminrezeptoren (D2-Rezeptoren) im Hypothalamus aufgestellt, die nach dem raschen postpartalen Östrogenabfall zu einer Überfunktion des Dopaminsystems und damit zur psychotischen Symptomatik führen kann. Die Autoren untersuchten ausschließlich Frauen, die schon bipolare oder schizoaffektive Vorerkrankungen aufwiesen und damit ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Wochenbettpsychose hatten. Die Frauen mit Rückfällen unterschieden sich von denen, die keinen Rückfall aufwiesen, in der apomorphin⁴²-induzierten Konzentration an

⁴² Apomorphin = ein Dopamin-Agonist.

Wachstumshormonen am 4. Tag post partum, was als Indikator für die Aktivität der D2-Rezeptoren gewertet werden kann.

Ahokas et al. (2000) behandelten zwei Fälle von Wochenbettpsychosen, die unzureichend auf Neuroleptika ansprachen und niedrige Serum-Östrogen-Spiegel aufwiesen, mit dem Östrogen Östradiol, welches den Abbau von Dopamin im basalen Hypothalamus verlangsamt. Unter dieser Behandlung zeigte sich eine Korrelation zwischen dem Anstieg des Östrogen-Spiegels und einem Rückgang der floriden psychotischen Symptomatik. Die Autoren schließen aus ihrem Ergebnis, dass der Mangel an Östrogenen einen kausalen Bezug zu Wochenbettpsychosen hat. Die Richtung der Wirkung, ob z.B. der Östrogenmangel die Ursache von Dopaminmangel ist, bleibt jedoch unklar. Berücksichtigt werden muss auch, dass die nur zwei untersuchten Fälle keine Signifikanzaussagen zulassen.

Ebenfalls auf der Basis von zwei Fallstudien stellten Deuchar/ Brockington (1998) einen Zusammenhang zwischen Östrogenen und Wochenbettpsychosen her. Da jedoch trotz vieler Untersuchungen kein *konsistenter* Unterschied in den endokrinen Parametern zwischen gesunden Frauen und solchen mit einer Wochenbettpsychose gefunden konnten, gehen die Autoren (wie z.B. auch Fallgatter et al. 2002) davon aus, dass der Rückgang an Östrogenen nach der Entbindung nicht die Hauptursache, sondern lediglich einen Auslösefaktor darstellt, der im Zusammenspiel mit einer erhöhten Vulnerabilität bei prädisponierten Frauen zur Manifestation einer Wochenbettpsychose führen kann. Die Bedeutung einer solchen vorbestehenden Vulnerabilität wird nach Fallgatter et al. (2002) dadurch untermauert, dass als Hauptrisikofaktoren für das Auftreten von Wochenbettpsychosen zum einen psychotische Vorerkrankungen innerhalb und außerhalb des Wochenbetts, zum anderen eine positive psychiatrische Familienanamnese für affektive Psychosen identifiziert wurden.

4.3.1.2 Veränderung der Rezeptorenempfindlichkeit und Neurotransmitterfunktionen

Weitgehende Übereinstimmung besteht darin, dass bei der Auslösung und beim Verlauf von Depressionen und Psychosen Störungen biochemischer Abläufe im Gehirn beteiligt sind (Huber 1990). Hierbei handelt es sich vorwiegend um eine Fehlfunktion bestimmter Neurotransmitter und ihrer Rezeptoren im Gehirn. Als bedeutsam für die Entstehung von Depressionen werden dabei vorrangig Sero-

tonin und Noradrenalin angesehen, bei Psychosen hauptsächlich Dopamin und Serotonin.

Eindeutige Stoffwechselstörungen ließen sich bisher nicht sicher nachweisen. Bei Depressionen spricht jedoch einiges für die Hypothese einer verminderten Rezeptorsensibilität an der postsynaptischen Membran, da sie zu erklären vermag, warum antidepressive Medikamente erst mit einer Latenzzeit von einigen Tagen Wirkung zeigen, obwohl der physiologische Vorgang der Hemmung der Aminaufnahme relativ rasch eintritt. Laborbefunde zeigten, dass es erst nach einigen Tagen zur sogenannten „beta-down regulation“ kommt, d.h. dass die Empfindlichkeit der Betarezeptoren erniedrigt wird, wodurch sich die Empfindlichkeit der Alpharezeptoren erhöht, da sich Alpha- und Betarezeptoren in ihrer Sensibilität reziprok zueinander verhalten (Huber 1990). Eine andere Hypothese geht von einer gestörten Synapsen-Regulation auf Seiten der Senderzelle aus. Für diese These spricht v.a. die Tatsache, dass Medikamente, die den Rücktransport gezielt verhindern – und auf diese Weise dafür sorgen, dass Noradrenalin oder Serotonin länger im synaptischen Spalt verweilt –, bei vielen Patienten antidepressiv wirken. Da derzeit z.B. über 13 Serotonin-Rezeptor-Untertypen bekannt sind, die alle unterschiedlich auf den Neurotransmitter reagieren und unterschiedliche Wirkungen vermitteln, wird derzeit davon ausgegangen, dass Depressionen nicht auf Störungen in *einem* Transmittersystem oder eines nicht funktionierenden Rezeptors beruhen können. Es scheint vielmehr so zu sein, dass verschiedene chemische Systeme des Nervensystems aus der Balance geraten und es für eine depressive Störung empfänglich machen (BMBF 2001).

Im Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kommt es zu verschiedensten Veränderungen in der Anzahl und Sensitivität bestimmter Rezeptoren, die zu einer vermehrten Bindung der Neurotransmitter führen. So bedingt der Abfall an Östrogenen und Progesteron nach der Entbindung im Normalfall auch einen Abfall der α 2-Adrenozeptoren an den Blutplättchen, die während der Schwangerschaft sowohl in Menge als auch Bindungsfähigkeit zugenommen haben. Frauen, die nach der Geburt unter Depressionen litten, hatten in der Untersuchung von Metz et al. (1983, zit. nach Murray/ Gallahue 1987) jedoch weiterhin eine erhöhte α 2-Adrenozeptoren-Kapazität; die erhöhte Anzahl und die vermehrte Bindungsbereitschaft hielt bei ihnen an, und es fand keine adäquate Anpassung an die niedrigeren Hormonspiegel nach der Entbindung statt. Eine erhöhte α 2-Adrenozeptoren-Kapazität bindet Adrenalin und Noradrenalin an die Rezeptoren.

ren; diese Neurotransmitter stehen dann nicht mehr für Neurotransmissionsprozesse zur Verfügung. Die mangelhafte Adaptation der α 2-Rezeptoren an die niedrigeren Hormonspiegel könnte somit als mitauslösende Ursache einer postpartalen Depression in Frage kommen.

Matussek (ohne Jahr, zit. nach Steinmeyer 1980, allgemein bezogen auf Depressionen) fand bei psychotisch Depressiven (er selbst spricht noch von „endogen“) eine geringere Alpharezeptoren-Empfindlichkeit; bei nicht-psychotisch Depressiven (Matussek spricht von „neurotisch-reaktiv“) war diese normal bis gesteigert. Daher geht er von 2 Entstehungswegen aus: Bei nicht-psychotischen Depressionen (= präsynaptische Depression) liegt ein Aminmangel in den präsynaptischen Nervenendigungen vor, der kompensatorisch zu einer erhöhten Rezeptorsensibilität führt; bei psychotischen Depressionen (= postsynaptische Depression) liegt eine verminderte Rezeptorempfindlichkeit vor. Die Untersuchungen zur postpartalen Depression geben keinen Aufschluss über eine derartige Differenzierung.

Als weitere Ursache kann auch der Abfall der Östrogene nach der Entbindung und ihr Einfluss auf die Dopaminfunktion diskutiert werden (vgl. 4.3.1.1.2). Während der Schwangerschaft führt die erhöhte Menge an Östrogenen zu einer Verminderung der Dopaminfunktion und zu einem Anstieg sowohl von Anzahl, Dichte als auch von Empfindlichkeit der Dopaminrezeptoren. In der postpartalen Periode kommt es durch den plötzlichen Abfall der Östrogene zu einer erhöhten Bindung von Dopamin an die freigewordenen Rezeptoren (und dadurch einem Mangel an frei verfügbarem Dopamin), was wiederum möglicherweise die Vulnerabilität für Wochenbettpsychosen bei prädisponierten Frauen erhöhen kann (Vinogradov/ Czernansky 1990). Auch Einflüsse des Östrogenabfalls auf eine Verringerung der serotonergen Aktivität werden diskutiert (Bloch et al. 2003).

Eine erhöhte MAO⁴³-Aktivität sowie Hypersensitivität der Monoaminrezeptoren - bedingt durch den plötzlichen Abfall der Östrogene nach der Entbindung - vermutete Wieck (1989) als Ursache einer PPD. Hierdurch kommt es zu einer vermehrten Inaktivierung an Neurotransmittern, die an anderen Stellen im synaptischen Spalt benötigt würden.

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass alle o.g. hormonellen und biochemischen Faktoren zur Entstehung von postpartalen Depressionen oder Wochen-

⁴³ MAO = Monoaminoxidase, führt zur Oxidation der Neurotransmitter und macht diese damit wirkungslos.

bettpsychosen beitragen können. Die Sichtweise, dass *nur* Hormonschwankungen für diese psychischen Störungen verantwortlich sind, ist verkürzt. In der Wochenbettsituation kommen vielfältige Wechselwirkungen zwischen Hormonen und Neurotransmittersystemen sowie der Sensitivität bestimmter Rezeptoren zum Tragen, so dass diese Zeit des hormonellen Umschwungs durch die begleitenden biochemischen Veränderungen eine Zeit erhöhter Gefährdung für die Entstehung psychischer Störungen darstellt. Auslöser der Störung ist *nicht* ursächlich der Mangel eines isolierten Hormons, sondern die Störung des biochemischen Gleichgewichts.

Ungeachtet festgestellter Korrelationen zwischen bestimmten biochemischen Veränderungen und emotionalen Veränderungen bleibt die Richtung der kausalen Wirkung weiterhin unklar. Offen bleibt, ob die biochemischen Befunde kausal verursachend, prädisponierend oder als sekundäre Begleit- oder Folgeerscheinung zu sehen sind. Die hormonelle und biochemische Konstellation kann auch Reaktion auf spezifische emotionale Veränderungen und Stress sein (Martin 1989; Riecher-Rössler 2002).

Dass nicht nur der Hormonumschwung für die Entstehung psychischer Störungen post partum verantwortlich sein kann, zeigt sich nicht zuletzt daran, dass auch Adoptivmütter oder Väter psychische Störungen post partum entwickeln können (Dix 1991). Diese sind der gleichen psychischen und psychosozialen Gesamtsituation ausgesetzt wie die biologische Mutter, nicht jedoch den körperlichen Veränderungen, so dass davon ausgegangen werden muss, dass die psychischen und psychosozialen Faktoren ebenso bedeutsam für die psychische Stabilität sein können wie das hormonelle und biochemische Ungleichgewicht nach der Entbindung.

4.3.2 Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Als gefährdende Variablen für eine nachfolgende PPD wurden von etlichen Autoren Komplikationen im Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett wie medizinische Komplikationen in der Schwangerschaft, ungeplanter Geburtsverlauf; Saugglocken- oder Zangenentbindung, Kaiserschnittentbindung, Trennung von Mutter und Kind direkt nach der Geburt sowie schwerer Baby-Blues in den ersten Tagen nach der Geburt benannt; die Ergebnisse sind jedoch nicht einheitlich. Auch das subjektive Erleben der Entbindung, Gefühle der Ohnmacht

und der mangelnden Kontrolle über die Ereignisse sowie die wahrgenommene Betreuung unter der Geburt scheinen eine Rolle zu spielen, wie sich bei den Untersuchungsergebnissen zum Geburtsverlauf bei PTSD post partum zeigte. Die Ergebnisse hinsichtlich Wochenbettpsychosen lassen die Vermutung zu, dass Verlaufsfaktoren von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett hierbei eine geringere Rolle zu spielen scheinen; lediglich der Zusammenhang zu Kaiserschnittentbindungen konnte von einigen Untersuchungen hergestellt werden.

4.3.2.1 Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei postpartalen Depressionen

Eine Korrelation zwischen *medizinischen Komplikationen in der Schwangerschaft* und postpartalen Depressionen wurde von Pfof et al. (1990) und Verdoux et al. (2002) gefunden. Komplikationen in der Schwangerschaft waren bei Pfof et al. insbesondere bei unverheirateten Frauen ein Prädiktor für postpartale Depressionen. Bei Joseffson et al. (2002) waren in der Gruppe mit PPD Schwangerschaftserbrechen, vorzeitige Wehen und psychische Störungen in der Schwangerschaft häufiger als in der Kontrollgruppe. Den Schwangerschaftskomplikationen kam laut den Autoren allerdings kein ätiologischer Faktor in der Depressionsgenese zu, diese lassen jedoch auf eine psychische oder biologische Vulnerabilität schließen. Hierfür spricht auch die von den Autoren ermittelte signifikant erhöhte Krankschreibungsrate und erhöhte Inanspruchnahme von Vorsorgebesuchen in der Schwangerschaft.

Ein gehäuftes Auftreten von *Kaiserschnittentbindungen* im Vorfeld postpartaler Depressionen wurde in zahlreichen Untersuchungen ermittelt, z.B. bei Edwards et al. (1994), Hannah et al. (1992) und Hillan (1992). Die Korrelationen waren dabei oft beträchtlich: So stellte Hillan fest, dass 38% der untersuchten Frauen mit Kaiserschnitt 3 Monate post partum depressiv waren. Nach einer Untersuchung von Boyce/ Todd (1992) hatten Frauen mit Notfall-Kaiserschnittentbindungen im Vergleich zu Frauen mit spontanen und Zangenentbindungen ein mehr als sechsfach erhöhtes Risiko (relatives Risiko = 6,82), an einer PPD zu erkranken.

Eine Entbindung mit *medizinischen Eingriffen (Zange, Vakuumextraktion)* war bei Kleiverda et al. (1991) oder Murray/ Cartwright (1993) ebenfalls mit der Entstehung psychischer Störungen post partum korreliert. Eine Entbindung mit medizinischen Eingriffen führte nach der Untersuchung von Murray/ Cartwright jedoch

nur dann zu vermehrten depressiven Reaktionen, wenn schon eine depressive Vorgeschichte diagnostiziert werden konnte. Vorherige Depressionen erhöhen allerdings laut Murray/ Cartwright nicht das Risiko für Komplikationen, sondern lediglich die Wahrscheinlichkeit der Reaktion mit einer erneuten Depression auf den Entbindungsverlauf.

Bei einer Untersuchung der Wirkung derartiger Eingriffe lässt sich feststellen, dass es sich um Ereignisse handelt, die Ohnmachtsgefühle, Gefühle des Ausgeliefertseins, der Hilflosigkeit und des Verlorenseins und das Gefühl mangelnder Kontrolle hervorrufen können (Boyce 2003). Winnicott (1990, S. 84) zitiert eine Frau, die beschreibt, wie wichtig in dieser Situation deshalb das Vorhandensein einer vertrauten Person, einer vertrauten Hebamme oder eines vertrauten Arztes ist, um diesen Prozess durchlaufen zu können, und wie schädlich und schwierig es ist, wenn die Entbindung in einer Atmosphäre erfolgt, die der Frau nicht vertraut ist. Auch Trotter et al. (1992) stellten fest, dass Unterstützung bei der Geburt depressionsverringert wirkt.

Bei einigen Frauen beeinträchtigen Komplikationen in der Schwangerschaft sowie bei der Geburt auch das Selbstwertgefühl als Frau (Clement 2001; Nispel 2001). Sie können es nicht verarbeiten, wenn die Entbindung anders verlaufen ist als geplant; wiederum andere empfinden die gesamte Entbindung als entwürdigend (was zum Verlust der eigenen Wertschätzung führen kann); auch dadurch ist ein Verlust des Selbst-Ideals mit nachfolgender Selbstentwertung denkbar. Des Weiteren kommt es beispielsweise zu einem Verlust der Idealvorstellung von der Entbindung - die meisten Frauen hatten sich vorher eine „perfekte“, d.h. natürliche Entbindung ohne Medikamente vorgestellt respektive geplant - mit nachfolgender Enttäuschung, Versagensgefühlen (in der eigenen Weiblichkeit, als Frau und Mutter) und Schuldgefühlen. In vielen Fällen stellt sich zusätzlich Trauer ein um den Verlust, den es bedeutet, um das Gefühl einer natürlichen Entbindung „betrogen“ worden zu sein. All diese Gefühle und Erlebnisse - die ein immenses Konfliktpotential in sich bergen - müssen von der Frau bewältigt werden, was im Hinblick auf diese medizinischen Eingriffe weniger auf einer aktionalen als auf einer emotional-kognitiven Ebene geschehen muss. In Abhängigkeit von der Persönlichkeitsstruktur der Frau und ihren Vorerfahrungen (z.B. auch im Umgang mit Krankenhäusern, Pflegepersonal und Krankheiten generell) verläuft dieser Bewältigungsprozess im Einzelfall schnell und unkompliziert oder misslingt und ist dann mit der Gefahr der Entstehung schwerwiegender psychischer Störungen verbunden.

Andere Autoren fanden demgegenüber keine Korrelation von PPD und Kaiserschnitt (z.B. Spangenberg/ Pieters 1991; Hiltunen et al. 2004, Ballestrem et al. 2005) oder von PPD und geburtshilflichen Komplikationen allgemein wie Schwangerschaftskomplikationen, Kaiserschnitt oder Zange/ Vakuumentraktion (z.B. Nielsen Forman et al. 2000; Tammentie et al. 2002; Patel et al. 2005⁴⁴).

Bei Kurstjens/ Wolke (2001b) zeigten geburtshilfliche Belastungen (z.B. operative Entbindung) nur dann Zusammenhänge mit PPD, wenn die Frauen eine psychiatrische Vorgeschichte hatten *und* das Neugeborene neonataler Intensivversorgung bedurfte. Dies lässt vermuten, dass bei psychisch vulnerablen Frauen besondere peri- oder neonatale Belastungen als Trigger fungieren und die Wahrscheinlichkeit des (erneuten) Auftretens einer depressiven Episode erhöhen, jedoch das erstmalige Auftreten einer Depression durch geburtshilfliche Belastungen nicht erklärt werden kann.

Ein weiterer Einflussfaktor auf das psychische Erleben und Befinden der Frau ist dadurch gegeben, dass im Falle medizinischer Eingriffe während der Geburt eine direkte, rasche Kontaktaufnahme mit dem Kind nach der Entbindung oft nicht möglich ist, ein Faktor, der von James et al. (1987) als korrelierend mit psychischen Störungen post partum evaluiert wurde. Edwards et al. (1994) fanden häufiger depressive Symptome bei Frauen, deren Kaiserschnitt unter Vollnarkose durchgeführt wurde, verglichen mit Frauen, die eine Teilnarkose erhielten oder vaginal entbanden. Auch dies deutet darauf hin, dass die mangelnde Kontaktaufnahme mit dem Kind ein mitbedingender Faktor sein könnte. Befindet sich eine Frau in dieser Situation, so kann es von ihren Bewältigungskompetenzen mit abhängen, wie schnell sie diesen Zustand überwindet und zu einer normalen Beziehung zu ihrem Kind findet (vgl. 4.4.2).

Nach Schiefenhövel (1993, zit. nach Strobl 2002) führt die Trennung von Mutter und Neugeborenem zu einer Trauerreaktion und somit zu einer Bindungsstörung, weil die Wöchnerin das Gefühl hat, ihrem „biologischen Auftrag“, das Kind zu versorgen und es an ihrem Körper zu haben, nicht nachkommen kann. Vielen Müttern kommt ihr Kind nach der Kaiserschnittentbindung zudem wie ein Fremdes vor, das nichts mit dem Kind aus ihrem Körper zu tun hat. Die Vorbereitung auf das Kind durch den Geburtsprozess fehlt (Clement 2001).

⁴⁴ Hervorzuheben ist bei Patel et al. (2005), dass es sich um eine longitudinale Studie mit einer außergewöhnlich großen Untersuchungsgruppe von insgesamt 14.663 Frauen handelte.

Große Übereinstimmung besteht hinsichtlich der Bedeutung des *Baby-Blues* und seiner Intensität als prädiktiver Faktor für spätere psychische Störungen. So wurde der *Baby-Blues* als Einflussfaktor z.B. von Yamashita et al. (2000), Fossey et al. (1997), Lane et al. (1997), Hannah et al. (1992)⁴⁵, Hapgood et al. (1988) oder Henshaw (2003) ermittelt. Nach Strobl (2002) hatten fast zwei von drei Frauen mit Wochenbettdepression (65%) zuvor einen *Baby-Blues* durchgemacht. Henshaw (2003) zeigte darüber hinaus, dass bei den Frauen mit schwerem *Baby-Blues* die Depressionen früher begannen und länger andauerten.

Ob bei den Frauen, die später eine manifeste psychische Störung entwickelten, gleichzeitig auch Stressfaktoren (wie ein unerwarteter Entbindungsverlauf) im Vorfeld vorlagen, die schon das Auftreten des *Baby-Blues* mit beeinflusst haben könnten, geht aus den Studien nicht hervor. Andererseits lässt sich aus diesem Ergebnis der Schluss ziehen, dass es sich bei dem *Baby-Blues* zwar um eine normale und häufige Anpassungsstörung von Frauen handelt, die jedoch gleichzeitig Auskunft darüber gibt, dass es diesen Frauen - bisher - noch nicht gelungen ist, ihre neue Rolle oder bestimmte Stressfaktoren im Vor-/ Umfeld zu bewältigen. Scheitern adäquate Bewältigungsversuche (z.B. Trauer um Verluste, Sich-Abfinden, Suche nach Unterstützung) auch im weiteren Verlauf, so scheint eine Frau potenziell gefährdet zu sein, zu (noch) inadäquateren Bewältigungsversuchen wie depressivem Rückzug zu greifen.

Die Wahrscheinlichkeit einer Frau, später eine PPD zu entwickeln - auch wenn keine weiteren Life-Events hinzukommen - erhöht sich zudem mit der Schwere des *Baby-Blues*. So konnten Fossey et al. (1997), Hapgood et al. (1988), Hannah et al. (1992)⁴⁶ sowie O'Hara et al. (1991b) zeigen, dass vorrangig ein schwerer *Baby-Blues* mit dem Auftreten einer späteren Depression im Zusammenhang stand.

Sutter et al. (1997) ermittelten in ihrer Untersuchung die Unterschiede zwischen einem klassischen *Baby-Blues* ohne weitere Auswirkungen für die Frau sowie einem intensiveren *Baby-Blues*, der mehr in das depressive Spektrum fällt und möglicherweise eine PPD vorhersagen kann. Im Gegensatz zu dem vorübergehenden und leichten *Baby-Blues* standen beim schweren *Baby-Blues* eine depressive Verstimmung am 3. Tag mit Weinen und Konfusion am 5. Tag in Ver-

⁴⁵ Von den Frauen, die 6 Wochen post partum an einer PPD litten, hatten 68% schon 5 Tage nach der Geburt ähnliche Symptome.

⁴⁶ Hohe EPDS-Werte in der 1. Woche post partum korrelierten mit hohen Werten 6 Wochen post partum.

bindung. Dieser schwere Baby-Blues kann als ein frühes Warnsignal oder sogar als der Beginn einer postpartalen Depression betrachtet werden.

Aufgrund der häufig auffindbaren Korrelation von Baby-Blues und PPD schlagen einige Autoren (z.B. Hannah et al. 1992; Bergant et al. 1998b; Dennis 2004; Teissedre/ Chabrol 2004) vor, Wöchnerinnen in der ersten Woche nach der Geburt bezüglich Vulnerabilität für eine spätere PPD einem Screening mit der EPDS zu unterziehen.⁴⁷ Die Kenntnis der Gefährdung in Form eines (jetzt schon) erhöhten EPDS-Wertes könnte ggfs. präventive Maßnahmen sowie gezielte therapeutische Strategien zur Verhinderung der zum Teil schwerwiegenden Folgen ermöglichen.

4.3.2.2 Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei posttraumatischen Belastungsstörungen post partum

Zahlreiche Faktoren der Entbindung wurden mit einer PTSD post partum in Verbindung gebracht:

- Zangengeburt (Ballard et al. 1995; Creedy et al. 2000);
- (Notfall-)Kaiserschnitte⁴⁸ (Creedy et al. 2000; Ryding et al. 1997);
- lange und/ oder schwierige Geburten (Ballard et al. 1995; Pantlen/ Rohde 2001);
- Komplikationen bei der Entbindung (Ballard et al. 1995, Cohen et al. 2004; Pantlen/ Rohde 2001);
- Geburt eines behinderten oder toten Kindes (Ballard et al. 1995);
- schlechte Schmerzkontrolle während der Entbindung (Ballard et al. 1995, Soet et al. 2003; Reynolds 1997; Menage 1993);
- hoher Verbrauch an Analgetika – zumeist PDA⁴⁹ (Creedy et al. 2000);
- Gefühl eines Mangels an Kontrolle über die Situation, von Machtlosigkeit und Ohnmacht (Ballard et al. 1995; Soet et al. 2003; Menage 1993; Reynolds 1997; Czarnocka/ Slade 2000);
- Mangel an Information über operative Eingriffe (Menage 1993);
- Mangel an Zustimmung zu Eingriffen (Menage 1993);

⁴⁷ Die Formulierung, wie sich die Frau in der letzten Woche gefühlt habe, wird dann durch „seit der Entbindung“ ersetzt.

⁴⁸ Notfallkaiserschnitte sind besonders häufig von Angst um das eigene Leben und die eigene Gesundheit sowie Sorge um das Leben und die Gesundheit des Kindes begleitet.

⁴⁹ PDA = **Periduralanästhesie** (Form der Lokalanästhesie mit Nervenblockade der Spinalnerven).

- inadäquate (z.B. uneinfühlsame, wenig respektvolle, zu geringe) Betreuung während der Geburt oder Antipathie (Menage 1993; Creedy et al. 2000, Ryding et al. 1998b; Wijma et al. 1997; Pantlen/ Rohde 2001; Czarnocka/ Slade 2000).

Ein vorhergehendes traumatisches Ereignis prädisponiert eine Frau für eine traumatische Geburtserfahrung. Dies ergibt sich aus den diagnostischen Kriterien, da bei Personen mit PTSD die Tendenz besteht, das traumatische Erlebnis wieder zu durchleben, wenn irgendetwas sie daran erinnert. Hatte eine Frau z.B. schon einmal eine schwere, komplikationsreiche Entbindung, kann schon die Teilnahme an einem Geburtsvorbereitungskurs in einer weiteren Schwangerschaft diese Erfahrung wachrufen und Panikattacken auslösen. Frauen mit einer PTSD aufgrund sexueller Belästigung können sich durch die Gefühle während der Entbindung an den sexuellen Missbrauch erinnert fühlen und dadurch das ursprüngliche Erlebnis neu durchleben. Während beider Ereignisse fühlen sie Schmerz, Kontrollverlust und Ausgeliefertsein (Reynolds 1997).

In vielen Untersuchungen kamen die folgenden Faktoren (auch) bei einer PTSD post partum belastend hinzu:

- psychische Prädisposition (depressive Vorerkrankungen bei Ballard et al. 1995; Depressionen in der Schwangerschaft bei Cohen et al. 2004; Zustandsangst bei Soet et al. 2003; vorherige psychologische/ psychiatrische Beratung bei Wijma et al. 1997; Persönlichkeitsfaktoren, Angst und Panik in der Schwangerschaft, Ärger und Gereiztheit unter der Geburt sowie ein allgemein großes Kontrollbedürfnis bei Pantlen/ Rohde 2001);
- geringe Bewältigungskompetenzen (Soet et al. 2003);
- Geburt des ersten Kindes (Wijma et al. 1997);⁵⁰
- traumatische Erfahrungen/ Life-Events und sexueller Missbrauch in der Vorgeschichte (Cohen et al. 2004; Ryding et al. 1998b; Pantlen/ Rohde 2001);
- ein Mangel an Unterstützung durch den Partner bei der Entbindung und/ oder insgesamt schlechte Partnerbeziehung (Soet et al. 2003; Creedy et al. 2000; Ryding et al. 1998b; Czarnocka/ Slade 2000).

⁵⁰ Denkbar ist hier nach Wijma et al. (1997), dass Mehrgebärende bessere Coping-Fähigkeiten für die Geburt haben, da sie schon eine Entbindung erlebten, aber auch, dass Frauen mit vorheriger traumatischer Geburtserfahrung eine weitere Schwangerschaft vermeiden und sich deshalb nicht mehr unter den Mehrgebärenden finden.

Entscheidend ist nach Soet et al. (2003) die Diskrepanz zwischen Erwartungen und Realität, da Frauen, die mehr Schmerz erwarteten, gefährdeter waren, die Geburt als traumatisch zu erleben. Auch Pantlen/ Rohde (2001) evaluierten die Erwartung an die Geburt als relevanten Faktor, stellten aber auch fest, dass die betroffenen Frauen immer wieder auf die Verletzung ihrer Schamgefühle in der Geburtssituation, auf unpersönliches und unsensibles Verhalten, Übergehen ihrer eigenen Bedürfnisse und Wünsche hinwiesen und das Erleben berichteten, sich „wie ein Stück Fleisch“ behandelt gefühlt zu haben. Bei Creedy et al. (2000) zeigten die geburtshilflichen Interventionen nur dann Auswirkungen, wenn gleichzeitig eine inadäquate Betreuung während der Geburt (aus Sicht der betroffenen Frau: mangelhafte professionelle und technische Fähigkeiten des Personals, weniger die emotionale Betreuung) hinzukam.

Auch bei Soet et al. (2003) war die Interaktion mit dem medizinischen Personal ein signifikanter Prädiktor für die Wahrnehmung einer Geburt als traumatisch (jedoch ohne Vollbild einer PTSD); ebenso betonen Ryding et al. (1998b), dass das Risiko für eine PTSD reduziert ist, wenn die Patientin das Personal als einfühlsam und respektvoll empfindet. Czarnocka/ Slade (2000) heben hervor, dass präventiv darauf geachtet werden sollte, unter der Entbindung die Frau so zu unterstützen, dass sie ein größtmögliches Gefühl von Kontrolle und Unterstützung hat.

Wijma et al. (1997) erklären hingegen die wahrgenommenen Probleme mit dem Entbindungsteam mit einer selektiven Wahrnehmung und negativem Erinnerungsfokus der betroffenen Mutter. Bei hohem Angstlevel werden neutrale Situationen oder geringe Bedrohungen als wesentlich ernsthafter eingeschätzt als sie wirklich sind. Möglicherweise nehmen Frauen mit PTSD auch in höherem Ausmaß externale Attribuierungen des traumatischen Ereignisses vor, die zu Vorwürfen gegen das Entbindungsteam führen, oder der Kontakt zu dem Entbindungsteam war tatsächlich so negativ, dass er zu massivem Stress unter der Entbindung führte.

Reynolds (1997) empfiehlt allen an der Schwangerschaftsbetreuung beteiligten Berufsgruppen (Ärzten, Schwestern, Hebammen, Psychologen und Sozialarbeitern), sorgfältig anamnestisch zu evaluieren, ob eine Frau traumatische Erfahrungen gemacht hat, die sie für das Risiko einer PTSD post partum prädisponieren. Zu den vorangegangenen traumatischen Ereignissen gehören dabei v.a. Vergewaltigung, sexuelle Belästigung und Missbrauchserfahrungen, Fehlgeburten, Abtreibungen, Eileiterschwangerschaften und Totgeburten. Wichtig sind

auch eine sorgfältige Schmerzkontrolle unter der Geburt und eine sorgfältige Nachsorge unter besonderer Berücksichtigung der Geburtserfahrungen der Betroffenen und diesbezüglicher Gesprächsangebote.

4.3.2.3 Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei Wochenbettpsychosen

Ein erhöhtes Risiko für Wochenbettpsychosen bei Kaiserschnittentbindungen stellten Kendell et al. (1987) und Singh/ Kaur (2000) fest. McNeil/ Blennow (1988) fanden vermehrt instrumentelle Entbindungen (Saugglocke, Zangengeburt oder Kaiserschnitte) bei Frauen, die eine Wochenbettpsychose entwickelten. Demgegenüber konnten Videbech/ Gouliaev (1995) und Dowlatshahi/ Paykel (1990) kein erhöhtes Risiko bezüglich geburtshilflicher Komplikationen oder Kaiserschnittentbindungen feststellen; Frauen mit Wochenbettpsychosen unterschieden sich hinsichtlich dieser Parameter nicht gegenüber Frauen einer gesunden Kontrollgruppe. Auch Kumar et al. (1995) konnten keine Unterschiede hinsichtlich geburtshilflicher Faktoren feststellen zwischen Frauen mit affektiven Wochenbettpsychosen, schizophrenen Wochenbettpsychosen und nicht-psychotischen schweren Depressionen.

Sharma et al. (2004) stellten fest, dass Frauen mit Wochenbettpsychosen längere Wehen und häufiger nächtliche Entbindungen hatten als die Frauen in einer Kontrollgruppe. Die Autoren deuten diesen Zusammenhang dahingehend, dass der hieraus resultierende Schlafmangel bei biologisch vulnerablen Frauen eine psychotische Episode auslösen kann. Bei späteren Ausbrüchen könnte der durch Stillen und Versorgung des Kindes bedingte Schlafmangel für den Ausbruch verantwortlich sein.

4.3.3 Kindbezogene Faktoren

Stillprobleme, Schlaf- und Essprobleme des Kindes, übermäßiges Schreien des Kindes, Behinderungen oder Krankheiten des Kindes und viele weitere kindbezogene Faktoren wurden als mit postpartalen Depressionen korrelierende Faktoren von etlichen Autoren benannt, nicht jedoch in Bezug auf Wochenbettpsychosen. Dazu kommen viele Ängste der Mutter im Umgang mit ihrem Kind wie Unsi-

cherheit bezüglich der richtigen Interpretation von Bedürfnissen des Kindes, Angst, etwas falsch zu machen, Angst, der neuen Aufgabe nicht gewachsen zu sein, Versagensgefühle, Selbstzweifel, ein enttäuschtes Wunschbild etc., die eng mit den kindlichen „Auffälligkeiten“ verbunden sind und sich gegenseitig beeinflussen und aufrechterhalten.

Kindliche Temperamentseigenschaften, übermäßiges Schreien und Schlafprobleme

Temperament wird nach Thomas und Chess (1980, zit. nach Morel-Köhler 2004) in neun Dimensionen unterschieden:

- Rhythmizität von biologischen Funktionen
- Aktivitätslevel
- Annäherung oder Zurückziehen von neuen Stimuli
- Anpassungsfähigkeit
- Stimulationsschwelle, um eine Reaktion auszulösen
- prädominante Stimmungsqualität
- Intensität von Stimmungsäußerungen
- Beruhigbarkeit und
- Aufmerksamkeit.

Thomas und Chess unterscheiden drei Temperamentsmuster, das einfache, das schwierige und das langsam auftauende Temperament, wobei dem schwierigen Temperament spezifische Temperamentsattribute wie wenig Rhythmizität der biologischen Funktionen, Rückzug von neuen Stimuli, schlechte Anpassungsfähigkeit, starke Stimmungsintensität und relativ häufig negative Stimmung zugeschrieben wird, welche die Kinder für die meisten Eltern unserer Kultur schwierig machen. Im frühen Säuglingsalter steht mangelnde Tröstbarkeit im Vordergrund, keine regelmäßigen Schlaf- und Essenszeiten und eine hohe Aufwachfrequenz in der Nacht. Von zahlreichen Autoren wurde der Zusammenhang gefunden, dass Frauen mit postpartalen Depressionen das kindliche Temperament als schwierig erlebten oder das Gefühl hatten, ihr Kind sei schwierig zu versorgen, so z.B. von Cutrona/ Troutman (1986), Hopkins et al. (1987), Kumar/ Robson (1984), Mayberry/ Affonso (1993) oder Whiffen/ Gotlib (1989). Bei Murray et al. (1996c) konnte ein motorisch schlecht reguliertes oder sehr irritables Baby die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer PPD auf das vierfache erhöhen.

Hiscock/ Wake (2002) zeigten, dass kindliche Schlafprobleme (im Bett der Eltern schlafen, häufiges Aufwachen in der Nacht, lange Zeit bis zum Einschlafen brauchen etc.) ein Prädiktor für hohe mütterliche Depressionswerte auf der EPDS waren, auch wenn andere potenzielle Risikofaktoren herausgefiltert wurden. Die Unterrichtung der Mütter in einem kontrollierten Schlaftraining für die Babys führte bei der Nachuntersuchung nach 2 Monaten zu einer signifikanten Verringerung der kindlichen Schlafprobleme und ebenso der mütterlichen Werte auf der EPDS-Skala. Auch Armstrong et al. (1998) ermittelten eine solche Korrelation: Von den Müttern, die aufgrund von Schlafproblemen ihrer Kinder eine Tagesklinik für Kinder mit Schlafstörungen aufsuchten, hatten 40% EPDS-Werte über 12. Nach der Behandlung des Schlafproblems der Kinder (z.T. Schlaftraining, z.T. auch medikamentös) hatten nur noch 4,3% der Mütter EPDS-Werte über 12.

Die Interpretation derartiger Studien ist schwierig. Es ist schwer zu unterscheiden, ob das kindliche Verhalten kausal zur Depression der Mutter beiträgt, das Verhalten der Mutter erst zu dem auffälligen Verhalten des Kindes führt (vgl. 3.2.2) oder die Wahrnehmung der Mutter bzgl. des Verhaltens des Kindes verzerrt ist. Des Weiteren gibt es Hinweise, dass pränatale mütterliche Faktoren (z.B. Alkohol, Nikotin, Stress und Depression in der Schwangerschaft) das kindliche Verhalten beeinflussen können. Die physiologischen Veränderungen im Rahmen einer Depression wie Hyperkortisolämie und der Anstieg der Katecholamine verändern das pränatale Milieu für den Fetus und können intrauterine Irritabilität induzieren (Ledermann 1995, zit. nach Klier/ Muzik 2001).

Letztendlich muss davon ausgegangen werden, dass die kindlichen Temperamenteigenschaften, ihre Wahrnehmung durch die Mutter und die mütterliche Depression auf vielfältige Art und Weise miteinander verflochten sind, was von Reck et al. (2004b) differenziert beschrieben wird. Die Autoren stellen dar, dass an kognitiven Symptomen der Mütter in der Literatur regelhaft Ängste, als Mutter zu versagen, die negative Wahrnehmung der eigenen Person und des Kindes sowie dysfunktionale Gedanken in interaktionellen Kontexten beschrieben werden. Depressive Mütter schätzten sich bei Teti/ Gelfand (1997, zit. nach Reck et al. 2004a) hinsichtlich ihrer Selbstwirksamkeit in der elterlichen Rolle deutlich negativer ein als nichtdepressive Mütter. So entstehen negative Verflechtungen zwischen depressiver Symptomatik der Mutter einerseits und interaktionellen Verhaltensweisen auf kindlicher und mütterlicher Seite andererseits. Die mangelnde Stimulation und Sensitivität der Mutter für die kindlichen Signale, ihre negativen Affekte und ihr Rückzugsverhalten lassen das Kind eine geringe Selbst-

wirksamkeit erleben. Es beantwortet die mütterliche Interaktion mit einem negativen Feedback in Form von Blickkontaktvermeidung, negativen Affekten und Rückzug. Dies führt wiederum bei der Mutter zu Enttäuschung und weiterem Rückzug, zu der Interpretation, ihr Kind liebe sie nicht und damit zu einem negativen Selbstwerterleben, Schuldgefühlen und Depression. Diese Faktoren beeinflussen ihrerseits die weitere Interaktion negativ. Im Falle angeborener Temperamenteigenschaften des Kindes wie erhöhte Irritabilität oder Selbstregulationsstörungen kann diese Interaktion auch von dem Kind ausgelöst werden.

Die Konsequenzen zumindest sind vielfältig:

- Das Schreien des Kindes kann als beständiger Vorwurf und Zeichen für die eigene Unfähigkeit erlebt werden, es kann als Ablehnung vonseiten des Kindes interpretiert werden und beeinträchtigt das Selbstwertgefühl, v.a. wenn dieses ohnehin labil und unsicher ist (Whiffen/ Gotlib 1989).
- Die Unvorhersagbarkeit des kindlichen Verhaltens hat Auswirkungen auf das Kompetenzerleben der Mutter, wodurch das Selbstwertgefühl (weiter) geschwächt wird (Cutrona/ Troutman 1986; Morel-Köhler 2004).
- Hinzu kommt das Erleben der Unwirksamkeit der eigenen Handlungen, z.B. bei ständigem, nicht zu beeinflussendem Schreien des Kindes, wodurch es zu Gefühlen der Ohnmacht, Hilflosigkeit und des Kontrollverlustes kommen kann. Die Bewertung derartiger Situationen erfolgt in Abhängigkeit von früheren Erfahrungen, wobei allerdings nicht vergessen werden darf, dass ständiges Schreien des Babys einen extrem starken aversiven Reiz darstellt, und dass manche „Hilfen“ von außen (z.B.: „Bestimmt reagiert das Kind auf die Spannungen der Mutter!“) alles andere als hilfreich sind (Cutrona/ Troutman 1986).

In solchen Fällen zeigt sich die Notwendigkeit äußerer Unterstützung (auch professioneller Art) besonders, so dass die Mutter eine Entlastung von Schuldzuschreibungen und eine - zumindest zeitweise - Erholungsmöglichkeit durch Abnahme des Kindes erfährt. Cutrona/ Troutman (1986) konnten herausfinden, dass soziale Unterstützung im Falle eines schwierigen Kindes ein protektiver Faktor ist, weil das Selbstwertgefühl der Mutter hierdurch von außen gestärkt werden kann; das Schreien des Kindes belastet die Eltern dadurch weniger.

Frühgeburten, Mehrlinge und medizinische Komplikationen aufseiten des Kindes

Eine Häufung von postpartalen Depressionen wurde auch im Falle von Frühgeburten (z.B. Kumar/ Robson 1984; Videbech/ Gouliaev 1995), Totgeburten (z.B. Kumar/ Robson 1984), Mehrlingsgeburten (z.B. Hay et al. 1990; Bennett/ Slade 1991) oder bei medizinischen Komplikationen des Kindes wie angeborene Missbildungen, Krankheiten, Untergewicht, Geburtsfehler (z.B. Gjerdingen/ Chaloner 1994; Hopkins et al. 1987) gefunden.

Einerseits stellen solche Kinder ganz besonders hohe zeitliche und psychologische Anforderungen an ihre Mütter, was schnell als Überforderung erlebt werden kann, zum anderen sind mit diesen Komplikationen für einige Frauen eine Bedrohung ihres Selbstwertgefühls und große Selbstzweifel verbunden, in manchen Fällen auch Selbstvorwürfe und daraus resultierende Schuldgefühle (Rohde 2004).

Nach Brisch (1999) stellt insbesondere die extreme Frühgeburt für die Eltern ein traumatisches Erlebnis dar und erschwert aufgrund der Intensivpflege und Inkubatorsituation den Bindungsprozess erheblich. Frühere Verluste und Trennungserlebnisse können aus der Erinnerung auftauchen und die Bindungsaufnahme zum Frühgeborenen zusätzlich behindern. Auch die Angst der Eltern um das Leben ihres Kindes ist ein wesentlicher Aspekt dieser Situation. Davis et al. (2003) stellten bei 40,3% der Mütter von extremen Frühchen (vor der 32. Schwangerschaftswoche geboren) EPDS-Werte >12 fest. Eine bessere Bewältigung und damit weniger depressive Symptome wurde bei Frauen mit einem höheren Bildungsstand und bei (aus Sicht der Frauen) stärkerer Unterstützung durch das Klinikpersonal festgestellt.

Dass von Frühgeburten ein besonderer Stress ausgeht, der sogar Psychosen auslösen kann, legt die Untersuchung von Terp et al. (1999) nahe. Die Autoren fanden keinerlei Rückfälle in der Betrachtung des Langzeitverlaufs bei Frauen mit Wochenbettpsychosen nach Frühgeburten. Die Autoren deuten dies dahingehend, dass die Frühgeburt einen besonders schweren Stressor darstellt, und dass diese Frauen möglicherweise ansonsten nie eine Psychose erlebt hätten. Frühgeburlichkeit korrelierte hingegen in der Untersuchung von Bergant et al. (1998a) *nicht* mit der Entwicklung einer depressiven Störung.

Nach Bennett/ Slade (1991) waren Frauen mit Risiko-Kindern, bei denen ein erhöhter Unterstützungsbedarf angenommen werden kann, unzufriedener mit der erhaltenen Unterstützung durch Familie und Freunde. In derartigen Situationen ist eine Frau jedoch besonders auf Unterstützung angewiesen bzw. ein Mangel

an Unterstützung wird als besonders schmerzlich erlebt. Soziale Unterstützung wirkt hier als Bewältigungsressource, z.B. durch emotionale Entlastung in Form von Gelegenheiten zur Aussprache, Trost, (Wieder-)Aufbau von Selbstwertgefühl sowie durch praktische Hilfen bei der erhöhten Arbeitsbelastung.

Stillmodus

Uneinheitliche Ergebnisse liegen über die Richtung einer Korrelation zwischen Stillen und postpartalen Depressionen vor. Nach Eberhard-Gran et al. (2002), Warner et al. (1996), Hannah et al. (1992) und Herz et al. (1997) waren stillende Mütter signifikant weniger gefährdet für eine Depression als nicht stillende Mütter; Mehr Depressionen bei voll stillenden Müttern als bei teilweise stillenden Müttern wurden z.B. von Alder/ Cox (1983) gefunden. Während einige Autoren das Abstillen als eine gefährliche Phase mit einer erhöhten Gefährdung für den Ausbruch einer PPD ermittelten (Dalton 1992; Susman/ Katz 1988; Trad 1990), konnten andere Autoren den Zusammenhang finden, dass der Ausbruch einer PPD meist vor dem Abstillen lag (Henderson et al. 2003; Misri et al. 1997⁵¹), und dass Mütter mit PPD eine kürzere Stilldauer aufwiesen (Tammentie et al. 2002; Henderson et al. 2003). Untersuchungen über den Zusammenhang von Wochenbettpsychosen und Stillen wurden bislang nicht veröffentlicht.

Aus diesen Ergebnissen lässt sich der Schluss ziehen, dass jedes Ereignis für eine Frau eine ganz individuelle Bedeutung erhält, die nur im Kontext ihrer spezifischen Persönlichkeitsstruktur und ihres Lebenskontextes zu verstehen ist. Romito (1990) vermutet, dass es sich bei der Gruppe der voll stillenden Mütter um solche handeln könnte, die ein idealisiertes Selbstbild als Mutter haben und sich für ihr Kind und dessen Bedürfnisse völlig aufopfern. Dabei geht ihnen der Bezug zu den eigenen Bedürfnissen (z.B. nach Entlastung) möglicherweise verloren. Von Alder/ Cox (1983) wird der Zusammenhang in der Weise gedeutet, dass die voll stillenden Mütter ein instabiles Selbstbild mit dem Stillen kompensieren, welches jedoch zu völliger Überforderung führt. Abstillen oder auch schon teilweises Zufüttern würde den Autoren nach (weitere) Gefühle des Versagens hervorrufen. Andererseits kann auch das Nicht-Stillen (ob Nicht-Können oder Nicht-Wollen) Versagens- und Schuldgefühle bei der Mutter hervorrufen, weil der Mutter ständig suggeriert wird (und sie dies auch internalisiert hat), dass sie nur durch Stillen ihrem Kind die mütterliche Zuwendung zukommen lassen kann, die dieses zu

⁵¹ In 83% der Fälle hatte bei Misri et al. (1997) die Depression vor dem Abstillen begonnen.

einer optimalen Entwicklung braucht. Nicht-Stillen kann aber auch Ausdruck der Angst sein, ausgesaugt zu werden oder die eigenen Bedürfnisse zu sehr zurückstellen zu müssen. Das Nicht-Stillen wäre damit nicht *Ursache* für eine psychische Störung, sondern Indiz für eine Vulnerabilität und psychische Prädisposition der Frau.

Eine antizipierte Ablehnung vonseiten des Kindes bei Stillschwierigkeiten (die z.B. von Tamminen 1988, Ferguson et al. 2002 oder Strobl 2002 als korrelierend mit postpartalen Depressionen gefunden wurde) kann eine große narzisstische Kränkung bedeuten und beeinträchtigt das Selbstwerterleben der Mutter. Zudem fühlt sich die Mutter nicht in der Lage, ihr Kind zu ernähren; Versagens- und Schuldgefühle können auftreten. Durch das Abstillen wiederum wird ein zumindest teilweises erstes Loslassen des Kindes erforderlich, was Ängste und den Wunsch auslösen kann, diese Entwicklung aufzuhalten.

4.3.4 Einflüsse der Partnerbeziehung auf die Entstehung und den Verlauf psychischer Störungen post partum

Partnerschaftsfaktoren scheinen den Ausbruch nicht-psychotischer Depressionen post partum zu beeinflussen, nicht jedoch den Ausbruch von Wochenbettpsychose. Lediglich Marks et al. (1992) fanden auch bei Wochenbettpsychotikerinnen eine Häufung von Eheschwierigkeiten oder Partnerlosigkeit.

Zahlreiche Autoren ermittelten eine schlechte eheliche Beziehung oder vorherige Trennungen/ Scheidungen als prädiktive Faktoren für PPD. In der Untersuchung von Schaper et al. (1994) hatten Frauen, die getrennt lebten, geschieden oder verwitwet waren, das größte Risiko einer postpartalen Depression. Auch Webster et al. (1994), Hobfoll et al. (1995), Herz et al. (1997) und Brugha et al. (1998) fanden ein erhöhtes Auftreten von PPD bei Alleinstehenden. Nach Pfost et al. (1990) waren unverheiratete Frauen besonders gefährdet, auf somatische Stressoren in der Schwangerschaft mit einer nachfolgenden Depression zu reagieren. Bei Georgiopoulos et al. (1999) wiesen mehr als die Hälfte der geschiedenen oder getrennt lebenden Frauen EPDS-Werte von mehr als 12 und somit vermutlich eine PPD auf. Als Interpretation führen die Autoren an, dass entweder die Scheidung/ Trennung die Frauen zu einer Depression prädisponiert oder dass eine vorher schon bestehende Depression zu der Trennung führte. Denkbar wäre

aber auch der Zusammenhang zu einem Mangel an sozialer Unterstützung, da diesen Frauen die vorrangig benötigte Hilfe durch den Partner fehlt.

Eheliche Instabilität und Spannungen in der Ehe fanden Schaper et al. (1994), Marks et al. (1992) und Strobl (2002). 60% der Frauen mit EPDS-Werten von 11-13 lebten in der Untersuchung von Schaper et al. in unstabilen Ehen, von den Frauen mit EPDS-Werten >13 waren es 50%. Ein geringes Maß an Fürsorge durch den Ehemann ermittelten Schweitzer et al. (1992) und Boyce et al. (1991), ein geringes Maß an Gefühl vonseiten des Ehemannes sowie ein geringes Maß an Kohäsion in der Partnerbeziehung wurde von Graff et al. (1991) gefunden. Eheliche Unzufriedenheit wurde von Hock et al. (1995), Spangenberg/ Pieters (1991) und Webster et al. (1994) bei postpartal depressiven Frauen gefunden, ein Mangel an Unterstützung durch den Ehemann von O'Hara (1986), Demyttenaere et al. (1995)⁵², Herz et al. (1997) sowie Ballestrem et al. (2005) und die *Wahrnehmung* des Ehemannes als weniger unterstützend von Campbell et al. (1992). Merchant et al. (1995) fanden die depressiogenen Einflüsse einer schlechten Ehebeziehung v.a., wenn gleichzeitig Stress bei der Versorgung des Kindes auftrat.

Arizmendi/ Affonso (1984) werfen die Frage auf, ob wirklich das Verhalten des Ehemannes unangemessen ist, oder ob die Wahrnehmung der Frau verzerrt ist, basierend auf ihren gewachsenen Bedürfnissen und Ansprüchen, die durch die Schwangerschaft und die postpartale Anpassung entstanden sein könnten. Möglicherweise hat die Geburt erst dazu geführt, Beziehungsstörungen sichtbar zu machen.

Morgan et al. (1997) stellten im Rahmen der therapeutischen Arbeit mit Betroffenen und ihren Partnern fest, dass es für viele Frauen eine Ambivalenz erzeugte, Hilfe anzunehmen. Wenn der Partner beispielsweise mit den Kindern spazieren gehen wollte, löste dies bei manchen Müttern Trennungsängste aus. Wenn es dem Partner gelang, das schreiende Baby zu beruhigen, fühlten sich die Mütter inkompetent. Aus diesen Gründen lehnten sie häufig eine praktische Unterstützung durch den Partner ab, oder die Partner vermieden es, diese anzubieten, da sie fühlten, dass die angebotene praktische Unterstützung nur den Stress zwischen ihnen und ihrer Partnerin erhöhte. Bei den Frauen bestand hingegen ein größeres Bedürfnis nach emotionaler Unterstützung in Form von empathischem

⁵² Nach Demyttenaere et al. (1995) war ein Mangel an Unterstützung vom Ehemann bereits während der Schwangerschaft wesentlicher Prädiktor für das Depressionsrisiko 6 Monate post partum.

Zuhören. Deutlich wurde auch, dass Männer und Frauen unterschiedliche Sprachmuster haben; Erkundigungen der Männer nach dem Tagesverlauf ihrer Frauen wurden beispielsweise von den Frauen als Vorwurf aufgefasst, nicht genug geleistet zu haben. Anhand dieser Untersuchung kann vermutet werden, dass der von den Frauen beschriebene Mangel an Unterstützung durch den Partner – zumindest in einigen Fällen – auf Kommunikationsschwierigkeiten und der durch die Störung verzerrten Wahrnehmung der Frau beruht.

Darüber hinaus beeinflusst das Verhalten der Frau auch rückbezüglich Verhaltensweisen ihres Partners. So zitiert Petzold (1991) eine Untersuchung von Feldman et al. (1983), die herausfanden, dass Mütter, die sich nach der Geburt nicht ausschließlich auf ihre Mutterrolle zurückzogen, auch Ehemänner hatten, die sich stärker um das Kind kümmerten. Zieht man daraus den Umkehrschluss, so folgt, dass Frauen, die sich nach der Geburt ausschließlich auf ihr Kind beziehen, damit den Rückzug ihrer Männer aus den Versorgungsleistungen provozieren, sich gleichzeitig aber durch das Verhalten ihres Mannes vernachlässigt und allein gelassen fühlen. Der systemische, zirkuläre Charakter der partnerschaftlichen Interaktionen wird hierbei sehr deutlich.

Grube (2004) ermittelte, dass die stationäre Aufenthaltsdauer von Frauen mit einer psychischen Störung post partum kürzer war, wenn der Mann unterstützend wirkte. Untersucht wurden 27 Männer, deren peripartal psychiatrisch erkrankten Frauen sich in einer stationären Mutter-Kind-Behandlung befanden. 9 unterstützende Partner konnten von 18 nicht unterstützenden (ängstlich-überbesorgt, unzuverlässig, fordernd-gereizt oder erschöpft-deprimiert) unterschieden werden. War die psychische Störung schon antenatal vorhanden, überwogen nichtsupportive Partnerschaftsstile. Dies spiegelt die konfliktreicheren Beziehungsstrukturen langwierig psychiatrisch Erkrankter sowie deren Partnerwahl unabhängig von Schwangerschaft und Geburt wider, wie sie in der Allgemeinpsychiatrie laut Grube häufig gefunden werden. Supportive Konstellationen waren dann häufiger beobachtbar, wenn die peripartale Störung der Frau die Erstmanifestation einer psychischen Störung darstellte. Die Tatsache einer postpartalen Erstmanifestation könnte nach Grube vor der Entwicklung von nicht unterstützenden Verhaltensweisen zumindest zu Beginn der Störung schützen, da möglicherweise für die betroffenen Männer die gegebene Situation Aufforderungscharakter hat, selbst alles zu unternehmen, um zur Stabilisierung von Mutter, Kind und somit der eigenen Familie beizutragen.

Misri et al. (2000) untersuchten den Zusammenhang von Rückfällen post partum und Ehebeziehung bei Frauen mit depressiven Störungen in der Vorgeschichte und fanden eine erhöhte Rückfallrate, wenn die Frauen unzufrieden mit der Beziehung waren. V.a. ein Mangel an Kommunikation wurde von den Frauen beklagt. Umgekehrt schützte Anerkennung und Wertschätzung durch den Partner vulnerable Frauen vor einer PPD: Die Frauen, bei denen die Partner teilweise an den Therapiesitzungen der Frauen teilnahmen und hinsichtlich Unterstützung geschult wurden, zeigten 10 Wochen später signifikant weniger depressive Symptome als die Kontrollgruppe, in der die Frauen zwar eine Therapie erhielten, die Partner jedoch nicht involviert waren.

Nicht zuletzt gibt die Partnerschaft auch über Beziehungswünsche und Beziehungsformen, die für eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur charakteristisch sind, somit über die Form der Objektbeziehungen Aufschluss. Frühkindliche Bindungserfahrungen bestimmen in hohem Maße auch das spätere Bindungsverhalten. Chronische Partnerschaftskonflikte enthalten damit auch eine persönlichkeitsabhängige Komponente, die schon bei der Partnerwahl zum Tragen kommt (König 1995).

4.3.5 Sonstige psychosoziale Faktoren und Life-Events

Viele Untersuchungsergebnisse zeigten bei postpartal depressiven Müttern eine signifikante Häufung von Stresssituationen und Life-Events (lebensverändernde, belastende Ereignisse wie z.B. Umzug, Krankheit, Tod eines nahen Angehörigen) aktuell und im Jahr vor der Entbindung. Die Ergebnisse hinsichtlich soziodemographischer Faktoren (Wohnsituation, Bildungsstand, sozioökonomischer Status, Alter der Eltern etc.) waren hingegen nicht einheitlich. Bei den Wochenbettpsychosen scheint außer Primiparität⁵³ (Kendell et al. 1987; Singh/ Kaur 2000) den psychosozialen Faktoren wenig Einfluss beizumessen zu sein.

Gjerdingen/ Chaloner (1994), Paykel et al. (1980) und Webster et al. (1994) fanden Depressionen post partum v.a. bei sehr jungen Müttern (jünger als 20 Jahre beim ersten Kind), möglicherweise, weil junge Mütter zumeist über weniger Co-

⁵³ Strobl (2002) interpretiert diesen Zusammenhang dahingehend, dass diese Mütter durch die vielen neuen und ungewohnten Erfahrungen der ersten Schwangerschaft einer höheren Stresssituation ausgesetzt sind als Frauen, die diese Erfahrungen bereits zu einem früheren Zeitpunkt gemacht haben. Außerdem ist der Einschnitt in bisherige Lebensgewohnheiten bei Erstgebärenden gravierender als bei Frauen, die sich bereits früher mit der Mutterrolle identifizieren mussten.

ping-Erfahrungen aus vorherigen Lebenssituationen verfügen, die sie auf die jetzige Situation und ihre Schwierigkeiten anwenden könnten. Astbury et al. (1994) ermittelten demgegenüber das erste Kind mit über 34 Jahren als Risikofaktor. Eine hohe Parität als Risikofaktor wurde von Righetti-Veltima et al. (1998) und Nielsen Forman et al. (2000) festgestellt.

Ein niedriges Bildungsniveau und/ oder ein geringer sozioökonomischer Status korrelierte nach Angaben von Acheson/ Danner (1993), Herz et al. (1997), Tammentie et al. (2002) und O'Hara (1986) mit postpartalen Depressionen. Seguin et al. (1999) ermittelten eine signifikante Differenz in der Prävalenz der PPD zwischen reichen und armen Frauen (8.3% vs. 21.3%). Finanzielle Schwierigkeiten und ein geringes Einkommen wurde auch von Gjerdingen/ Chaloner (1994) und Stein et al. (1989) mit postpartalen Depressionen in Verbindung gebracht. Eine schlechte Wohnsituation, die meist mit der finanziellen Situation verbunden ist, ermittelten Paykel et al. (1980). Hingegen konnten z.B. Riecher-Rössler (1997), Kurstjens/ Wolke (2001b) oder Joseffson et al. (2002) keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen mit PPD und gesunden Frauen hinsichtlich psychosozialer Faktoren wie Alter, Familienstatus, Bildung oder sozioökonomischer Status feststellen.

Die völlige Aufgabe der Berufstätigkeit nach der Geburt des Kindes korrelierte bei Gjerdingen et al. (1991) mit postpartalen Depressionen; Gjerdingen/ Chaloner (1994) ermittelten, dass eine PPD häufiger auftrat, wenn der Mutterschaftsurlaub weniger als 24 Wochen dauerte. Die frühe Wiederaufnahme der Berufstätigkeit kann zu massiver Überforderung führen, aber auch zu Schuldgefühlen gegenüber dem Kind; möglicherweise wird durch die schnelle Wiederaufnahme der Berufstätigkeit aber auch versucht, die Depression zu überwinden.

Das Auftreten von mehreren Life-Events im Vorfeld der Störung oder das Vorhandensein eines besonders schwerwiegenden wurde von verschiedenen Autoren gefunden (O'Hara et al. 1991a; Righetti-Veltima et al. 1998). Mindestens ein schweres Life-Event in der Vorgeschichte depressiver Mütter wurde von Bellew/ Hill (1991) oder Marks et al. (1991) ermittelt. Ein schweres Life-Event beeinträchtigte nach den Ergebnissen von Bellew/ Hill (1991) das Selbstwertgefühl der betroffenen Frauen. Bei Hickey et al. (1997) war das Risiko für eine PPD bei drei oder mehr Life-Events im vergangenen Jahr erhöht.

Brockington et al. (1990) stellten fest, dass Life-Events häufiger von Einfluss auf die Entstehung nicht-psychotischer PPD als auf die Entwicklung von Psychosen waren. Nur bei 15% der Frauen mit Wochenbettpsychosen konnte ein auslösen-

der Faktor festgestellt werden, während dies bei 32% der Frauen mit PPD der Fall war. Im Vergleich zu 78% der pränatal depressiven Frauen, bei denen ein auslösender Faktor festgestellt werden konnte, ist auch dieser Anteil noch vergleichsweise gering. Von McNeil (1988a) und Dowlatshahi/ Paykel (1990) konnte gar kein Zusammenhang von Wochenbettpsychosen und psychosozialen Faktoren festgestellt werden, was jedoch nach der Interpretation von McNeil möglicherweise auch für eine Problemverleugnung sprechen könnte. Marks et al. (1991) konnten ermitteln, dass in einer Untersuchungsgruppe von Frauen mit psychotischen Vorerkrankungen das Auftreten eines schweren Life-Events nur für nicht-psychotische Rückfälle post partum von Einfluss war.

Allerdings berichteten bei Kurstjens/ Wolke (2001b) selbst innerhalb der depressiven Gruppe etwa 80% der Mütter nicht über vermehrten psychosozialen Stress. Daraus kann geschlossen werden, dass ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten einer PPD und erlebter psychosozialer Belastung nur für einen kleinen Teil der depressiven Mütter zu bestehen scheint.

Auch die Variable Life-Events ist nicht persönlichkeitsunabhängig zu betrachten. Die Bewertung und Bewältigung von Life-Events wird z.B. von der Persönlichkeitsstruktur, Vorerfahrungen sowie den Copingkompetenzen mitbedingt. Auf dieser Basis lässt sich vermuten, dass Frauen mit psychischen Störungen im Wochenbett dazu tendieren, einen größeren Anteil erfahrener Ereignisse als belastend zu beurteilen und dementsprechend auch mehr Life-Events berichten. Zum anderen gibt schon das Vorhandensein bestimmter Stressfaktoren Hinweise auf eine eventuell begünstigende Persönlichkeitsstruktur. So ist es in einigen Fällen kein Zufall, wenn beispielsweise ein jugendliches Mädchen Mutter wird; die Schwangerschaft kann z.B. unterbewusst durch das Bedürfnis zustande kommen, endlich ein Objekt zu haben, dem alle Liebe gegeben werden kann (und von dem sich Liebe erhofft wird).

„Diejenigen, die dazu neigen, in einengenden soziologischen Faktoren an sich die Ursachen zu erblicken, übersehen, dass es ja im allgemeinen kein Zufall ist, ob man in eine missliche Lage gerät“ (Molinski 1972, S.58).

Life-Events und soziale Schwierigkeiten führen in den wenigsten Fällen kausal zu der Entstehung einer psychischen Störung, sondern vermutlich nur bei denjenigen Frauen, die aus bestimmten Gründen für die Entstehung einer psychischen Störung prädisponiert sind. Hierfür spricht das Untersuchungsergebnis von O'Hara et al. (1991a), die eine Interaktion von Vulnerabilität (evaluiert u.a. an den

Vorerkrankungen) und aktuellen Stressfaktoren im Vorfeld einer PPD ermittelten. Die Lebensereignisse sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären. Abhängig sind die Auswirkungen von der individuellen Bedeutung, die die Ereignisse für den Betroffenen haben.

4.3.6 Die spezifische Psychodynamik von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Nach der Geburt eines Kindes hat die Mutter etliche Veränderungen in allen Bereichen ihres Lebens zu bewältigen: Rollenwechsel und Rollenkonflikte, Verluste, Ambivalenzen, multiple Belastungen. Dadurch wird die Geburt eines Kindes zu einem schweren psychosozialen Stressor.

Auch die psychodynamische Situation ist geeignet, zahlreiche innerpsychische Konflikte hervorzurufen bzw. zu reaktualisieren:

- In der Schwangerschaft und Stillzeit muss die Mutter die Grenzen ihres Ichs dem Kind öffnen. Die dafür notwendige Regression kann zu einer Überflutung mit Anteilen aus dem Unbewussten führen (Gambaroff 1984). Nach Winnicott (1990), der diese Phase als „Primäre Mütterlichkeit“⁵⁴ bezeichnet, ist die totale Abhängigkeit des Neugeborenen und das Engagement der Mutter für ihr Kind in den ersten Lebenswochen so intensiv, dass eine Frau sehr häufig das Gefühl hat, sich selbst zu verlieren und ausgesaugt zu werden. Dieser Zustand verliert sich nach einigen Wochen, wenn das Kind selbständiger wird, kann aber für eine labile Frau mit einer instabilen Ich-Struktur eine sehr große Bedrohung darstellen. Die Mutter kann nach Winnicott (1990) ihrer Aufgabe in diesem Stadium nur dann gerecht werden, wenn sie sich in der Beziehung zum Vater des Kindes und zu ihrer Familie geborgen und geliebt fühlt. Meist jedoch geht die besondere Zuwendung der sozialen Umgebung, die die Frau während der Schwangerschaft erhalten hat, nach der Entbindung verloren: Nach der Entbindung beziehen sich häufig alle fast ausschließlich auf das Kind. Eifersucht und Rivalitätsgefühle gegenüber dem Kind können die Folge sein.
- Später ist die Mutter vor die Aufgabe gestellt, die Auflösung der körperlichen symbiotischen Beziehung (auch in Form des Abstillens) zu akzeptieren und

⁵⁴ Primäre Mütterlichkeit meint nach Winnicott (1990) die Fähigkeit der Mutter, sich sozusagen in das Kind hineinzusetzen, d.h. sie entwickelt eine Fähigkeit zur Identifizierung mit dem Baby und vermag daher, dessen existenzielle Bedürfnisse in adäquater Weise zu befriedigen.

zu verarbeiten und eine neue Beziehung zu dem von ihr getrennt existierenden Kind aufzunehmen. Möglicherweise möchte die Frau den Zustand der Symbiose aus ihr unbewussten Motiven aufrechterhalten, um z.B. eigene regressive Bedürfnisse nach besonderer Beachtung und Zuwendung (symbiotische Beziehungswünsche) zu befriedigen. Durch den ohnehin konflikthaften Ablösungsprozess des Kindes von der Mutter wird sie zudem ständig mit der - unbewussten - eigenen Trennungproblematik konfrontiert (Oberwetter 1993).

- Der obligatorische Altruismus der Mutterrolle setzt sowohl ein stabiles eigenes Selbst voraus als auch die Fähigkeit, dieses Selbst für eine Zeitlang aufzugeben und zurückzustellen. Weist eine Frau jedoch ohnehin persönlichkeitsstrukturelle Mängel auf, wird das Zurückstellen der eigenen Bedürfnisse und Freiräume und die Forderungshaltung des Kindes (in manchen Fällen auch die des Ehemannes) als Selbst-Bedrohung erlebt (vgl. Brisch 1999; Fervers-Schorre 1983).
- Jede Mutter wird unweigerlich durch ihr Kind auch an ihre eigenen frühen Erfahrungen unbewusst erinnert. Stern (1998) spricht dabei von einer spezifischen „Mutterschaftskonstellation“, in die jede Frau nach der Geburt ihres Kindes eintritt, und in welche die Erfahrungen als Tochter mit der eigenen Mutter unbewusst ebenso einfließen wie das bewusste Selbstverständnis als Mutter mit den gewollten Einstellungen zum Kind. Die Fähigkeit der Mutter zum empathischen Einfühlen in ihr Baby ist wesentlich geprägt von den Erfahrungen des früheren eigenen Bemuttertwerdens. Auch Winnicott (1990) beschreibt, dass in den ersten Wochen der Mutterschaft halbvergessene, schemenhafte Erinnerungen an eine Phase des Lebens auftauchen können, in der die junge Mutter selbst noch ein hilfloses Wesen war. Diese Erinnerungen können bei ihren eigenen Erfahrungen als Mutter entweder eine Hilfe (wenn sie gut umsorgt wurde) oder ein Hindernis (bei mangelnder eigener Umsorgung) sein. Nach Oberwetter (1993) sind es vorrangig eigene unverarbeitete Trennungserlebnisse der Mutter, die das Auftreten von Depressionen begünstigen i.S. einer Überforderung, die Verlusterfahrungen zu verarbeiten und zu kompensieren, die mit der Mutterschaft einhergehen; nach Dix (1991) oder Molinski (1972) spielt die eigene Bedürftigkeit und die Reaktualisierung eigener Bemutterungswünsche eine große Rolle.
- Mutterschaft erfordert auch die Lösung einer eventuell noch vorhandenen Symbiose mit der eigenen Mutter (Dix 1991). Die Beziehung zur eigenen Mut-

ter und zum eigenen Vater wird auch dadurch zum Thema, dass es sehr zwiespältige Gefühle auslösen kann zu sehen, wie die eigenen Eltern mit dem Enkelkind umgehen; alte Wünsche und Verletzungen können dadurch reaktualisiert werden. U.U. gibt die eigene Mutter dem Enkelkind die Liebe und Zuwendung, die sich die Frau selbst gewünscht hätte. Es kann auch zu Verlustängsten gegenüber der Mutter kommen, da das Kind die eigene Bindung an die Mutter bedroht. Auch diese Faktoren lassen Rivalitätsgefühle zum Kind auftauchen (vgl. auch Molinski 1985).

- Nach Oberwetter (1993) provoziert zudem der „Mythos von der genetisch bedingten Mutterliebe“ (a.a.O., S. 10) unnötige psychische Belastungen und Schuldgefühle. Er erschwert die realistische Vorbereitung auf die Mutterschaft als auch die entsprechende psychische Verarbeitung. Die Verklärung der Mutterschaft hat zu Anforderungen und Ansprüchen an Mütter geführt, die sie nicht erfüllen können, z.B. keine eigenen Bedürfnisse geltend zu machen bzw. diese zurückzustellen und sich bis an den Rand der körperlichen und psychischen Belastbarkeit für die Kinder aufzuopfern. Je nach Ich-Stärke haben einige Frauen diesen Mythos so stark verinnerlicht, dass ihr Selbstwert von der erfolgreichen Bewältigung dieser Rollenanforderungen abhängig ist und eine kongruente Selbstwahrnehmung und notwendige Kompromissbildung verhindert wird. Die Nichterfüllbarkeit des Idealbildes kann dann zu Schuld-, Versagens- und Minderwertigkeitsgefühlen führen.
- Eine besondere Rolle bei der psychodynamischen Betrachtung von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett spielt darüber hinaus das Erleben von Verlustsituationen. Vielfältige Verlusterlebnisse sind mit der Entbindung und dem Leben mit einem Kind verbunden, z.B. Verlust der Unabhängigkeit und Freiheit, Verlust der Schwangerschaft/ Abschied vom Kind im Bauch und Abschied von den Phantasien über das Kind, Verlust von bestimmten Idealvorstellungen (z.B. in Bezug auf die Art der Entbindung oder das Bild von sich selbst als Mutter), Verlust alter Familienbeziehungen, finanzielle Verluste, Abschied von der Zweierbeziehung zum Partner, Verlust sozialer Kontakte durch etwaigen Umzug sowie eine Vielzahl weiterer Begebenheiten und Situationen rund um die Geburt. Diese Situationen können bei Frauen mit entsprechenden - insbesondere frühkindlichen - Vorerfahrungen und einer daraus resultierenden Sensibilität für Verlustsituationen depressiv verarbeitet werden.

- Weitere psychologische Stressfaktoren im Wochenbett können nach Dix (1991) z.B. eine Ambivalenz gegenüber der Mutterrolle, der Abschied von dem Kind in sich selbst, Veränderungen im Selbstbild bis hin zum Identitätsverlust, Veränderungen des Lebensstils oder der ungewohnte Verantwortungsdruck sein.
- Negative oder gemischte Gefühle gegenüber dem Baby, Ambivalenz oder Zweifel an der Richtigkeit der Entscheidung, ein Kind bekommen zu haben, stellten Kumar/ Robson (1984) fest. Es lässt sich jedoch nicht beurteilen, ob die mangelnde Liebe zum Kind die Entstehung einer psychischen Störung - z.B. aufgrund von Schuldgefühlen oder Selbstzweifeln - mit beeinflusst oder ob die psychische Störung dazu führt, keine oder wenig Liebe für das Kind zu empfinden.

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind Lebenskrisen, die eine intrapsychische und interpersonelle Reorganisation und Neuanpassung verlangen. Die mütterlichen emotionalen Reaktionen auf die Geburt ihres Kindes resultieren scheinbar aus einem Komplex von Persönlichkeitsfaktoren, biologischen und situativen Faktoren, biochemischen Faktoren und der Beziehung zur eigenen Mutter, zum Ehemann und zur Familie (Murray/ Gallahue 1987). Die o.g. Prozesse können nur beispielhaft aufzeigen, wie die Situation im Wochenbett erlebt werden kann und welche möglichen Konflikte damit verbunden sein können. Letztendlich erlebt jede Frau diese Situation anders, abhängig nicht nur von ihrer Persönlichkeitsstruktur, sondern auch von den je spezifischen Lebensverhältnissen, in denen sie sich befindet.

Je nach Vulnerabilität der jungen Mutter können diese innerpsychischen Prozesse jedoch ebenfalls dazu beitragen, dass eine psychische Störung auftritt. Von Seiten der Betroffenen ist die Abwehr gegen psychodynamische Erklärungsversuche ihrer Störung oft erheblich. Dabei spielt neben dem Mutterschaftsideal auch eine Rolle, dass es sich bei vielen Betroffenen um den ersten Ausbruch der Störung handelt, der unvorbereitet in genau jener Situation auftritt, die mit Freude und Glück assoziiert wird. Physiologische Erklärungsansätze entlasten hierbei von Selbstvorwürfen, Schuld- und Versagensgefühlen. Nichtsdestotrotz zeigte sich in der eigenen psychotherapeutischen Arbeit immer wieder, welche Brisanz v.a. den eigenen Bemutterungswünschen zukommt und welche Entlastung alleine schon mit dem Eingeständnis eigener Bedürftigkeit wie auch Ambivalenzen verbunden ist.

4.4 Schutzfaktoren

Soziale Unterstützung und die Bewältigungskompetenzen und -strategien einer Person werden oft als Schutzfaktor gegen die Entwicklung psychischer Störungen post partum diskutiert. Ihr Vorhandensein kann bestimmte Belastungen so abmildern, dass die Auftretenswahrscheinlichkeit einer psychischen Störung herabgesetzt wird, während ein Mangel an sozialer Unterstützung oder ausreichenden, passenden Bewältigungsstrategien die Auftretenswahrscheinlichkeit einer psychischen Störung bei vulnerablen Personen und in Anbetracht zusätzlicher Stressfaktoren zu erhöhen vermag.

Beide Faktoren lassen sich wiederum nicht ohne Berücksichtigung der individuellen Persönlichkeitsstruktur betrachten, so dass potenzielle Zusammenhänge an dieser Stelle mit aufgezeigt werden sollen.

4.4.1 Soziale Unterstützung bei Frauen mit psychischen Störungen post partum

Von der überwiegenden Mehrzahl der Untersuchungen wurde ein Mangel an sozialer Unterstützung im Wochenbett als mit postpartalen Depressionen korrelierend in Verbindung gebracht (z.B. Gjerdingen/ Chaloner 1994; Spangenberg/ Pieters 1991; Paykel et al. 1980; Seguin et al. 1999; Fisch et al. 1997; Seimyr et al. 2004; Logsdon/ Usui 2001; Boyce 2003). Andere Autoren (Cutrona/ Troutman 1986; Webster et al. 2000; Nielsen Forman et al. 2000) stellten fest, dass ein Mangel an sozialer Unterstützung in der Schwangerschaft bereits prädiktiv war für das Entstehen einer Depression im Wochenbett. Nur wenige Autoren (Hopkins et al. 1987; Spangenberg/ Pieters 1991) konnten den Zusammenhang von sozialer Unterstützung und PPD nicht bestätigen. Nach Paykel (2002) hatte ein Mangel an sozialer Unterstützung große Auswirkungen auf die PPD, nicht jedoch auf Wochenbettpsychosen. McNeil (1988b) stellten hingegen eine Korrelation zwischen dem Ausbruch einer Wochenbettpsychose und mangelnder Unterstützung durch die Hebamme fest.

Brugha et al. (1998) und Stemp et al. (1986) stellten fest, dass vorrangig der wahrgenommene Mangel und die kognitive Bewertung der sozialen Unterstützung ausschlaggebend sind, dass sich jedoch die Größe und Qualität des sozialen Netzwerkes nicht zwischen gesunden und depressiven Müttern unterschied. Auch O'Hara et al. (1983) fanden keine Unterschiede in der Größe des Netzwer-

kes und der Anzahl der Netzwerkmitglieder, wohl aber in der erhaltenen Unterstützung, die stark von der Wahrnehmung und Inanspruchnahme möglicher Hilfeleistungen abhängen kann. Besondere Wertschätzung erhielt soziale Unterstützung (ob instrumentell, informativ oder emotional) in der Untersuchung von Brugha et al. dann, wenn die Mutter nicht darum bitten musste, sondern sie unaufgefordert zur Verfügung gestellt wurde. Auch Gröhe (2003) betont, dass es fast allen von ihr interviewten Frauen – auch den gesunden – schwer fiel, Hilfe von außen anzunehmen, geschweige denn darum zu bitten.

Der sozialen Unterstützung kommt vorrangig die Rolle eines Schutzfaktors zu: Ihr Vorhandensein und ihr Erleben als adäquat und ausreichend hinsichtlich Inhalt, Ausmaß und Quelle, kann – v.a. wenn andere Stressfaktoren hinzukommen – vor dem Ausbruch einer Störung schützen und Belastungen abpuffern, u.a. durch Einflüsse auf das Selbstwelterleben der Frau (Boyce 2003). Auch Cox (1996) stellt deutlich heraus, dass soziale Unterstützung vor der Entstehung einer PPD *schützen* kann und begründet dies mit der geringeren PPD-Rate in nicht-westlichen Ländern, die Rituale und Unterstützungssysteme entwickelt haben, die der jungen Mutter üblicherweise in den ersten 40 Tagen nach der Entbindung zur Seite stehen.

Ein Mangel an sozialer Unterstützung ist daher m.E. kein eigenständiger Auslösefaktor, der zum Ausbruch der Störung führt, auch wenn einige Autoren (z.B. Collins et al. 1993), aber auch betroffene Mütter selbst (Dennis 2003) in dem Mangel an sozialer Unterstützung und dem Gefühl von Isolation häufig die Ursache sehen.

4.4.1.1 Soziale Unterstützung als Schutzfaktor

Nach Klusmann (1989) wird soziale Unterstützung meist als ein Schutzfaktor betrachtet, der in den unterschiedlichsten Lebensbereichen die Auswirkungen stresshafter Belastungen abmildert. Des Weiteren kann unter sozialer Unterstützung auch ein wahrgenommenes Potential möglicher Unterstützung in etwaigen Situationen verstanden werden oder allgemein das Eingebettetsein in die unmittelbare soziale Umgebung. Von sozialer Unterstützung wird somit angenommen, dass sie einen präventiven Haupteffekt aufweist sowie einen Puffereffekt, der unter Stressbedingungen, bei belastenden Lebensereignissen sowie bei kritischen Übergängen im Lebenszyklus sichtbar wird (vgl. Nestmann 1989).

Ein Puffereffekt liegt dann vor, wenn ein Stressfaktor wirksam ist, der gesundheitliche Folgen haben kann; dann vermindert soziale Unterstützung durch instrumentellen oder emotionalen Beistand diese Folgen. Soziale Unterstützung wird daher auch als „protektiver Faktor“ (Nestmann 1989) oder „Bewältigungsressource“ (Trojan/ Hildebrandt 1989) bezeichnet und umgekehrt, wenn ein Mangel besteht, als Vulnerabilitätsfaktor. Es muss jedoch deutlich betont werden, dass einem Mangel an sozialer Unterstützung allein keine gesundheitlichen Auswirkungen zukommen.

Als Puffer wirkt soziale Unterstützung insbesondere dann, wenn die Form der sozialen Unterstützung auf die spezifische Stress- oder Lebenssituation abgestimmt ist. Wenn es z.B. um die Auswirkungen von Verlustereignissen geht oder generell von bedrohlichen Lebensereignissen, welche die subjektiven Annahmen über sich und die Umwelt erschüttern oder in Frage stellen, hat sich nach Brown/ Harris (1978, zit. nach Klusmann 1989) gerade emotionale Unterstützung in Gestalt einer zuverlässigen Vertrauensbeziehung als wirksamer Schutz vor Depressionen erwiesen; während zu vermuten ist, dass bei hoher Arbeitsbelastung - z.B. nach der Entbindung von Zwillingen oder Drillingen - praktische, instrumentelle Unterstützung die relevanteste und am meisten vor Störungen schützende ist.

Nicht zuletzt werden Personen durch soziale Unterstützung in ihrem Selbstwertgefühl und ihrer Identitätsfindung bestärkt und erfahren eine Hilfe bei der Bewältigung neuer Rollenanforderungen (Keupp/ Röhrle 1987). Soziale Unterstützung kann damit einer jungen Mutter helfen, sich in dieser schwierigen Umstellungsphase nach der Geburt eines Kindes besser anzupassen. So konnten Cutrona/ Troutman (1986) feststellen, dass soziale Unterstützung während der Schwangerschaft und postpartal in Zusammenhang stand mit einem besseren Selbstvertrauen und einer positiveren Einstellung zur Mutterrolle sowie das Vertrauen bezüglich der eigenen Fähigkeiten und der Kompetenz als Mutter förderte.

Hinsichtlich der *inhaltlichen Ausgestaltung von sozialer Unterstützung* muss zwischen psychischer Unterstützung und instrumenteller Unterstützung unterschieden werden, auch wenn sich diese beiden Unterstützungsformen in der Realität oftmals nicht ganz von einander trennen lassen. So kann jemand seine Zuneigung (psychische Unterstützung) beispielsweise gerade dadurch ausdrücken, dass er dem anderen tatkräftig zur Seite steht.

Psychische Unterstützung kann emotional und kognitiv geprägt sein. Mit der emotionalen Komponente ist Zuneigung, Wertschätzung, emotionale Wärme und einführendes Verständnis, Fürsorge, Zuhören, Ermutigung und Trost gemeint, somit Gefühlsäußerungen, die jemandem zeigen, dass er geliebt, geschätzt und gebraucht wird. Hierzu zählt auch der Beistand in Stress- und Krisensituationen, wie nach der Geburt eines Kindes. Die kognitive Komponente umfasst v.a. Rat, Feedback, Orientierung bei der Suche nach Problemlösungen und Bewertungshilfen, die einer besseren Einschätzung der eigenen Person oder eines Problems dienen.

Zur *instrumentellen Unterstützung* gehören Informationen und materielle Hilfen. Bei den Informationen handelt es sich um Hinweise und Erfahrungen, die jemandem helfen, mit einem bestimmten Problem besser zurechtzukommen, sowie die Vermittlung von Kontakten; materielle Hilfe kann finanzielle Unterstützung sein, Babysitting, Hilfe im Haushalt etc. (Klusmann 1989).

Collins et al. (1993) zeigten, dass v.a. ein Mangel an instrumenteller Unterstützung mit einer PPD korrelierte. Bei Gjerdingen et al. (1991) korrelierte sowohl informative Unterstützung während der Schwangerschaft in Form von Geburtsvorbereitung, Unterstützung durch einen Partner während der Entbindung als auch postpartal die emotionale und praktische Unterstützung (Hilfe im Haushalt und bei der Versorgung des Kindes) mit einer geringeren Rate von PPD. Nach Boyce (2003) gab es eine leichte Korrelation zwischen PPD und instrumenteller Unterstützung und eine deutlichere hinsichtlich der psychologischen Unterstützung.

Welche Bedeutung der Unterstützung im Einzelfall beigemessen wird, d.h. die Einschätzung und Wertschätzung der Unterstützung durch die betreffende Person selbst, hängt jedoch in hohem Maße davon ab, wer diese Unterstützung leistet. Auch die protektive Wirkung der sozialen Unterstützung hinsichtlich der Entstehung von psychischen Beeinträchtigungen wird von diesem Faktor mitbestimmt. Die Wertschätzung professioneller Hilfen ist dabei i.A. geringer und somit weniger bedeutsam, weil der Helfer für diese bezahlt wird, während ein naher Angehöriger oder Freund durch seine Hilfe eine persönliche Bindung ausdrückt. In einer Untersuchung von Brown et al. (1986, zit. nach Klusmann 1989), bot soziale Unterstützung von Personen, die nicht zum „Kern“ des Beziehungsfeldes eines Menschen gehörten, keinen Schutz vor den depressionsauslösenden Wirkungen von Lebensereignissen. Die wichtigste Quelle sozialer Unterstützung ist

also die unmittelbare soziale Umgebung (Verwandte, Partner, enge Freunde). Dies wird durch die Untersuchungsergebnisse von O'Hara et al. (1983), Gröhe (2003), Morel-Köhler (2004) und Ballestrem et al. (2005) bestätigt, die feststellten, dass im Wochenbett v.a. ein Mangel an Unterstützung durch den Ehepartner als belastend erlebt wurde; bei Fisher et al. (2002) war Distress auch mit der Erfahrung der begrenzten Unterstützung von den eigenen Eltern einer Frau verbunden. Bei Dennis (unveröffentlichte Studie, zit. nach Dennis 2003) korrelierte die psychische Befindlichkeit einer Mutter mit der wahrgenommenen Unterstützung durch andere Mütter.

In der Situation des Wochenbettes kann es vorkommen, dass die sozialen Ressourcen nicht ausreichen, z.B. durch Verlust bestimmter sozialer Netzwerke wie Arbeitskollegen oder - im Falle eines schwangerschaftsbedingten Umzuges - des Netzwerkes "Nachbarn" (Boyce 2003). Familie und Ehepartner werden in dieser Situation möglicherweise als Ersatz für anderweitige fehlende soziale Netzwerke herangezogen und mit dieser Aufgabe und Erwartungshaltung überfordert. Neue Kontakte ergeben sich zwar aus Geburtsvorbereitungskursen und Angeboten für Mütter mit Säuglingen nach der Geburt, aber diese Kontakte werden als Quelle für Unterstützung wenig in Anspruch genommen - sei es, weil die Kontakte noch nicht so intensiv sind, dass sich eine Mutter traut, sich auch mit ernsthafteren Problemen anzuvertrauen, sei es, weil die anderen Mütter gleichfalls mit Anpassungsproblemen zu kämpfen haben und sich eine junge Mutter nicht „zumuten“ möchte. Ein weiterer Grund kann sein, dass die anderen Mütter glücklich und kompetent zu sein scheinen, so dass eine Frau ihre Probleme dort nicht eingestehen, also die Fassade wahren möchte.⁵⁵

In den (wenigen) differenzierenden Untersuchungen zeigte sich, dass hinsichtlich der Unterstützung durch Verwandte oder Freunde die praktische/ instrumentelle Unterstützung - auch schon während der Schwangerschaft - am bedeutendsten war für die postpartale Anpassung (vgl. Collins et al. 1993)⁵⁶, während bei der Unterstützung durch den Ehepartner ein Mangel an emotionaler Unterstützung, Nähe und Fürsorge am stärksten mit dem Auftreten von psychischen Störungen post partum korrelierte (vgl. z.B. Schweitzer et al. 1992; Graff et al. 1991, Leung 1985).

⁵⁵ Dies zeigte sich in eigenen Erfahrungen als PEKiP-Leiterin immer wieder, wenn Mütter am Ende des Kurses erst von ihren Anfangsschwierigkeiten und Nöten berichteten.

⁵⁶ Erfasst wurde die instrumentelle Unterstützung während der Schwangerschaft in ihrer Auswirkung auf die postpartale Anpassung der Frauen.

Des Weiteren geht aus einigen Untersuchungen hervor, dass die Betroffenen mit der erhaltenen Unterstützung weniger zufrieden waren (verglichen mit einer gesunden Kontrollgruppe) bzw. dass von ihnen die Qualität der Unterstützung als geringer eingeschätzt wurde (Gottlieb/ Mendelson 1995; Gröhe 2003; Strobl 2002). Dies war insbesondere dann der Fall, wenn anderweitige Life-Events einen erhöhten Unterstützungsbedarf bei den Frauen hervorriefen. Aus den vorliegenden Untersuchungen lässt sich nicht ersehen, ob eher ein quantitativer Mangel im Umfang der Unterstützung beschrieben wird oder qualitative Mängel in der Form der benötigten (oder wahrgenommenen) Unterstützung. Viele Untersuchungen generalisierten zudem den Faktor „Soziale Unterstützung“ hinsichtlich der Quellen der Unterstützung.

Der Befund, dass ein Mangel an sozialer Unterstützung mit psychischen Störungen post partum zusammenhängt, wird von vielen Autoren (z.B. Logsdon et al. 1994) dahingehend interpretiert, dass sich das Auftreten psychischer Störungen verhindern ließe, wenn frühzeitig darauf geachtet würde, welche Bedürfnisse und Erwartungen Frauen an die Unterstützung nach der Entbindung richten und wenn dafür gesorgt werde, diese Unterstützung zu gewährleisten. Es wurde jedoch nur selten der Versuch unternommen, die spezielle Situation des Wochenbetts bzw. des Übergangs zur Mutterschaft dahingehend zu untersuchen, welche Unterstützungsformen und welche Quellen in dieser Lebenssituation generell sowie unter besonderen Anforderungen wie Kaiserschnittentbindung, Mehrlingsgeburten oder weiteren Kleinkindern im Haushalt erforderlich und besonders hilfreich sind.

Die Kenntnis der Wirkungen von sozialer Unterstützung und der Formen der Unterstützung, die sich in spezifischen Lebenssituationen als hilfreich oder notwendig erwiesen haben, ist insbesondere dann von Vorteil, wenn etwaige Hilfsangebote für Frauen im Wochenbett auf die Belange der betreffenden Personen zugeschnitten werden sollen. Hinsichtlich der Anforderungen an soziale Unterstützung im Wochenbett bedeutet dies:

Im Wochenbett wird von einer Frau sowohl psychische als auch instrumentelle Unterstützung benötigt. Bennett (1981) erforschte die Bedürfnisse von Frauen generell in der Zeit nach der Geburt eines Kindes. Dabei wurden als gewünschte und wichtige Hilfen im frühen Wochenbett insbesondere instrumentelle Unterstützungsformen benannt (um Rat fragen können, Babysitter, Mithilfe des Partners im Haushalt) gefolgt von emotionaler Unterstützung (Kontakte zu anderen Müttern, Bestätigung, Verständnis und Zuwendung vom Partner). Dieser Unterstüt-

zungsbedarf differierte nochmals in den unterschiedlichen Phasen nach einer Entbindung.

Zu beachten ist daneben, *von wem* welche dieser Hilfeformen geleistet wird: So ist aufgrund der o.g. Forschungsergebnisse davon auszugehen, dass emotionaler Beistand, Verständnis und Fürsorge von einer jungen Mutter insbesondere von ihrem Ehemann gewünscht wird, und dass ein Mangel an emotionaler Unterstützung durch den Ehemann gefährdender - da enttäuschender - ist als ein Mangel an emotionaler Unterstützung von Bekannten. Nichtsdestotrotz können z.B. bei unverheirateten Müttern diese Funktionen durchaus - ohne Beeinträchtigung der emotionalen Befindlichkeit der Frau - von anderen Personen übernommen werden, weil die Erwartungen auch von der prinzipiellen Verfügbarkeit bestimmter Personen mitbestimmt werden.

4.4.1.2 Mangel an sozialer Unterstützung im Kontext der Persönlichkeitsstruktur

Ist eine Frau vulnerabel gegenüber bestimmten Stressfaktoren und Situationen, so kommt der sozialen Unterstützung als Moderatorvariable eine besonders stabilisierende Wirkung zu, um das Auftreten von Störungen zu verhindern. So beschreibt Angermeyer,

„dass ein Individuum, das qua genetischem Outfit bzw. durch biologische oder psychosoziale Schädigungen in frühen Entwicklungsphasen gegenüber Stress besonders vulnerabel ist, in Belastungssituationen dann weniger gefährdet sei, psychotisch zu dekompensieren, wenn es über ein intaktes soziales Unterstützungssystem verfügt“ (Angermeyer 1989, S. 190).

Die Bewertung von erfahrenen Belastungen, die Erwartungen an das Umfeld hinsichtlich des Umfangs und der Form von Unterstützung sowie die subjektive Wahrnehmung der erhaltenen Unterstützung kann durch die Lebensgeschichte der jeweiligen Person gefärbt sein.

„Retrospektiv gewonnene Befunde von Sarason, Sarason & Shearin (1986) deuten darauf hin, dass die Menge und Qualität sozialer Unterstützung im Erwachsenenalter in Abhängigkeit davon eingeschätzt wird, wieviel elterliche Liebe bzw. Überbehütung man in der Kindheit erfahren hat“ (Keupp/ Röhrle 1987, S. 69).

Differenzierter lässt sich dieser Aspekt aus den Theorien von Bowlby und Winnicott ableiten. Bowlby postulierte (Bowlby 1980, zit. nach Klusmann 1989, S. 26), dass die Erwartungen und das Vertrauen, die unterschiedliche Menschen hin-

sichtlich der Erreichbarkeit von Bezugspersonen und der Unterstützung durch diese entwickelt haben, in der frühen Kindheit grundgelegt sind und somit widerspiegeln, welche Erfahrungen diese Menschen tatsächlich früher einmal gemacht haben. Auch für Winnicott (1965, zit. nach Siegrist 1989), steht am Anfang

„der „verinnerlichte Rückhalt“ (...), der sich auf der Basis der frühen Bindung an die Mutter entwickelt. (...) Adäquater verinnerlichter sozialer Rückhalt heißt, spätere Sicherheit als Ergebnis einer frühen, Urvertrauen vermittelnden Bindung. (...) Wenn das Kind in einer unvollständigen Familie aufwächst, ist die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass in der am meisten vulnerablen Phase seiner Entwicklung nicht ausreichend „support“ gegeben wird, um als Basis späterer Sicherheit in der Welt und späteren Vertrauens anderen gegenüber dienen zu können“ (a.a.O., S. 74).

Dieser Vertrauensmangel hat Konsequenzen für die Erwartungshaltung an andere; denkbar ist sowohl das Verleugnen des Bedürfnisses nach Unterstützung als auch der Fall, dass die real erhaltene Unterstützung nie als ausreichend empfunden wird bzw. empfunden werden kann (und auch nie ausreichend ist, um den frühkindlichen Mangel - unbewusst - auszugleichen).

Es lässt sich vermuten, dass es eine Korrelation zwischen den Punkten „mangelnde Unterstützung von Angehörigen“ und „schlechte Mutterbeziehung“ gibt. Frauen, die ohnehin durch frühkindliche Erfahrungen - insbesondere eine gestörte Mutterbeziehung - vulnerabel sind, erhalten von ihrer Mutter (im Normalfall eine der Hauptquellen von sozialer Unterstützung im Wochenbett) auch jetzt weniger Unterstützung. Gleichzeitig ist bei diesen Frauen durch die Reaktualisierung eigener Bemutterungswünsche und ausgelöst durch die Symbiose mit dem Kind, der Wunsch nach sozialer Unterstützung gerade von der eigenen Mutter besonders groß, so dass eventuelle andere Quellen nicht so wertgeschätzt werden und die wahren Bedürfnisse nicht erfüllen können.

Die Inanspruchnahme und direkte Suche nach Unterstützung, d.h. die Mobilisierung verfügbarer Unterstützung variieren zudem je nach Persönlichkeit, so dass z.B. extrovertiertere Frauen ein aktiveres Hilfesuch-Verhalten an den Tag legen und daraus resultierend mehr Unterstützung erhalten, während introvertiertere Frauen eher auf Hilfsangebote von außen warten, ohne ihre Bedürfnisse aktiv zu äußern.

Vulnerable Frauen, bei denen schon zu vorherigen Zeitpunkten in der Lebensgeschichte psychische Störungen bestanden, weisen möglicherweise auch eine stärkere Häufung an kritischen Lebensereignissen auf (z.B. bedingt durch Auswirkungen dieser innerpsychischen Schwierigkeiten auf die Lebensumstände, die

Ehebeziehung, den Verlauf von Schwangerschaft und Geburt mit möglichen psychosomatischen Störungen oder Einflüssen auf das Verhalten des Kindes).

Auch die aktuelle psychische Verfassung bestimmt mit darüber, wie verfügbare oder erhaltene Unterstützung wahrgenommen wird. So neigen beispielsweise depressive Menschen dazu, in ihrer negativen Grundstimmung die Beziehungen zu anderen Menschen zu entwerten; der Wunsch nach mehr Verständnis durch andere Menschen muss dann nicht unbedingt in einem Deprivationszustand begründet sein, d.h. dass es keine unterstützenden Menschen im Umfeld gäbe. Dies macht die Bewertung von Untersuchungen problematisch, die auf der subjektiven Einschätzung des Individuums beruhen, wodurch Wahrnehmungsverzerrungen aufgrund der schon bestehenden Störung denkbar sind. Die negativen Kognitionen depressiver Personen und die geringe Resonanz auf Kontaktversuche führen zudem oft erst zur Reduzierung der Sozialkontakte (Hell 1992).

Durch vorhergehende psychische Störungen - wenn nicht gar psychiatrische Hospitalisierungen - kann sich auch die Anzahl sozialer Beziehungen oder ihre Qualität vermindert haben. Zudem ist davon auszugehen, dass die prädisponierten Frauen insgesamt weniger in der Lage sind, stabile Kontakte aufzunehmen und aufrechtzuerhalten. Berücksichtigt man die Tatsache, dass eine beträchtliche Anzahl an Frauen, die eine Wochenbettpsychose entwickeln, zuvor schon psychiatrische Hospitalisierungen aufwiesen, so kann der Mangel an sozialer Unterstützung aber auch auf dem mehr oder weniger bewussten Rückzug aus Kontakten resultieren, um eine Überstimulierung zu vermeiden. Aufgrund mangelnder Kapazitäten zur Informationsverarbeitung ist es v.a. für die Teilgruppe der schizophrenen Frauen wichtig, sich vor zu vielen kognitiven oder emotionalen Reizen zu schützen. Der Rückzug aus Sozialkontakten stellt dann eine (bewusste oder unbewusste) sinnvolle Anpassungsleistung dar (vgl. auch Konieczna 1989; Angermeyer 1989).

Persönlichkeitsstruktur, Bedürfnisstruktur und Partnerbeziehung haben ihrerseits Einflüsse auf vorhergehende Lebenssituationen gehabt, wodurch zum einen Bewältigungskompetenzen aufgebaut werden konnten (oder eben nicht) und/ oder die Bedürfnisse und Erwartungen an die neue Situation sowie insgesamt die Situationsvariablen geprägt wurden.

Die möglichen Zusammenhänge sind in Abbildung 1 zusammengefasst.

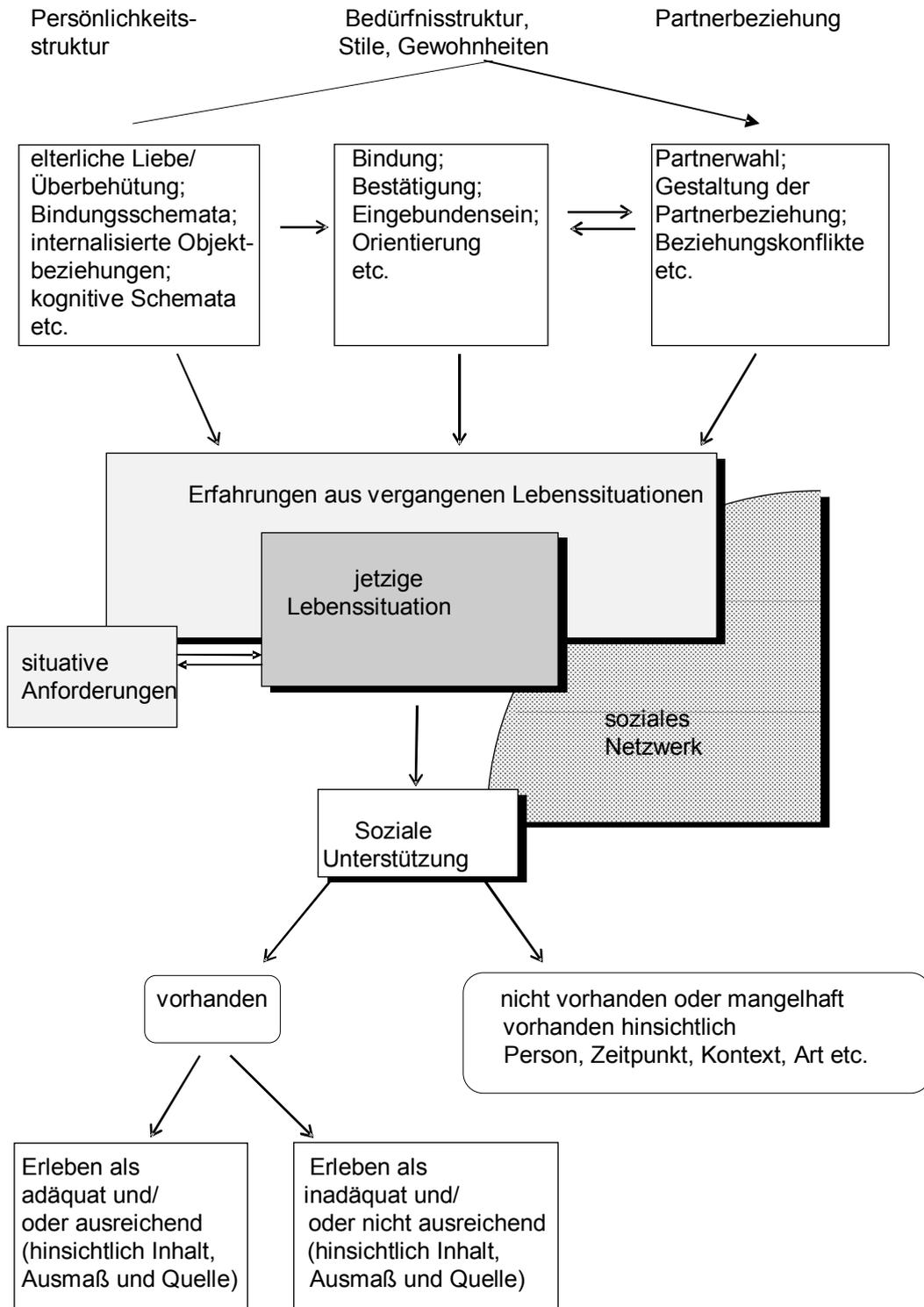


Abbildung 1: Soziale Unterstützung und Erfahrungskontext (eigener Entwurf)

Je nach Ausprägung und Zusammenspiel von Persönlichkeits- und Bedürfnisstruktur, Partnerbeziehung sowie Situationsvariablen kann also die Struktur des sozialen Netzes sowie die Wahrnehmung und Wertschätzung der erhaltenen Unterstützung in der aktuellen Situation als adäquat und ausreichend schwanken. Auch die Prozesse der Bewertung von Lebenssituationen und Stressfaktoren sowie die Bewältigungsstrategien und -kompetenzen spielen dabei eine Rolle. Wie aus dem zuvor Beschriebenen deutlich wird, kann der Bereich „soziale Unterstützung“ somit durchaus mit Vulnerabilitätsfaktoren vermengt sein. Ausschlaggebend und vulnerabilisierend ist jedoch nicht der Faktor „soziale Unterstützung“ an sich, sondern im Falle fehlender sozialer Unterstützung die zugrunde liegende Persönlichkeitsstruktur, die sowohl die Inanspruchnahme als auch die Bewertung erhaltener Unterstützung beeinflusst. Aus diesem Grund beweist eine korrelative Beziehung zwischen einem Mangel an sozialer Unterstützung und einer psychischen Störung post partum keineswegs, dass fehlende soziale Beziehungen kausal diese Störung begünstigen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass soziale Unterstützung im Wochenbett einer Frau dabei hilft, sich an die neuen Anforderungen anzupassen; die Unterstützung kann dabei auf der emotionalen Ebene oder kognitiv und praktisch erfolgen. Ein besonderer protektiver Wert kommt der sozialen Unterstützung dann bei, wenn zusätzliche Belastungen auftreten, wie Krankheiten des Kindes, Frühgeburten, Mehrlingsgeburten etc. Soziale Unterstützung als Schutzfaktor für Mütter mit schwierigen Kindern durch Einflüsse auf die Identitätsbildung und Selbsteinschätzung wurde z.B. von Cutrona/ Troutman (1986) beschrieben.

Ein Mangel an sozialer Unterstützung oder die Unfähigkeit, sich die Unterstützung hilfreich zunutze machen zu können, erhöht hingegen die Gefährdung einer Frau (bei Vorliegen sonstiger prädisponierender Faktoren wie frühkindliche Entwicklung, daraus resultierender Persönlichkeitsstruktur und individueller Bedürfnisstruktur sowie in Abhängigkeit von den je spezifischen Bewältigungsstrategien der Frau), so dass die Entstehung einer psychischen Störung nicht mehr im Vorfeld aufgefangen werden kann. Fehlen eigene psychologische Ressourcen und adäquate Bewältigungskompetenzen, kommt dem sozialen Netzwerk eine moderierende Funktion bei der Bewältigung kritischer Lebenssituationen zu. Eine mögliche Konsequenz des Scheiterns bei der Bewältigung dieser Situation ist die Entstehung einer psychischen Störung. Hieraus darf jedoch nicht der Schluss gezogen werden, dass das Fehlen eines sozialen Netzwerkes bzw. sozialer Un-

terstützung aus diesem Netzwerk ursächlich für die psychische Störung ist, sondern es muss das gleichzeitige Fehlen eigener psychologischer Ressourcen wie Ich-Stärke oder Selbstwertgefühl sowie eigener Copingkompetenzen in das Blickfeld gerückt werden.

4.4.2 Bewertungsprozesse in Stress-Situationen und Bewältigungsstrategien

Bei den Bewältigungsstrategien sind ebenso wie bei der sozialen Unterstützung zwei Wirkungsrichtungen denkbar: Das Vorhandensein adäquater, situationsgerechter Bewältigungsstrategien (und ihre Anwendung) kann die Auswirkungen von Stress-Situationen (zumindest teilweise) abpuffern und setzen damit die Schwelle, an einer psychischen Störung zu erkranken, herauf.

„Coping, das als habituell bezeichnet werden kann, also in der Persönlichkeit wurzelt, hat primär eine präventive Wirkung. Ist jedoch der Stressor bereits wirksam geworden, d. h. die Krise aktualisiert, so kann Coping eine mildernde, eine puffernde Funktion ausüben und so den Grad der erreichbaren Anpassung wesentlich mitbestimmen“ (Heim 1993, S. 29).

Bei Frauen mit psychischen Störungen post partum⁵⁷ dominierten hingegen oft inadäquate, passive Copingstrategien wie Rückzug oder Distanzierung (Demyttenaere et al. 1995⁵⁸; Terry et al. 1996; Da Costa et al. 2000; Righetti-Veltema et al. 1998), die untrennbar mit den unter 4.2.2.3 dargestellten Kontrollüberzeugungen und Attributionsstilen der Person verbunden sind.

Untrennbar mit der Coping-Diskussion verbunden ist der Stressbegriff. Stress liegt nach der Definition von Lazarus (1990; Laux/ Weber 1987; Zimbardo 1992) dann vor, wenn eine Person eine bestimmte Anforderungskonstellation zwischen sich und der Umwelt so einschätzt, dass ihr Reaktions- und Leistungsvermögen an seine Grenzen gerät und überstiegen wird und ihr Wohlergehen bedroht ist (Bedrohlichkeitseinschätzung). Eine Rolle spielen dabei zwei kognitive Einschätzungsprozesse, die primäre und die sekundäre Einschätzung.

In der *primären Einschätzung* stellt eine Person fest, ob und was in einer gegebenen Situation für sie auf dem Spiel steht, welche Motive und Bereiche bedroht

⁵⁷ M.W. liegen nur Untersuchungen zum Copingverhalten bei Frauen mit postpartalen Depressionen, nicht jedoch bezüglich Wochenbettpsychotikerinnen vor.

⁵⁸ Nach Demyttenaere et al. (1995) war ein depressiver Copingstil ein wichtiger Prädiktor für Depressionen 6 Monate post partum, nicht jedoch für das Depressionslevel 5 Tage und 6 Wochen post partum.

sind (z.B. Selbstwertgefühl, Wohlergehen nahe stehender Menschen, Gesundheit, finanzielle Sicherheit, Erreichen eines bestimmten Zieles, Erfüllung bestimmter Bedürfnisse). Innerhalb dieser Einschätzung lassen sich nach Lazarus (1990) drei Subtypen unterscheiden, nämlich Schädigung/ Verlust, Bedrohung oder Herausforderung.

In einer *sekundären Einschätzung* bestimmt die Person die persönlichen und sozialen Ressourcen, die ihr zur Bewältigung der stressauslösenden Bedingungen zur Verfügung stehen und die Handlungen, die erforderlich sind, d.h. es findet eine Abklärung der Bewältigungsoptionen statt. In diesem Prozess kann die Person zu vier unterschiedlichen Einschätzungen kommen:

- die Situation kann verändert werden;
- die Situation muss akzeptiert werden;
- es müssen zusätzliche Informationen gesucht werden oder
- es müssen bestimmte Handlungswünsche unterdrückt werden.

In der *Bewältigung* letztendlich versucht die Person, mit der als stresshaft bewerteten Situation sowohl auf kognitivem als auch auf verhaltensbezogenem Wege fertig zu werden.

„Als Bewältigung oder Coping kann das Bemühen bezeichnet werden, bereits bestehende oder zu erwartende Belastungen durch Krisen innerpsychisch (emotional/kognitiv) zu verarbeiten oder durch zielgerichtetes Handeln auszugleichen, zu meistern“ (Heim 1993, S. 29, Hervorhebung im Original).

Das Bewältigungsverhalten und die Bewältigungsstrategien bedürfen bestimmter Mittel, die als „Bewältigungsressourcen“ bezeichnet werden. Bewältigungsressourcen sind die Mittel, die jemand benötigt, um Belastungen zu bewältigen (Trojan/ Hildebrandt 1989). Verringerte persönliche und soziale Bewältigungsressourcen können zu einer ineffektiven Bewältigung führen und somit dazu beitragen, dass durch Belastungssituationen psychische oder psychosomatische Störungen ausbrechen können. Besondere Bedeutung kommt hier der sozialen Kompetenz zu; Menschen mit guten sozialen Kompetenzen werden viele Situationen stressfreier erleben können, dies kann zu einem intakten Netzwerk sozialer Unterstützung beitragen, das ebenfalls – wie unter 4.4.1.1 gezeigt - schützend wirkt (vgl. Caplan 1989). Nach Caplan haben die Bezugspersonen in der frühen Kindheit großen Einfluss auf den Erwerb sozialer Kompetenzen. Diese soziale Kompetenz bestimmt in der Folge nicht nur, in welcher Form das Individuum auf Belastungssituationen reagiert und welches Bewältigungsverhalten es an den Tag legt, sondern auch, welche Hilfen die Person sucht.

„Personen unterscheiden sich darin, wie sie belastende Situationen und Schwierigkeiten bewältigen, und diese Unterschiede erklären möglicherweise zusätzlich zur individuellen Prädisposition, warum manche Personen in der Folge chronischer Belastungen eher als andere erst verletzlich und dann depressiv reagieren“ (Fiedler 1991, S. 283).

Terry et al. (1996) konnten zeigen, dass v.a. ein Mangel an den Bewältigungsressourcen „Selbstwertgefühl“ und „familiäre Unterstützung“ mit der Entstehung einer PPD korrelierten.

Meist werden sowohl emotionsregulierende als auch problemlösezentrierte Formen der Bewältigung eingesetzt. Bei den problemzentrierten Bewältigungsstrategien handelt es sich um den direkten Umgang mit dem Stressor durch offenes Handeln oder realistische kognitive Aktivitäten mit dem Ziel des Problemlösens. Die ausgeführte Reaktion ist zur Entfernung oder Verringerung der Bedrohung angemessen. Bei den emotionszentrierten Bewältigungsstrategien geht es darum, das durch das Problem verursachte Unbehagen zu verringern. Es geht um eine Abschwächung der emotionalen Auswirkungen von Stress, auch wenn der bedrohliche Stressor nicht beeinflusst wird oder werden kann (Zimbardo 1992).

Ebenfalls von dem Forschungsteam um Lazarus (Folkman et al. 1986a;b, zit. nach Laux/ Weber 1987) wurde ein Instrument zur Erfassung des Bewältigungsverhaltens entwickelt, die „Ways of coping checklist“⁵⁹. In einer Faktorenanalyse wurden 8 Subskalen der Bewältigungsform unterschieden: konfrontative Bewältigung, Distanzierung, Selbstkontrolle, Suche nach sozialer Unterstützung, Selbstzuschreibung von Verantwortlichkeit, Flucht versus Vermeidung, planvolles Problemlösen oder positive Situationsumdeutung.

Da Costa et al. (2000) fanden heraus, dass emotionsorientierte Copingstrategien in der Schwangerschaft - besonders in Verbindung mit Depressionen in der Schwangerschaft - signifikant mit PPD korrelierten. Frauen in der depressiven Gruppe griffen häufiger auf diesen Bewältigungsstil zurück als die Frauen der Kontrollgruppe. Keine signifikanten Haupteffekte konnte für die aufgabenorientierte Bewältigung oder Vermeidung als Bewältigungsstrategie gefunden werden.

Wie diese spezifischen Bewältigungsreaktionen im Einzelnen aussehen, ist nicht zuletzt abhängig von den Erfordernissen der jeweiligen Situation sowie ihrer vorherigen Einschätzung und Bewertung durch das Individuum. In unkontrollierbaren Situationen wie bei einem Notfallkaiserschnitt kann z.B. eine emotionszent-

⁵⁹ Dieses Instrument ist Grundlage zahlreicher Forschungen, die sich mit der Einschätzung des vorherrschenden Copingstils einer Person befassen.

rierte Bewältigungsstrategie die adäquatere sein, bei veränderbaren Stressoren hingegen eine problemlösezentrierte Bewältigungsstrategie. Aus diesem Grund lassen sich manche Studien in den gefundenen Zusammenhängen von vorherrschenden Copingstrategien bei postpartal depressiven Frauen schwer interpretieren. So fand z.B. Gröhe (2003) in ihrer qualitativen Untersuchung ein Überwiegen emotionszentrierter Copingstrategien bei den depressiven Müttern; dies lässt jedoch keinerlei Interpretation über die Adäquatheit der Strategien und damit die potenziellen Zusammenhänge zur PPD zu.

Darüber hinaus gibt es jedoch spezielle Copingstile, die eine Person bevorzugt anwendet und die entscheidend dazu beitragen, wie Stress-Situationen bewältigt werden können. So gibt es nach einer Unterscheidung von Antonovsky „good copers“ und „bad copers“.

„Jene Menschen, die sich aktiv, überlegt, ja hartnäckig den Problemen stellen, die eher phasenhafte, nicht abwendbare Belastungen verdrängen und die vor allem von einem guten sozialen Netz getragen sind, scheinen Krisen und Belastungen besser zu meistern (»good copers«).

Umgekehrt sind es jene Menschen, die sich hilflos einer oft unkontrollierbaren Situation ausgesetzt fühlen, die schuldhaft in bezug auf sich selbst oder andere reagieren, die resignieren und es nicht verstehen, soziale Unterstützung zu mobilisieren, die an Krisen am ehesten scheitern und die auch vulnerabler für Fehlentwicklungen sind (»bad copers«)“ (Heim 1993, S. 38).

Wie eine Person Ereignisse wahrnimmt, interpretiert und mit ihnen umgeht, wird des Weiteren wesentlich durch lebensgeschichtliche und individuelle Erfahrungen beeinflusst. Erfahrungen in der Auseinandersetzung mit kritischen Lebensereignissen erhöhen die Fähigkeit zu einer kompetenten Bewältigung künftiger Ereignisse, indem eine Verhaltenskompetenz aufgebaut wird. Die Fähigkeit zur Bewältigung einer Situation, basierend auf den individuellen Copingkompetenzen, kann dementsprechend unterschiedlich ausgeprägt sein. Unter „Copingkompetenzen“ versteht man gemeinhin die *Fähigkeiten* zur Problemlösung; zu einer „Kompetenzstörung“ kann es kommen, wenn sich eine Person diese Fähigkeiten selbst nicht zuschreibt oder wenn diese Fähigkeiten durch innere oder äußere Einflüsse behindert sind. Das Individuum unterlässt dann Versuche zur Problemlösung (Belschner/ Kaiser 1990). Die Wahrnehmung eigener Kompetenz stellt nach Gledwell (1972, zit. nach Belschner/ Kaiser 1990), einen Schlüssel zur psychischen Gesundheit dar.

Für die Effizienz der verschiedenen Bewältigungsstrategien spielen dabei neben der bisherigen Erfahrung im Umgang mit Krisen auch die spezifische Vulnerabilität und Persönlichkeitsmerkmale (z.B. Einstellungen, Erwartungen, Wahrneh-

mungen und Motivationen) eine erhebliche Rolle; sie stellen die Grundlage dafür dar, auf welche Weise bedrohliche Reize beantwortet werden. Als Persönlichkeitsfaktoren, die eine *günstige* Anpassungsfähigkeit erlauben, werden Kategorien wie psychische Gesundheit, Selbstwertgefühl, Ich-Stärke, soziale Kompetenz, positive Selbsteinschätzung, Glaube an die Beeinflussbarkeit persönlicher Lebenschancen sowie Kohärenz des Selbstbildes betrachtet (Joraschky/ Köhle 1981).

„In der Situationsverarbeitung spiegelt sich die Entwicklung der Anpassungs- und Abwehrfunktionen des Ich, welche die Aufgabe haben, die körperliche und psychische Integrität zu bewahren. Daher stellen alle vergangenen Konflikte und ihre Lösungen (*oder mangelnde Bewältigung, B.S.*) den Hintergrund dafür dar, wie die Welt erlebt wird, welche Situationen bewältigt werden können bzw. welche die individuelle Anpassungsfähigkeit überfordern“ (Joraschky/ Köhle 1981, S. 187f.)

Aber auch Ausbildung und soziale Schichtzugehörigkeit bestimmen den Zugang zu psychologischen Ressourcen und Bewältigungstechniken mit (Pearlin/ Schooler 1978, zit. nach Keupp/ Rerrich 1982), was möglicherweise ein Grund ist, warum einige Autoren psychische Störungen post partum häufiger bei Frauen mit geringerer Schichtzugehörigkeit und/ oder Bildung fanden.

Viele der bereits beschriebenen Situationen und Faktoren, denen eine Mutter im Verlauf von Geburt und Wochenbett ausgesetzt ist, lassen sich auch unter dem Aspekt adäquaten oder inadäquaten Bewältigungsverhaltens betrachten. Einige Beispiele sollen zur Verdeutlichung dienen:

- Viele Stressfaktoren im Verlauf von Geburt und Wochenbett gehören zu der Kategorie „unveränderbar“ oder „unkontrollierbar“; sie lösen Ohnmachtsgefühle aus, z.B. ein ungeplanter Kaiserschnitt, wenn medizinische Komplikationen diesen notwendig machen, oder unkontrollierbares Schreien des Kindes. Durch die Unveränderbarkeit derartiger Faktoren ist eine aktive Problemlösung nicht möglich, so dass anderweitige Strategien (z.B. internale Mechanismen der Verarbeitung oder die Suche nach Unterstützung) umso wichtiger und dringender werden.
- Eine große Rolle spielen zudem die gesellschaftlichen Erwartungen an Mütter, der Müttermythos, der vielfach Normen aufstellt, die von den Frauen nicht erfüllt werden *können*. Inadäquate Bewältigung würde hierbei z.B. bedeuten, dass dieses Scheitern nicht der Unerfüllbarkeit der Erwartungen zugeschrieben wird, sondern dem eigenen Versagen. Die Selbstzuschreibung kann um-

so massiver das Selbstwertgefühl der Frau beeinträchtigen, je mehr sie ohnehin in ihrer Selbstwahrnehmung und ihrem Selbstwelterleben instabil ist.

- Gefühle der Inkompetenz treten im Verlauf von Geburt und Wochenbett häufig auf. Auslöser sind insbesondere Erfahrungen im Umgang mit dem Kind, z.B. die Erfahrung, das Kind nicht beruhigen zu können, wenn es schreit, oder Überlastung durch gleichzeitige Versorgung von Haushalt und Kind. Diese Situationen können z.B. dann als bedrohlich eingeschätzt werden, wenn eine Frau aufgrund mangelnden Selbstwertgefühls oder anderweitiger Sozialisationserfahrungen (kompensatorisch) überhöhte Leistungserwartungen und perfektionistische Ansprüche an sich selbst aufgebaut hat. Die Einschätzung der Situation als unveränderbar oder unkontrollierbar sowie stabile und globale Attribuierungen hinsichtlich dieser Ereignisse (z.B. „Ich bin eine schlechte Mutter, sonst würde mein Kind nicht schreien!“ oder „Ich bin eine Versagerin, sonst hätte ich eine »normale« Entbindung gehabt!“) können zu Resignation und Hilflosigkeit führen; der emotional-kognitive Copingprozess misslingt.
- Vielfach müssen von Müttern auch eigene Handlungswünsche (z.B. nach diversen Freizeitbeschäftigungen, aber auch – ganz elementar – nach Schlaf und Erholung) unterdrückt werden. Internale Kontrollüberzeugungen erleichtern hier die Bewältigung insbesondere der psychologischen Veränderungen beim Übergang zur Mutterschaft (z.B. Identitätsumbruch, Aufgabe der Berufstätigkeit, (Um-)Gestaltung der Partnerbeziehung etc.) und die Auseinandersetzung mit den neuen Aufgaben und Anforderungen. Eine bessere Anpassung gelingt dann, wenn eine Frau sich als aktiv Handelnde in diesem Prozess erfährt, wenn sie die Eigenverantwortlichkeit ihrer Entscheidung für das Kind betont und die Verantwortung für diese Entscheidung sowie die Gestaltung der Zukunft trägt, statt sich dem Schicksal ausgeliefert zu fühlen. Brüderl (1988) stellte in diesem Zusammenhang fest, dass diejenigen Eltern, die sich 3 Monate nach der Geburt ihres Kindes belastet fühlten, bereits vor der Geburt häufiger eine Auseinandersetzung mit den sich ergebenden Anforderungen eher hinauszögerten oder vermieden.

Welche *Bewältigungsstrategie* eine Frau letztendlich in all diesen Situationen anwendet, hängt – wie oben gezeigt - von ihren Bewältigungsressourcen, Vorerfahrungen im Umgang mit ähnlichen Situationen oder im Umgang mit Krisensituationen allgemein, von ihren Copingkompetenzen (und deren Einschätzung) sowie von ihrer spezifischen Vulnerabilität und Persönlichkeitsmerkmalen ab. Nicht

zuletzt zeigt sich hier auch wieder die Bedeutsamkeit der sozialen Unterstützung und inwieweit es einer Frau gelingt, sich diese (z.B. als Entlastung bei der Betreuung eines kranken oder behinderten Kindes → aktionale Strategie) nutzbar zu machen. Allerdings kann es durch die Geburt eines Kindes auch zu einer Reduktion sozialer Ressourcen kommen, was das Zurückgreifen auf diese Form der Bewältigung(-unterstützung) erschwert.

Mitberücksichtigt werden muss auch, dass die Geburt eines Kindes vielfach einen Wechsel von bisherigen Bewältigungsmustern hin zu neuen Strategien erforderlich macht. Nach einer Studie von Fthenakis (1985) stehen vor der Geburt weitgehend aktive und offensive Bewältigungsstrategien im Vordergrund, während nach der Geburt Strategien der Anpassung zunehmend an Bedeutung gewinnen. Auch die Flexibilität der Strategien ist damit ein wichtiges Charakteristikum gelungener versus misslungener Anpassung.

In jedem Fall stellt die Geburt eines Kindes eine große Herausforderung an die Anpassungs- und Bewältigungspotentiale junger Mütter dar, zumal viele Frauen beim ersten Kind keine adäquaten Bewältigungskompetenzen aus vorherigen Situationen mitbringen (Neuheit der Anforderungen); die wenigsten Frauen können auf Vorerfahrungen in Bezug auf die Versorgung eines Babys zurückgreifen. Auch die erzieherische Kompetenz kann sehr unterschiedlich ausgeprägt sein (z.B. die Fähigkeit zur Einfühlung in das Kind, angemessenes Handeln im Umgang mit Kindern). Dass diese Fähigkeiten mitabhängig sind von den eigenen frühkindlichen Erfahrungen, dürfte unmittelbar einsichtig sein.

Von den Copingkompetenzen sowie deren Wahrnehmung durch die betroffene Frau hängt in dieser Situation ab, wie (und ob) sie diese Lebenssituation und bestimmte Stressfaktoren verarbeitet: In einer Krise versucht die Frau zunächst, mit ihren bisherigen Problemlösekapazitäten die Anforderungen der Situation zu bewältigen. Sind diese jedoch ineffektiv oder reicht das Bewältigungspotential, das vorhanden ist, nicht aus, um die Situation zu bewältigen, so werden weitere innere (z.B. Abwehrmechanismen) und äußere Ressourcen mobilisiert. Verläuft auch dieser Prozess nicht adäquat und situationsgerecht, kann dies zum Ausbruch einer psychischen Störung beitragen. Andererseits kann die Verfügbarkeit (und Anwendung) effektiver, adäquater Bewältigungskompetenzen bei Kumulieren zahlreicher Stressoren im Zusammenhang mit der Geburt eines Kindes vor dem Ausbruch einer Störung schützen.

4.5 Meta-Analysen hinsichtlich der Risikofaktoren postpartaler Depressionen

Nachdem im bisherigen Verlauf des Kapitels eine Darstellung (potenzieller) Risikofaktoren unter Einordnung der Variablen in die Kategorien des Vulnerabilitäts-Stress-Modells erfolgte, wird deutlich, wie vielfältig die Einflüsse sind, die zum Ausbruch einer psychischen Störung post partum beitragen können. Für den Praktiker, der die Früherkennung leisten soll (v.a. die Hebammen), stellt sich damit die Frage, welche dieser Faktoren besonders relevant und folgenreich sein können. Dieser Aufgabe stellten sich diverse Metaanalysen, die bisherige Studienergebnisse einer weiteren Analyse hinsichtlich ihrer Effektstärke auf die Entstehung einer postpartalen Depression unterzogen.

In einer Metaanalyse wird der wissenschaftliche Kenntnisstand zu einer Fragestellung möglichst umfassend, systematisch und unter Verwendung statistischer Verfahren integriert. Damit ist ein Resümee möglich, dem mehr Bedeutung beizumessen ist, als den zugrunde liegenden Einzelbefunden. Aber es gibt auch mögliche Fehlerquellen bei Metaanalysen: Durch eine Metaanalyse können nicht vergleichbare Untersuchungen integriert werden, sowohl methodisch gute als auch schlechte Arbeiten werden bei der Integration nicht unterschieden oder die Selektivität von Wissenschaftlern repräsentiert nicht den wahren Forschungsstand, vielmehr werden überwiegend nur signifikante Ergebnisse in den Integrationsprozess mit einbezogen (Eisend 2004). Nichtsdestotrotz können unter Berücksichtigung der o.g. Einschränkungen Metaanalysen eine gute Orientierung über die empirische Datenlage zu einer Fragestellung geben, so dass im Folgenden die Metaanalysen von O'Hara/ Swain (1996), Beck (1996; 2001) sowie Robertson et al. (2004) hinsichtlich der Risikofaktoren postpartaler Depressionen detaillierter dargestellt werden. Hinsichtlich der Risikofaktoren für Wochenbettpsychosen wurden bislang keine vergleichbaren Metaanalysen durchgeführt.

O'Hara/ Swain (1996) bezogen in ihre Metaanalyse 59 (quasi-)randomisierte Studien mit insgesamt 12.810 Frauen ein. Beck (1996) führte eine Metaanalyse mit 44 Studien⁶⁰ durch (ohne Angabe der Größe der Gesamtpopulation); bei Beck (2001) erfolgte von derselben Autorin ein Update ihrer Metaanalyse auf der Basis von 84 in den 90-er Jahren neu veröffentlichten Studien. Robertson et al. (2004) haben die Metaanalysen von O'Hara/ Swain (1996) und das Update von Beck (2001) sowie weitere neuere Studien zu einer aktuellen Metaanalyse mit insgesamt über 24.000 Personen zusammengefasst. Die untersuchten Risikofak-

⁶⁰ Vorrangig Studien aus den 80-er Jahren.

toren mussten bei allen Metaanalysen in der Schwangerschaft oder bei der Entbindung evaluierbar sein – bei Beck einige Variablen auch im Zeitraum des frühen Wochenbetts; die postpartale Depression durfte frühestens 2 Wochen post partum mittels validierter oder standardisierter Messungen erfasst worden sein, um eine Vermischung mit dem Baby-Blues zu vermeiden.

Alle Autoren ermittelten die Effektstärke r nach Cohen, legten jedoch bei der Bewertung, ob es sich um kleine, mittlere oder große Effektstärken handelt, unterschiedliche Kriterien an (z.B. bei Beck 1996; 2001: 0.1 klein, 0.3 mittel, 0.5 groß; bei Robertson et al. 2004 und O'Hara/ Swain 1996: 0.2 klein, 0.4 mittel, 0.8 groß), so dass die Ergebnisse der vier Metaanalysen aus Gründen der Vergleichbarkeit tabellarisch (Tabelle 14) dargestellt werden.

Wie die Gegenüberstellung der Metaanalysen zeigt, ermittelten O'Hara/ Swain und Robertson et al. in hoher Übereinstimmung als stärkste Prädiktoren der PPD eine Vorgeschichte an Psychopathologie und psychische Störungen (Depressionen, Ängste) während der Schwangerschaft, geringe soziale Unterstützung allgemein sowie durch den Vater des Kindes und stressvolle Life-Events. Den soziodemographischen Faktoren kam bei allen Metaanalysen mit Ausnahme von Beck (2001) wenig Bedeutung zu. Persönlichkeitsfaktoren, die Beziehung zum Partner, Komplikationen in Schwangerschaft und Geburtsverlauf und kindbezogene Faktoren wiesen hingegen leichte bis mittlere Effekte auf.

Unterschiede zwischen den Metaanalysen lassen sich hinsichtlich der untersuchten Einzelfaktoren feststellen. Außer O'Hara/ Swain differenzierte kein Autorenteam die soziale Unterstützung hinsichtlich der Quellen; es ermittelten aber alle eine im Vergleich zu anderen Faktoren hohe Bedeutung. Robertson et al. (2004) und Beck (2001) evaluierten den sozioökonomischen Status als Gesamtfaktor, während O'Hara/ Swain ihn in diverse Teilbereiche unterteilten. Während Beck weitere Faktoren des frühen Wochenbetts einbezog und so zusätzlich Baby-Blues, Stress bei der Versorgung des Kindes und in ihrem Update auch das Temperament des Kindes als Einflussfaktoren ermittelte, fanden in ihrer Metaanalyse von 1996 Persönlichkeitsfaktoren und sozioökonomische Verhältnisse keine Berücksichtigung.

Tabelle 14: Vergleich diverser Metaanalysen hinsichtlich der ermittelten Effektstärke von Risikofaktoren für PPD

Risikofaktor	O'Hara/ Swain 1996	Beck 1996 ⁶¹	Beck 2001	Robertson et al. 2004
Depressionen während der Schwangerschaft	0.75	0.49-0.51	0.44-0.46	0.75
(wahrgenommener) Mangel an sozialer Unterstützung	-0.70	0.37-0.39	0.36-0.41	-0.64
Angst während der Schwangerschaft	0.68	0.30-0.36	0.41-0.45	0.68
Life-Events vor der Geburt	0.60	0.36-0.40	0.38-0.40	0.61 ⁶²
Vorgeschichte an psychischen Störungen	0.57	0.27-0.29	0.38-0.39	0.58
Unterstützung durch den Vater des Kindes	-0.53	∅	∅	∅
Neurotizismus	0.39	∅	∅	0.39
Geburtshilfliche Komplikationen und Komplikationen in der Schwangerschaft	0.26	∅	∅	0.26
Beziehung zum Ehemann/ eheliche Zufriedenheit	-0.24	0.29-0.37	0.38-0.39	0.39
Negativer Attributionsstil	0.24	∅	∅	∅
Niedriger Beschäftigungsstatus der Mutter	0.15	∅	∅	∅
Geringes Familieneinkommen	-0.14	∅	∅	∅
Parität	0.10	∅	∅	∅
Familienstand	0.05	∅	0.21-0.35	∅
Depressionen bei Verwandten	0.05	∅	∅	∅
Alter der Mutter	0.04	∅	∅	∅
Bildungsstand	-0.04	∅	∅	∅
Anzahl der Kinder	0.03	∅	∅	∅
Arbeit während der Schwangerschaft	-0.02	∅	∅	∅
Dauer der Partnerschaft	0.01	∅	∅	∅
Stress mit der Versorgung des Kindes	∅	0.48-0.49	0.45-0.46	∅
Baby-Blues	∅	0.35-0.37	0.25-0.31	∅
Selbstwertgefühl	∅	∅	0.45-0.47	∅
Temperament des Kindes	∅	∅	0.33-0.34	∅
sozioökonomischer Status (gesamt)	∅	∅	0.19-0.22	-0.14
ungeplante/ unerwünschte Schwangerschaft	∅	∅	0.14-0.17	∅

Die dargestellten Zahlen bezeichnen die ermittelte Effektstärke = r ; ∅ bedeutet, dass dieser Faktor in der Studie nicht erhoben wurde. Insgesamt waren die ermit-

⁶¹ Beck (1996; 2001) ermittelte Spannweiten der Effektgrößen, weil sie unterschiedliche Werte berechnete je nach Unterscheidung in ungewichtet, gewichtet nach untersuchter Populationsgröße und gewichtet nach Qualitätsindex.

⁶² Hier: auch im frühen Wochenbett.

telten Effektstärkewerte bei Beck (1996; 2001) deutlich kleiner als bei O'Hara/Swain oder Robertson et al., was möglicherweise auf unterschiedliche Auswertungsprogramme zurückzuführen ist, eventuell auch auf die Auswahl der in die Metaanalyse einbezogenen Studien. Beck's Metaanalysen zeichnen sich darüber hinaus dadurch aus, dass sie einige Faktoren mit berücksichtigt, die im frühen Wochenbett hinzukommen können und bei ihrem Auftreten ebenfalls eine potenzielle Gefährdung der Mutter anzeigen können.

Beck (1996) räumt ein, dass die ermittelten Zusammenhänge keine Aussagen über einen *kausalen* Einfluss erlauben. Nach Riecher-Rössler/ Hofecker-Fallahpour (2003) handelt es sich bei einigen Faktoren (z.B. Erleben des kindlichen Temperaments) möglicherweise bereits um die frühen Konsequenzen einer (beginnenden) Depression. Die Risikofaktoren lassen sich größtenteils schon während der Schwangerschaft feststellen, daher sollten Gynäkologen, Hausärzte etc. ebenso wie die Frauen selbst darüber aufgeklärt sein. Es sollte eine sorgfältige Evaluation der Vorgeschichte und der aktuellen Befindlichkeit erfolgen. Hierfür eignet sich nach Robertson et al. auch schon in der Schwangerschaft die EPDS.

Abschließend beschreiben O'Hara/ Swain den Prototyp einer schwangeren Frau, die für die Entwicklung einer PPD gefährdet ist, woraus sich gemeinsam mit den Erkenntnissen der übrigen Metaanalysen folgendes Bild ergibt:

Die gefährdete Frau gehört am wahrscheinlichsten einer unteren Sozialschicht an, obwohl auch Frauen aus den mittleren und oberen Sozialschichten beschrieben werden. Sie weist sehr wahrscheinlich ein oder mehrere Life-Events während der Schwangerschaft auf und kann unter Komplikationen in der Schwangerschaft oder während der Entbindung leiden. Sie wird eheliche Schwierigkeiten berichten (sofern sie überhaupt verheiratet ist) und erlebt ihren Partner und das weitere soziale Netzwerk als weniger unterstützend. Das erwartete Kind kann ungeplant oder unerwünscht sein. Schließlich zeigt ihre Vorgeschichte Anzeichen einer Psychopathologie, in den meisten Fällen Major Depression oder Dysthymie, und sie wird mindestens leicht depressiv und ängstlich sowie übermäßig besorgt erscheinen. Ihr Selbstwertgefühl ist eher gering. Mit hoher Wahrscheinlichkeit hat sie im frühen Wochenbett einen Baby-Blues durchlebt und empfindet die Versorgung und das Temperament ihres Kindes als schwierig.

4.6 Erfassungsmöglichkeiten gefährdeter Frauen

Es sind international bereits zahlreiche Screeningverfahren zur Feststellung der Gefährdung für eine psychische Störung post partum entwickelt worden; keines dieser Screeningverfahren hat jedoch bislang Eingang in deutsche Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen gefunden oder liegt überhaupt in deutscher Übersetzung vor. Zudem hat trotz zahlreicher Versuche bislang kein prädiktives Verfahren, welches in der Schwangerschaft mit der Aufgabe verwendet wurde, eine postpartale Depression vorherzusagen, eine zufriedenstellende Sensitivität, Spezifität oder positiven prädiktiven Wert ergeben (Austin/ Lumley 2003; Honey et al. 2003). Die Fachleute, die derzeit die bestehenden Screeningmöglichkeiten verwenden, müssen sich über eine hohe Rate an falsch positiv ermittelten Frauen bewusst sein. Beck (2002) beschreibt, dass mit dem „Antenatal Screening Questionnaire“ von Appleby et al. (1994) nur 44% der Frauen, die in der postpartalen Phase depressiv wurden, vorab korrekt identifiziert werden konnten; nach Webster et al. (2003) lag der positive Vorhersagewert des prädiktiven Index von Stamp et al. (1996) sogar nur bei 17%. Bei Honey et al. (2003) sagte der „Prädiktive Index für Postpartum Depression“ von Cooper et al. (1996) 23% der PPD-Fälle richtig vorher, und zu 97% die Fälle, die keine Depression entwickelten. Der prädiktive Index von Cooper et al. (1996) ermittelt sechs Bereiche: 1. die emotionale Erfahrung der Schwangerschaft (inklusive Angst und Depression), 2. physischer Verlauf der Schwangerschaft, 3. psychiatrische Vorgeschichte, 4. Verlust der Mutter vor dem Alter von 11 Jahren, 5. Qualität der sozialen Beziehungen, 6. soziale Faktoren. Wurde dieser Index um die Faktoren Bewältigungs- und Copingfaktoren erweitert, erhöhte sich diese Rate auf 26%. Die Erhebung von Stress mit der Versorgung des Kindes half dabei, weitere 15% der Frauen mit einer PPD (Werte >12 auf der EPDS) richtig zu identifizieren, ohne die Rate der Frauen zu verringern, die korrekt als nicht gefährdet identifiziert wurden.

Nach Austin/ Lumley (2003) ist die Gefahr einer hohen Rate an fälschlicherweise als gefährdet ermittelten Frauen eine Etikettierung und Stigmatisierung der Frauen als psychisch Kranke. Wenn eine derartig hohe Menge an Personen als potenziell gefährdet evaluiert wird, stellt sich des Weiteren auch die Frage der Behandlungsmöglichkeiten im Umfeld.

Andere Skalen wiederum sind aufgrund eines hohen Screening-Aufwands zur Standardverwendung unakzeptabel, so z.B. der „Brisbane Postnatal Depression Index“ (BPDI), der von Webster et al. (2003) beschrieben wird. Dieser wies in der

Studie der Autoren einen positiven prädiktiven Wert von 39,8% auf, ist aber ungleich umständlicher und schwieriger in der Anwendung als andere Skalen. So kommen beispielsweise unterschiedlichste Skalen zur Verwendung, z.B. ein eigener Fragebogen zur sozialen Unterstützung in der Mutterschaft, eine Mutter-Kind-Skala mit diversen Fragestellungen zum Befinden des Kindes und zur Mutter-Kind-Interaktion oder die Kennerley Blues-Scale zur Erfassung des Baby-Blues. Zusammen mit zu evaluierenden Einzelfaktoren werden die Werte der Unterskalen zum Schluss in einer Endauswertung überprüft, deren Gesamtscore Aufschluss über das Risiko gibt. Die Akzeptanz sowohl durch Mütter als auch Fachleute muss hierbei deutlich in Frage gestellt werden. Nur 50,1% der an der Studie teilnehmenden Mütter füllten alle Fragebögen aus; für die Anwender erfordert diese Art der Risikoidentifizierung einen enorm hohen Screeningaufwand (und zeitlich intensive Auswertung).

Selbst wenn ein Screeningverfahren entwickelt würde, welches betroffene Frauen sorgfältig identifiziert, bleibt das Problem, das vor allem die Frauen, die nicht an einem Screeningprozess teilnehmen wollen, am meisten für eine Depression gefährdet erscheinen (Brugha et al. 2000). Austin (2004) hält es zudem für ein unrealistisches Ziel, den Ausbruch einer 6-12 Monate später auftretenden Depression vorherzusagen, weil in dieser Zeit so viele weitere Variablen intervenieren. Sie schlägt daher vor, dass mittels eines Interviews durch die Hebamme eine Kombination von psychosozialem Screening und EPDS verwendet wird, um die ermittelte Rate zu verbessern. Bevor jedoch eine Evaluierung der Risikofaktoren erfolgt, muss sichergestellt sein, dass es im Umfeld adäquate Ressourcen gibt, innerhalb derer die Frau weitervermittelt und behandelt werden kann. Es müssen klare Handlungspläne vorliegen, was in diesen Fällen getan werden soll, am besten auch in Abhängigkeit von dem jeweils vorliegenden spezifischen Risikofaktor. Dies kann so aussehen, dass z.B. in der Schwangerschaft Gruppen angeboten werden für Mütter, die einen Bedarf haben, Stressmanagementfähigkeiten zu erlernen, dass Psychiater bereitstehen müssen, um mit manchen Frauen eine medikamentöse Behandlung zu diskutieren, oder Sozialarbeiter, um Bereiche rund um Gewalterfahrungen oder Beziehungsprobleme mit den Frauen zu lösen. Die Interventionen hängen davon ab, welche Möglichkeiten im lokalen Umfeld bereit stehen.

Die Verwendung von Fragebögen hinsichtlich Gefährdungsfaktoren ist nach Rivière-Pigeon et al. (2004) auch deshalb nicht unproblematisch, da z.B. nach vorherigen Depressionen gefragt wird ebenso wie nach einer evtl. problematischen

Beziehung zur eigenen Mutter. Bei diesen sehr intimen Fragen kann es dazu kommen, dass die Befragten die Mitarbeit verweigern. Bei einem Gespräch mit der Frau erhält diese hingegen viel mehr die Gelegenheit, über sich und ihre Probleme zu sprechen. Die Wahrnehmung gefährdeter Frauen wird alleine dadurch erhöht, dass ein Klima geschaffen wird, welches es der Frau ermöglicht, ihre Gefühle auszudrücken. Diesem Anspruch wird das „Postpartum Depression Predictors Inventory“ (PDPI) von Beck (1998a; 2002) gerecht, welches Leitfragen für ein persönliches Interview mit der Schwangeren/ Wöchnerin vorgibt.

Beck (1998a) entwickelte das PDPI auf Basis ihrer ersten Metaanalyse (Beck 1996) als eine Checkliste, um Frauen, die für die Entstehung einer PPD gefährdet sind, zu identifizieren und ihnen möglichst früh präventive Angebote und eine Behandlung zukommen zu lassen. Beck betont jedoch auch, dass Risikofaktoren nur die *Wahrscheinlichkeit* einer Frau vorhersagen, nicht jedoch notwendigerweise die tatsächliche Entwicklung einer Störung. Zudem lassen sich nicht alle Faktoren im Vorhinein modifizieren.

In ihrer revidierten Fassung (Beck 2002) bezog die Autorin die Erkenntnisse ihrer aktualisierten Metaanalyse (Beck 2001) mit ein und erweiterte den Fragenkomplex um die neu evaluierten Risikofaktoren. Abgefragt werden davon bereits in der Schwangerschaft die folgenden Themenkomplexe: pränatale Depression, pränatale Angst, eine Vorgeschichte an Depressionen, soziale Unterstützung, eheliche Zufriedenheit, stressvolle Lebensereignisse, ungeplante/ unerwünschte Schwangerschaft, sozioökonomischer Status, Selbstwertgefühl und Familienstand. Nach der Geburt werden folgende Gebiete hinzugefügt: Stress mit der Versorgung des Kindes, Temperament des Kindes, Baby-Blues.⁶³ Nunmehr sind 10 Prädiktoren während der Schwangerschaft und 3 erst danach abfragbar; zu jedem Prädiktor gibt die Autorin Leitfragen an. Die deutsche Übersetzung der revidierten Checkliste von Beck gibt Abbildung 2 wieder.

⁶³ M.E. sollte dieses Inventar um die Frage nach Entbindungsfaktoren ergänzt werden.

PDPI Postpartum Depression Predictors Inventory (Beck 2002)		
Während der Schwangerschaft	Zutreffendes ankreuzen	
Familienstand		
ledig	<input type="radio"/>	
verheiratet/ zusammenlebend	<input type="radio"/>	
geschieden	<input type="radio"/>	
verwitwet	<input type="radio"/>	
in Partnerschaft befindlich	<input type="radio"/>	
sozioökonomischer Status⁶⁴		
gering	<input type="radio"/>	
mittel	<input type="radio"/>	
hoch	<input type="radio"/>	
Selbstwertgefühl		
Haben Sie eine positive Einstellung zu sich selbst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Empfinden Sie sich als wertvoller Mensch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Denken Sie, dass Sie über eine Menge positiver persönlicher Eigenschaften verfügen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pränatale Depression		
Haben Sie sich während dieser Schwangerschaft depressiv gefühlt? Wenn ja: Wie lange haben Sie sich so gefühlt? Als wie leicht oder schwer würden Sie Ihre Depression beschreiben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pränatale Angst		
Haben Sie sich während dieser Schwangerschaft ängstlich gefühlt? Wenn ja: Wie lange haben Sie sich so gefühlt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ungeplante/ unerwünschte Schwangerschaft		
War die Schwangerschaft geplant?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist die Schwangerschaft erwünscht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vorgeschichte an Depressionen		
Waren Sie vor dieser Schwangerschaft schon einmal depressiv? Wenn ja: Wann war das?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja: Waren Sie aufgrund einer vergangenen Depression schon einmal in medizinischer Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja: Haben Sie Medikamente gegen die Depression bekommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

⁶⁴ Die Autorin macht keinerlei Angaben, wie sie den sozioökonomischen Status erhebt, z.B. über Einkommensgrenzen oder Bildungsstand.

Soziale Unterstützung		
Haben Sie den Eindruck, dass Sie ausreichend emotionale Unterstützung von Ihrem Partner bekommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie den Eindruck, dass Sie ausreichend instrumentelle Unterstützung von Ihrem Partner bekommen, z.B. Hilfe im Haushalt oder bei der Versorgung der Kinder?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie den Eindruck, dass Sie sich auf Ihren Partner verlassen können, wenn Sie Hilfe benötigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie den Eindruck, dass Sie sich auf Ihren Partner verlassen können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>(Diese Fragen sollten auch jeweils hinsichtlich Familie und Freunden wiederholt werden)</i>		
Eheliche Zufriedenheit		
Sind Sie zufrieden mit Ihrer Ehe oder Partnerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie derzeit irgendwelche Eheprobleme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Läuft es gut zwischen Ihnen und Ihrem Partner?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stressvolle Lebensereignisse		
Erleben Sie derzeit irgendwelche Stress-Situationen in Ihrem Leben, z.B.:		
finanzielle Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eheprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tod eines Angehörigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
schwere Erkrankung in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umzug	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeitslosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
berufliche Veränderung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Nach der Entbindung die folgenden Fragen hinzufügen</i>		
Stress mit der Versorgung des Kindes		
Hat Ihr Kind irgendwelche gesundheitlichen Probleme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Schwierigkeiten beim Füttern Ihres Babys?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Schlaf Ihres Babys?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperament des Kindes		
Würden Sie Ihr Kind als leicht erregbar und empfindlich bezeichnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weint Ihr Baby viel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist Ihr Baby schwer zu trösten oder zu beruhigen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Baby-Blues		
Haben Sie in der ersten Woche nach der Entbindung eine kurze Phase gehabt, in der sie besonders weinerlich waren oder Stimmungsschwankungen hatten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Anmerkungen:</i>		

Abbildung 2: Leitfaden für die Verwendung der PDPI (revidierte Fassung nach Beck 2002, deutsche Übersetzung durch die Verfasserin)

Beck hat das PDPI bewusst nicht als Selbstrating-Instrument entwickelt, sondern für ein Interview, mit Hilfe dessen die Hebamme oder sonstige Professionelle mit der Mutter über deren Erfahrungen und Probleme ins Gespräch kommen können. Es wurde daher auch bewusst kein Cut-off-Score angegeben, ab dem eine Frau potenziell gefährdet sein könnte. Beck schlägt vor, das PDPI einmal pro Schwangerschaftstrimester zu verwenden, da sich die Erfahrungen der Frau (z.B. Life-Events) und ihre Befindlichkeit (z.B. Depression in der Schwangerschaft) verändern können. Auch im gesamten Jahr nach der Geburt sollte/ kann das PDPI verwendet werden. Nach Hanna et al. (2004) identifizierte das PDPI in der Schwangerschaft 45% der Frauen mit Risiko für eine Depression und post partum 30% derer, die eine Depression entwickelten.

Die von Beck vorgeschlagenen Handlungskonsequenzen bei potenzieller Gefährdung der Frau sind allerdings dürftig: Die Risikofrauen sollten mit Telefonkontakten weiterbetreut, und es sollte ihnen die Telefonnummer einer Selbsthilfegruppe ausgehändigt werden; Hausbesuche sollten möglich sein.

Wie auch die EPDS ist das PDPI kein diagnostisches Instrument. Es soll einen Dialog zwischen der Frau und den Gesundheitsfachleuten ermöglichen und ermutigen, weil die Frau eine Gelegenheit erhält, ihre Erfahrungen und Probleme zu diskutieren. Auf dieser Basis können die Frauen mit weiteren Informationen über das Störungsbild versorgt werden und andere Interventionen in Kraft treten. Eine derartige Vorgehensweise benötigt nach Rivières-Pigeon et al. (2004) kein spezielles Training und kann von Kinderärzten ebenso wie von Gynäkologen, Hebammen oder Kinderkrankenschwestern angewandt werden, die zu der Frau in den ersten Tagen nach der Geburt Kontakt haben.

Dass das PDPI auch in der praktischen Anwendung durch Hebammen praktikabel ist und zu einer intensivierten Betreuung führt, konnte von Hanna et al (2004) gezeigt werden. Die Autoren untersuchten die Interventionen von Hebammen und Mutter-Kind-Krankenschwestern nach dem Gebrauch des PDPI, der EPDS und der Postpartum Depression Screening Scale (PDSS). Die Daten wurden 28 Wochen pränatal und 8 Wochen postnatal erhoben. Das PDPI befähigte die Anwenderinnen, für eine PPD gefährdete Frauen zu identifizieren und ihnen Interventionsangebote zu machen: Von 8 Frauen, die als gefährdet identifiziert wurden, erhielten 7 Frauen Informationen über postpartale Depressionen, bevor sie eingetreten waren; 5 Frauen erhielten eine non-direktive Beratung durch die Hebammen oder Krankenschwestern, v.a. diejenigen Frauen, die sich während der Schwangerschaft depressiv fühlten. 31% der in der Schwangerschaft depressi-

ven Frauen wurde an eine psychiatrische Krankenschwester weitervermittelt. Bei der Evaluierung von Risikofaktoren nach der Geburt erhielten 56% der Frauen, die Stress mit der Versorgung des Kindes berichteten, eine non-direktive Beratung durch ihre Hebamme oder Krankenschwester, verglichen mit 38% der Frauen, die stressvolle Lebensereignisse berichteten, und 40% der Frauen, die einen Baby-Blues durchmachten. Die Ergebnisse der Studie lassen vermuten, dass das PDPI Hebammen und Krankenschwestern befähigt, auf Anzeichen, dass eine Frau für eine postpartale Depression gefährdet sein könnte, zu reagieren. Die Konsequenz war meist die Aufklärung über das Risiko einer postpartalen Depression und die non-direktive Beratung. Beide Berufsgruppen empfanden es nützlich, die Checkliste zu verwenden, um ein Gespräch über postpartale Depressionen zu beginnen und weitere Faktoren zu erfragen, die für die einzelne Frau relevant sind. Dies ist insofern wichtig, da Frauen es nach einer Untersuchung von Rowley (2002, zit. nach Hanna et al. 2004) benötigen und wünschen, über ihre Gefühle befragt zu werden, um dann weitere Unterstützung zu erhalten. Das Training von Hebammen im Umgang mit dieser Checkliste ist daher wichtig und empfehlenswert.

Es empfiehlt sich eine Verwendung durch Hebammen, um mit betroffenen Frauen ins Gespräch zu kommen, auch über Ängste und Befürchtungen und selbst wahrgenommene Problemfelder, die zu einer Depression führen könnten. Als solche bietet diese Checkliste eine gute Grundlage und Sicherheit für die Hebamme über die relevanten Themenbereiche und lässt sich somit leicht in ein Screeningprogramm zur Früherkennung integrieren. Die Kenntnis der relevanten Problemvariablen ermöglicht es, die als gefährdet wahrgenommenen Frauen a) über ihre Gefährdung aufzuklären und sie z.B. über Anzeichen einer beginnenden Depression zu unterrichten, so dass sie ggfs. schneller und bereitwilliger selber Hilfe suchen; b) vonseiten der Professionellen ein besonderes Augenmerk auf die Befindlichkeit dieser Frauen im Wochenbett zu haben und z.B. die Wochenbettbesuche länger auszudehnen, um auch spätere Auftretenszeitpunkte noch erkennen zu können, c) in bestimmten Fällen (z.B. aktuelle Depression in der Schwangerschaft) die Frau bereits in der Schwangerschaft an anderweitige Behandlungseinrichtungen zu vermitteln.

Da das PDPI (oder andere Screeningverfahren für Gefährdungsfaktoren) nur für eine Evaluierung der Gefährdung für eine PPD gedacht sind, empfiehlt sich nach SIGN (2002) bezüglich der Gefährdung für eine Wochenbett~~psychose~~, ebenfalls schon in der Schwangerschaft darauf zu achten, inwiefern es vorherige Wochen-

bettpsychosen gegeben hat oder ob eine Vorgeschichte sonstiger Psychopathologie (v.a. affektive Psychosen) oder eine familiäre Belastung mit affektiven Psychosen vorliegen. Frauen mit derartigen Risikofaktoren sollten bereits in der Schwangerschaft psychiatrische Begleitung erhalten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass trotz (oder gerade wegen) der Vielzahl an gefundenen Variablen, die mit der Entwicklung einer PPD oder Wochenbettpsychose in Verbindung stehen können, die individuellen Faktoren und die Beziehung der Faktoren zueinander schwer zu bestimmen sind. Die oben dargestellten und durch ein Screening wie das PDPI ermittelbaren Risikofaktoren *verursachen* keine postpartale Depression. Bedeutsam ist es, eine Frau darauf aufmerksam zu machen, dass sie potenziell eine Vulnerabilität mitbringt, damit sie z.B. Unterstützungsmöglichkeiten mobilisiert. Durch ein Gespräch muss der „Makel“ einer psychischen Störung reduziert und die Frauen zur schnellen Inanspruchnahme von Hilfen motiviert werden, *falls* es zum Ausbruch einer Störung kommt. Natürlich setzt ein derartiges Gespräch ein behutsames Vorgehen vonseiten der Professionellen und ein sensibles Umgehen mit den z.T. recht brisanten Fragenkomplexen voraus, so dass bei SIGN (2002) die Notwendigkeit von Schulungen im Umgang mit derartigen Screeningverfahren hervorgehoben wird. Wenn Fachleute die ermittelten Risikofaktoren beachten, sind sie hinsichtlich der Wahrnehmung beginnender Störungen sensibilisiert und können früher intervenieren.

Wie der geringe prädiktive Wert aller bisherigen Screeningverfahren zeigt, gibt es eine große Gruppe von Frauen, denen es trotz vieler psychosozialer Stressfaktoren gelingt, gesund zu bleiben, während andere - auf dem Hintergrund ihrer persönlichen Vulnerabilität - psychisch erkranken. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell hilft dabei, die Individualität des Einzelfalls im Auge zu behalten und der Mannigfaltigkeit möglicher Zusammenhänge bei der Auslösung und Ausgestaltung der psychischen Störungen post partum gerecht zu werden.

5 Die Behandlung psychischer Störungen post partum – Behandlungsmodelle, Behandlungsangebote und Be- handlungssituation

Die Behandlungssituation für Betroffene in der BRD ist dadurch gekennzeichnet, dass nach wie vor nur wenige Fachleute ein spezifisches Wissen über psychische Störungen post partum erworben haben (Nispel 2001). Dies führt dazu, dass diese Störungsbilder häufig übersehen werden und sich z.T. chronifizieren; nach Ramsay (1993, zit. nach Kemp et al. 2003) bleiben bis zu 50% der leichteren postpartalen Depressionen unerkannt; ähnliche Angaben machen Peindl et al. (2004): Von den befragten Müttern erhielten nur 47% bei einer vorherigen Episode postpartaler Depression eine Behandlung. Andererseits ist auch die Inanspruchnahme von Angeboten bei den Betroffenen selbst sehr gering: Bei Small et al. (1994) suchten nur $\frac{1}{3}$ depressiver Mütter professionelle Hilfe, bei McIntosh (1993) sogar nur $\frac{1}{4}$ der betroffenen Mütter. Bei Ballestrem et al. (2002; 2005) lehnten 82% aller Mütter alle therapeutischen Angebote ab.

Neben einer frühen Erkennung der Störungen ist es ebenso wesentlich, dass Professionelle in der Lage sind, betroffene Mütter zu ermutigen, weitergehende Hilfen in Anspruch zu nehmen, z.B. eine medikamentöse oder psychotherapeutische Behandlung, ggfs. auch einen stationären Aufenthalt. Dies setzt das Wissen über Behandlungsmöglichkeiten im konkreten Arbeitsumfeld (z.B. Ansprechpartner, Therapeuten- und Kliniklisten vor Ort) ebenso voraus wie Kenntnisse darüber, welche Verfahren sich in der Behandlung psychischer Störungen post partum als besonders effektiv erwiesen haben und welche Besonderheiten in der speziellen Situation des Wochenbetts zu beachten sind.

Generell werden psychische Störungen post partum behandelt wie die entsprechenden nicht-puerperalen Störungen. Ob eine Behandlung notwendig ist, richtet sich dabei nach dem Schweregrad der Störung: Leichtere Wochenbettdepressionen sind ambulant psycho- und soziotherapeutisch meist gut zu behandeln; kognitive Verhaltenstherapie und interpersonelle Therapie haben sich als besonders wirksam bei postpartalen Depressionen herausgestellt. Ergänzend sind auch Selbsthilfegruppen zu empfehlen. Bei schweren Verläufen sind zusätzlich Antidepressiva indiziert; in Einzelfällen kann es auch sinnvoll sein, die Patientin stationär aufzunehmen, v.a bei Suizidgefahr. Wochenbettpsychosen sollten generell – auch wegen der Gefahr des erweiterten Suizids - stationär behandelt werden; idealerweise erfolgt die Behandlung in dafür spezialisierten interdisziplinären Mutter-Kind-Einheiten (Kemp et al. 2003).

Es gibt jedoch darüber hinaus spezifische Erfordernisse der Postpartalzeit und damit wesentliche Punkte, die sich in der Behandlung dieser Frauen unterscheiden. Dazu zählt z.B. die medikamentöse Behandlung, die das Stillen/ Abstillen der Frauen berücksichtigen muss, hormonelle Behandlungsansätze für die Untergruppe der Frauen mit hormoneller Labilität sowie Ansätze zur gemeinsamen Behandlung von Mutter und Kind in der Psychiatrie.

Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Psychiatern, Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeitern, Hebammen, Stillberaterinnen, Gynäkologen, Kinderärzten und Hausärzten sowie ausreichend Sachkenntnis bei der Behandlung ist zudem dringend erforderlich. So sollte z.B. nach Brockington (2001a) die Behandlung von Müttern mit psychischen Störungen post partum idealerweise folgende Kriterien erfüllen:

- ein multidisziplinäres, spezialisiertes Team;
- einen sozialpsychiatrischen Dienst, der Diagnostik und Behandlung zu Hause ermöglicht;
- eine Tagesklinik für Mütter mit ihren Kindern;
- gemeinsame stationäre Behandlung von Müttern mit ihren Kindern;
- Liaisondienst für die Geburtshilfen;
- Kontakte zu anderen Einrichtungen;
- ein Netz freiwilliger Organisationen;
- Sachkenntnis in der Begutachtung und forensischer Psychiatrie.

Zweck dieser umfassenden Versorgung ist nach Brockington die Prävention bei vulnerablen Müttern, die frühe und genaue Diagnose einschließlich Abschätzung der Mutter-Kind-Beziehung und eine schnelle und wirksame Behandlung, die mit minimaler Unterbrechung des Lebens der Familie einhergeht.

Hierbei ist eine Eingliederung der Behandlung postpartaler Depressionen und ihrer Rezidivprophylaxe in bestehende Beratungs- und Betreuungsangebote für Mütter anzustreben. Es gilt außerdem nicht zu entscheiden, welcher Dienst der beste, sondern wie nützlich diese Einrichtung für den einzelnen Betroffenen ist. Es muss eine individuelle Planung erfolgen, die abhängig ist vom Zustandsbild, Schweregrad der Störung, medizinischen Umständen, Persönlichkeit, Familienstruktur, dem sozialen Umfeld etc. Dies erfordert neben der interdisziplinären Betrachtung zudem die Kombination psychologischer und somatischer (v.a. psychopharmakologischer) Behandlungsansätze, ergänzt durch systemische (famili-

entherapeutische Arbeit, Einbeziehen von Angehörigen, sozialarbeiterische Maßnahmen etc).

5.1 Die somatische Behandlung psychischer Störungen post partum

Praktische Anwendung in der Behandlung von Frauen mit PPD oder Wochenbettpsychosen finden v.a. Psychopharmaka und hormonelle Behandlungsansätze; bei schweren PPD (insbesondere bei suizidalem Risiko oder depressivem Stupor) und Wochenbettpsychosen, v.a. bei Frauen, die nicht auf die medikamentöse Behandlung ansprechen oder bei Kontraindikationen gegen Psychopharmaka wird im stationären Rahmen auch die Elektrokrampftherapie erfolgreich angewendet. Darüber hinaus werden etliche alternative Therapieverfahren zur Anwendung bei postpartalen Depressionen beschrieben, wie Lichttherapie, Massagen und diverse naturheilkundliche Behandlungsmethoden, die bei leichteren und mittelschweren Depressionen eine gute Unterstützung der Frau bieten können und für viele Betroffene eine größere Akzeptanz haben als z.B. Psychopharmaka (Mantle 2002). Diese Behandlungsansätze sind jedoch wenig, noch nicht oder nicht weiter erforscht worden, so dass eine Einschätzung ihrer Wirkung und Relevanz schwer möglich ist.

Im Folgenden soll ein Überblick über mögliche psychopharmakologische, hormonelle und sonstige alternative Behandlungsansätze gegeben werden; die Behandlung obliegt dem Hausarzt oder Psychiater (bzw. Gynäkologen bei hormoneller Behandlung), an den Betroffene überwiesen werden müssen, wenn der Schweregrad der Störung eine medikamentöse Behandlung erforderlich macht. Letztendlich sollten aber auch nicht-medizinische Berufsgruppen, die potenziell mit betroffenen Müttern in Kontakt kommen, über die Behandlungsmöglichkeiten orientiert sein, damit sie eine betroffene oder gefährdete Frau diesbezüglich beraten und sie zur Inanspruchnahme weiterer Behandlung motivieren können.

5.1.1 Psychopharmakologische Behandlungsmethoden und ihre Besonderheiten bei stillenden Müttern im Wochenbett

Für die psychopharmakologische Behandlung der postpartalen psychischen Störungen stehen zahlreiche Medikamente der vier wichtigsten Psychopharmakagruppen Antidepressiva, Anxiolytika, Antipsychotika (Neuroleptika) und Phasenprophylaktika (z.B. Lithium) zur Verfügung, die entsprechend dem klinischen Bild Verwendung finden:

- *Antidepressiva*: Trizyklische Antidepressiva⁶⁵, selektive Serotonin-Reuptake-Hemmer (SSRI)⁶⁶ und MAO-Hemmer⁶⁷ sind gängige Mittel in der Depressionsbehandlung. SSRIs sind post partum die Mittel der ersten Wahl, da sie anxiolytisch, nicht sedierend und vergleichsweise nebenwirkungsarm sind und bei einer Überdosierung nur geringe toxische Effekte haben (Gold 2002, zit. nach Kemp et al. 2003). Zudem haben sie ein relativ geringes Switchrisiko⁶⁸ (Krüger 2003). Jede Depression kann unabhängig von ihren Ursachen mit Antidepressiva behandelt werden. Je schwerer das depressive Syndrom ist, desto eher muss an erster Stelle eine medikamentöse Behandlung mit einem Antidepressivum erfolgen (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 1997). Antidepressiva wirken mit einer gewissen Latenz; in den ersten Tagen darf jedoch zumindest die Besserung einzelner Symptome erwartet werden. Dies ist ein guter Prädiktor für den Gesamterfolg, der z.T. erst nach 6-8 Wochen erreicht wird. Beobachten der Arzt, die Angehörigen und die Patientin in den ersten 10-14 Tagen keinerlei Besserung, so ist eine Therapieänderung indiziert, wobei zu beachten ist, dass die Selbstwahrnehmung der Betroffenen der objektiv sichtbaren Besserung deutlich hinterherhinken kann, was mit den kognitiven Verzerrungen der Patientin erklärbar ist (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 1997). Eine Provokation oder das Persistieren von Suizidgedanken oder -handlungen können bei allen antriebssteigernden Antidepressiva beobachtet werden, wenn sich die Stimmung (noch) nicht verbessert hat (a.a.O.); hier ist besondere Beobachtung vonnöten.

⁶⁵ Trizyklische Antidepressiva beeinflussen die Wiederaufnahme von Noradrenalin und Serotonin im synaptischen Spalt.

⁶⁶ Serotonin-Reuptake-Hemmer hemmen die Wiederaufnahme von Serotonin im synaptischen Spalt.

⁶⁷ MAO-Hemmer halten das Enzym Monoaminoxidase davon ab, Neurotransmitter zu deaktivieren.

⁶⁸ Switchrisiko = Risiko des Switches in eine Manie.

- *Antipsychotika (Neuroleptika)*: Wie der Name schon sagt, wirken die Antipsychotika gegen jede Art von psychotischen Symptomen (Rohde 2004). Angewandt werden diese Mittel im Wochenbett bevorzugt bei manischen, schizoaffectiven und schizophrenen Wochenbettpsychosen. Auch bei Depression mit Wahn ist eine Kombination mit mittel- bis hochpotenten⁶⁹ Neuroleptika sinnvoll (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 1997).
- *Anxiolytika*: Tranquilizer (Benzodiazepin-Präparate) lösen zwar Angstzustände, dämpfen und beruhigen, steigern aber gleichzeitig Müdigkeit und Verwirrung und sollten wegen des Risikos einer Suchtentwicklung nur für eine begrenzte Zeit eingesetzt werden. Sie sind bei Angststörungen, jedoch in den seltensten Fällen bei Depressionen und Psychosen indiziert; meist ist der gleiche Effekt durch die Wahl des richtigen (sedierenden) Antidepressivums zu erzielen (Benkert 1997). Ihre Verabreichung kann jedoch in Einzelfällen zur Sedierung bei akuter Suizidgefährdung sinnvoll sein (Battegay 1991).
- *Phasenprophylaktika*: Bipolare Störungen oder unipolare Manien werden mit Lithium, Valproat oder Carbamazepin behandelt. Bei bipolaren Verläufen (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 1997) und euphorischer Manie (Walden 2000, zit. nach Langosch 2002) steht Lithium auf Grund der langjährigen Erfahrung nach wie vor an erster Stelle. Valproat und Carbamazepin werden hingegen häufiger bei dysphorischen Manien und bei Manien mit psychotischen Symptomen eingesetzt (a.a.O.).

Dosierung, Applikationsform und Behandlungsdauer der eingesetzten Medikamente im Wochenbett unterscheiden sich nach Fallgatter et al. (2002) nicht gegenüber der Behandlung bei nicht-puerperalen psychischen Störungen. Die Wirksamkeit dieser Psychopharmaka auch bei psychischen Störungen post partum konnte in zahlreichen Studien nachgewiesen werden: Nach Suri et al. (2001) erfolgte die Behandlung der PPD z.B. effektiv mit Fluvoxamin, welches zur Kategorie der selektiven Serotonin-Rückaufnahme-Hemmer gehört; die größte Verbesserung wurde zwischen der 2. und 3. Verabreichungswoche erreicht. Auch andere Autoren (z.B. Wisner et al. 1999a; Stowe et al. 1995) wiesen die Wirksamkeit sowohl von SSRIs als auch von trizyklischen Antidepressiva in der Behandlung postpartaler Depressionen nach. Nach Wisner et al. (1999a) erwiesen sich bei einem Vergleich der Besserungsrate die SSRIs den TZADs überlegen,

⁶⁹ Hochpotente und mittelpotente Antipsychotika wirken gut gegen Wahn und Halluzinationen, während niedrigpotente Antipsychotika überwiegend zur Angstlösung und Beruhigung eingesetzt werden (Rohde 2004).

was besonders auch auf dem Hintergrund, dass viele Frauen mit PPD gleichzeitig Zwangssymptome aufweisen, die unter der Behandlung mit SSRIs ebenfalls zurückgehen, sinnvoll erscheint.

In einem Vergleich von postpartal depressiven Frauen mit nicht-puerperal depressiven Frauen zeigte sich bei Hendrick et al. (2000), dass die postpartalen Frauen langsamer auf Psychopharmaka ansprachen, möglicherweise aufgrund der Komorbidität mit Angst. Nach 3-wöchiger Behandlung hatten sich von den nicht-puerperal depressiven Frauen 75% erholt, gegenüber nur 36% der Frauen mit PPD. Die bisherige Dauer der Depression spielte hierbei keine Rolle; auch die Art der verschriebenen Medikamente – v.a. Serotonin-Reuptake-Hemmer – unterschied sich in den beiden Gruppen nicht signifikant. Demgegenüber konnten Stowe et al. (1995) keine Unterschiede beim Ansprechen auf Psychopharmaka bei PPD- und nicht-puerperal depressiven Müttern finden.

Viele Mütter lehnen eine Behandlung mit Psychopharmaka von vornherein ab, weil sie weiter stillen möchten und einen Übertritt des Medikamentes auf das Kind befürchten (McIntosh 1993; Small et al. 1994). Erste Ansprechpartnerin ist oft die Hebamme, weil die Mütter v.a. durch das drohende Abstillen aufgrund einer psychopharmakologischen Behandlung stark verunsichert sind.

Selbst von Psychiatern wird die Frage, ob das Stillen unter einer bestimmten Medikamentenbehandlung erlaubt ist, häufig mit „Nein“ beantwortet.

„Die Hinweise in Beipackzetteln oder Standardwerken wie der Roten Liste sind oft unzureichend oder irreführend. Dies liegt zum einen an den Verfassern - den Herstellern -, die ein verständliches Interesse nach größtmöglicher Absicherung gegen Haftungsrisiken haben, zum anderen an den Lesern - den Ärzten -, die oft nicht ausreichend über dieses Thema informiert sind.“ (Greve et al. 2004, S. 27).

Aus Angst und Unkenntnis wird oft abgestillt. Für die meisten Behandlungsindikationen lässt sich nach Schaefer (1999) jedoch ein verträgliches Arzneimittel finden; der ungerechtfertigte Rat zum Abstillen hingegen stellt ein traumatisierendes Eingreifen in die Mutter-Kind-Beziehung dar, was bei gewissenhafter Medikamentenauswahl vermieden werden kann. Wird aufgrund von Medikamenteneinnahme ein Abstillen erforderlich, werden die Betroffenen mit den daraus resultierenden inneren Konflikten oft wiederum allein gelassen. Das Abstillen unter antidepressiven Mitteln sollte daher auch nach Bergemann (unveröff. Vortrag, Marcé-Symposium 2004) möglichst vermieden werden, da es die Frauen, deren

Selbstwertgefühl ohnehin stark beschädigt ist, einer wesentlichen Möglichkeit beraubt, sich als gute und kompetente Mütter zu fühlen.

Ob die Einnahme einer Substanz ein Risiko für das Kind darstellt, hängt nach Greve et al. (2004) von vielen spezifischen Eigenschaften ab, unter anderem davon, in welcher Konzentration sie in die Muttermilch übertritt. Auch Medikamente mit gleicher oder ähnlicher Wirkung können sich in dieser Hinsicht stark voneinander unterscheiden. Mittlerweile ist eine Vielzahl von Arzneimitteln diesbezüglich untersucht worden; die meisten Antidepressiva erreichen nach Aussagen etlicher Autoren in der Muttermilch nur Konzentrationen, die für den (gesunden und termingerecht geborenen) Säugling unter dem toxischen Bereich liegen (Hendrick et al. 2001; Epperson et al. 2001).⁷⁰ Lithium ist aufgrund der Toxizität für den Säugling nach allgemeiner Einschätzung (z.B. Burt et al. 2001; SIGN 2002; Lanczik et al. 1998) während des Stillens nicht empfehlenswert. Unter der Behandlung mit Antipsychotika wird den Müttern nahezu immer das Abstillen nahe gelegt, zumal die Psychose der Mutter oft eine adäquate Versorgung des Kindes ohnehin schwierig macht. Antipsychotika sind bei stillenden Müttern zudem noch nicht ausreichend erforscht; es wurden jedoch bisher in keiner Untersuchung schwerwiegende oder bleibende Beeinträchtigungen berichtet (Greve et al. (2004); dies gilt auch für die neuen Phasenprophylaktika und atypischen Antipsychotika. Als Nebenwirkung auf Benzodiazepine wurde bei dem gestillten Säugling öfter eine Sedierung beobachtet (a.a.O.). Ausführliche Empfehlungen, welche Medikamente nach den derzeitigen Erkenntnissen als sicher betrachtet werden können, findet man z.B. bei Greve et al. (2004) sowie Lanczik et al. (2001).

Sowohl Burt et al. (2001) als auch Webb et al. (2005) haben jedoch bei einer detaillierten Analyse von Studien ermittelt, dass es keine kontrollierten Studien, sondern zumeist nur einzelne Stichproben und Fallbeschreibungen zum Gebrauch der Psychopharmaka während des Stillens gibt. Es bleibt unklar, in welchem Ausmaß die Medikamente in die Muttermilch übergehen und ob unter Dauermedikation scheinbar zu vernachlässigende Konzentrationen aufgrund der verlängerten Halbwertszeit im Säuglingsalter durch Kumulation zu Symptomen führen können. Daher muss jeder Fall individuell betrachtet werden; jede Mutter muss über die Vor- und Nachteile informiert werden, um eine gut informierte Entscheidung treffen zu können. In manchen Fällen ist eine Stillpause nach Ein-

⁷⁰ Eine ausführliche Literaturliste über existierende Studien findet man beispielsweise bei Epperson et al. (2001) oder Burt et al. (2001).

nahme des Medikamentes sinnvoll, z.B. durch einen abendlichen Einnahmetermin nach der letzten Stillmahlzeit, ggfs. mit Fläschchenfütterung während der Nacht. Durch Abwarten von ein bis zwei Halbwertzeiten können so Konzentrationsspitzen umgangen werden. Bei der Behandlung mit Psychopharmaka während des Stillens ist es nach Burt et al. (2001) zudem anzuraten, dass der Kinderarzt in die regelmäßige Kontrolle des Babys einbezogen wird.

Letztendlich obliegt die Wahl des geeigneten Psychopharmakons dem behandelnden Arzt, der sich z.B. bei der Marcé-Gesellschaft weiterführende Informationen einholen kann. Aufgabe der Stillberaterin (zumeist der Hebamme) kann es sein, die Mutter zu bestärken, auch entgegen potenziell anderweitiger Auskünfte eines Psychiaters diesen zur Einholung von Expertenmeinungen zu drängen und sich nicht vorschnell mit dem Abstillen abzufinden. Möglich und denkbar wäre auch eine Kontaktaufnahme und Zusammenarbeit von Stillberaterin/ Hebamme und Psychiater.

5.1.2 Hormonelle Behandlungsmethoden

Die hormonelle Umstellung im Wochenbett hat nicht nur Theorien über die Genese der psychischen Störungen post partum, sondern auch hormonelle Behandlungsversuche bewirkt, v.a. eine Progesteron- oder Östrogenbehandlung betroffener Frauen.

Progesteron

Dalton (1992) behandelt Betroffene mit natürlichem Progesteron aus der Yams-Wurzel. Einige Frauen haben mit dieser Behandlung gute Erfahrungen gemacht, die Nebenwirkungen können jedoch nicht unerheblich sein. Auch Dunnewold/ Sanford (1996) konnten beobachten, dass zahlreiche Frauen (v.a. solche mit Manien, Panikattacken und Zwangsstörungen, weniger jedoch bei Depressionen) von einer Progesterontherapie profitierten, und empfehlen daher, dass eine Behandlung von Fall zu Fall zumindest mit in Betracht gezogen wird. Kontrollierte Therapiestudien konnten diese Effekte jedoch nicht belegen, so dass sich diese Behandlung nicht durchgesetzt hat (Rohde 2004; Granger/ Underwood 2001). Nach Lawrie et al. (1998, zit. nach Kemp et al. 2003) kann synthetisches Progesteron die Symptomatik bei einigen Frauen sogar verstärken und ist daher kontraindiziert.

Östrogene

Mehrere Studien konnten zeigen, dass eine Östrogentherapie bei postpartalen Depressionen und Wochenbettpsychosen positive Effekte zeigt (Gregoire et al. 1996; Ahokas et al. 2000; Ahokas et al. 2001), besonders wenn zu Behandlungsbeginn ein Östrogenmangel nachweisbar ist (Ahokas et al. 2001). Östrogene hemmen die MAO-Aktivität und erleichtern das Ansprechen serotonerger und noradrenerger Neuronen auf Antidepressiva (Wenderlein 2004).

Gregoire et al. (1996) berichten über die erfolgreiche Anwendung von transdermaletem Östradiol bei mit herkömmlichen Antidepressiva therapieresistenten postpartalen Depressionen. Nach 1 Behandlungsmonat waren die durchschnittlichen Werte auf der EPDS-Skala bei den Frauen, die Östrogen erhielten, geringer als bei den Frauen, die einen Placebo erhielten, obwohl die Werte in beiden Gruppen erhöht blieben. Dies lässt vermuten, dass der Effekt der Östrogene nur sehr moderat ist, zumal die Nebenwirkungen massiv sein können (z.B. Verringerung der Milchproduktion oder Thrombosegefahr). Aufgrund der o.g. Wirkungsweise der Östrogene im Gehirnstoffwechsel ist die (geringfügige) Wirksamkeit der Östrogene bei postpartalen Depressionen jedoch kein Grund, eine hormonelle Bedingtheit der PPD zwangsläufig anzunehmen.

Ahokas et al. (2000) konnten die Wirksamkeit von Östrogenen auch bei Wochenbettpsychosen nachweisen. Die Autoren behandelten 10 Frauen mit Wochenbettpsychose 6 Wochen lang mit sublingualem 17β -Östradiol. Während der ersten Woche der Behandlung verminderten sich die psychiatrischen Symptome bereits erheblich; bis zum Ende der zweiten Woche der Behandlung waren die Patientinnen nahezu symptomfrei. Die gleiche Behandlung bei PPD (Ahokas et al. 2001) erbrachte ebenso schnelle Behandlungserfolge: 19 von 23 Frauen hatten sich bereits nach 2 Wochen von ihrer Depression erholt.

5.1.3 Sonstige Behandlungsalternativen

Auch zahlreiche alternative Verfahren werden bei psychischen Störungen post partum als hilfreich benannt. Oft erfolgt ihre Anwendung jedoch ohne kontrollierte Studien, so dass ein Wirksamkeitsnachweis bislang nicht erbracht wurde. Neben den Verfahren der Lichttherapie und der Elektrokrampftherapie, die im stationären Rahmen auch bei nicht-puerperalen Störungen häufig angewandt und eingehender erforscht wurden, sind hier z.B. Entspannungsverfahren oder diverse Na-

turheilmittel zu nennen. Ihre Anwendung wird von den betroffenen Frauen oft als hilfreich erlebt (v.a. die Selbsthilfeinitiative „Schatten & Licht“ hat hier eine breite Auswahl an alternativen Verfahren auf ihrer Internetseite veröffentlicht) und kann bei leichten Depressionen eine Wahlmöglichkeit bieten.

Corral et al. (2000, zit. nach Gjerdingen 2003) untersuchten die Wirksamkeit der Lichttherapie (4 Wochen lang täglich 30 Minuten) an 2 Frauen mit PPD, die seit mehr als 4 Monaten depressiv waren und sich weigerten, Medikamente einzunehmen oder im Rahmen einer Psychotherapie keine Besserung aufwiesen; die Autoren fanden nach der Lichttherapie eine wesentliche Verbesserung bei beiden.

Sneddon/ Kerry (1984) fanden bei einer Anwendung von Elektrokrampftherapie (EKT)⁷¹ im ersten Monat post partum, dass diese zumeist schon bei drei Anwendungen erfolgreich war. Vorteil ist, dass die Mutter-Kind-Bindung bei einer derart frühen und schnellen Behandlung schnell wieder hergestellt werden kann. Auch Hamilton (1984) beschreibt die sichere Anwendung von EKT bei postpartalen Frauen. Reed et al. (1999) haben die klinische Verbesserung nach Elektrokrampfbehandlung von Frauen mit Wochenbettpsychosen und Frauen mit nicht-puerperalen Psychosen miteinander verglichen. Frauen mit Wochenbettpsychosen zeigten eine größere Verbesserung am Ende der Serie, die auch nach 4 Wochen noch andauerte; es gab jedoch keine Unterschiede der beiden Gruppen in der Anzahl der durchgeführten Behandlungen oder in der Dauer des stationären Aufenthaltes. Wochenbettpsychosen scheinen demnach besonders gut auf Elektrokrampfbehandlungen anzusprechen; alternative Erklärung für dieses Studienergebnis könnte aber auch sein, dass Ärzte bei Müttern, die in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden, nicht erst die Wirksamkeit von Medikamenten abwarten, und deshalb ggfs. auch nicht so schwer betroffene Frauen diese Behandlung erhalten. Keine Interpretation erlaubt die Studie über einen Vergleich hinsichtlich des Erfolgs mit Medikamenten oder über die Langzeitfolgen der EKT⁷².

⁷¹ Bei der EKT wird das Gehirn des Patienten einem Stromstoß von 70-120 Watt ausgesetzt. Es folgt ein Krampfanfall, der die Symptome in etwa 90% der Fälle lindert. Die Behandlung erfolgt unter Vollnarkose, außerdem erhält der Patient Medikamente, welche die Muskeln entspannen. Normalerweise besteht die EKT aus einer Serie von 6-12 Behandlungen im Abstand von 2-3 Tagen. Der Wirkmechanismus der EKT ist noch ungeklärt. Bislang ist bekannt, dass sie die Hindurchblutung, die bei einer schweren Depression vermindert sein kann, verstärkt, was möglicherweise antidepressiv wirkt. Nachgewiesen wurde auch, dass verstärkt Neuropeptide im Gehirn freigesetzt werden. Diesen Neuropeptiden wird ein beruhigender Effekt zugeschrieben. Auch einige Neurotransmitter werden verstärkt ausgeschüttet; außerdem erhöht sich die Rezeptordichte für Neurotransmitter (BMBF 2001).

⁷² Die Autoren selbst beschreiben die Anwendung als „sicher“.

Field/ Grizzle (1996) untersuchten die Wirksamkeit von Massagen (5 Wochen lang 2x wöchentlich) bei jugendlichen Müttern; die Mütter waren anschließend weniger ängstlich und hatten geringere Kortisolspiegel als die Mütter der Vergleichsgruppe, die eine Entspannungstherapie (Yoga plus Progressive Muskelentspannung nach Jacobson) erhielten. Weier/ Beal (2004) beschreiben als besonderen Effekt von Massagen das Gefühl umsorgt zu werden, was in der postpartalen Zeit von großer Bedeutung ist. Nach Rees (1995) führte Entspannung mit geleiteter Imagination zu einer Verringerung von Angst und Depressionen und zu einer Erhöhung des Selbstwertgefühls bei Müttern mit erstem Kind während der ersten 4 Wochen post partum. Dies sind Einzelstudien, die Ansätze zur weiteren Erforschung bieten, aber keine wissenschaftlich abgesicherten Aussagen zur Relevanz eines bestimmten Verfahrens erlauben.

Andere Verfahren werden für die Behandlung der psychischen Störungen post partum empfohlen, weil sie sich für Depressionen generell als effektiv erwiesen haben (sollen). So beschreiben Mantle (2002) sowie Weier/ Beal (2004) u.a. Ayurveda, Yoga, Aromatherapie, TCM⁷³ (v.a. Akupunktur), Hypnose (inklusive Autosuggestionen und geführter Imagination), Homöopathie sowie Pflanzenheilkunde (u.a. Mönchspfeffer, Kava Kava, Baldrian, Passionsblume) und Omega-3-Fettsäuren als komplementäre Therapien bei Depressionen. Auto- und fremdsuggestive Methoden (Autogenes Training, Hypnose) sollten allerdings nur in der depressionsfreien Zeit angewendet werden. Hier empfehlen sich eher indirekt wirksame Verfahren, z.B. die Muskelentspannung nach Jacobson oder Atemübungen (BDA-Manual Depression 2002).

Weitere Behandlungsvorschläge sind die Aminosäure L-Tryptophan, eine Vorstufe des Neurotransmitters Serotonin (Leibold 1988); das Prolaktinspiegel senkende Bromocriptin (Dalton 1992), Vitamin B6-Gaben, da dieses Vitamin bei der Synthese der Neurotransmitter eine wichtige Rolle spielt und einem Mangel bei der Serotoninaufnahme entgegen wirken soll (Dix 1991); Bach-Blüten-Therapie, Vitamin-, Mineralien- und Spurenelemente-Therapien sowie Qi Gong („Schatten & Licht“) und bewegungstherapeutische Verfahren wie Gymnastik und Sport, welche die Ausschüttung von Endorphinen fördern (Dix 1991; Nispel 2001; Armstrong/ Edwards 2003).

Häufig genannt und mittlerweile durch erste Studien untersucht ist das Johanniskraut zur Anwendung bei leichteren bis mittelschweren Depressionen. Johannisk-

⁷³ TCM = traditionelle chinesische Medizin.

krautextrakt beeinflusst über ähnliche Mechanismen wie synthetische Antidepressiva die zentrale noradrenerge und serotoninerge Neurotransmission. Auch eine Hemmung der Monoaminoxidase durch den Wirkstoff Hypericin wird diskutiert. Der Vorteil von Johanniskrautpräparaten als Antidepressivum ist der geringe Ausprägungsgrad an unerwünschten Arzneimittelwirkungen (BDA-Manual Depression 2002). Die Meinungen zur Anwendung in der Stillzeit sind jedoch konträr: So gehen Greve et al. (2004) davon aus, dass Johanniskraut während des Stillens eingenommen werden kann; andere (z.B. SIGN 2002; Hendrick 2003) halten die bisherigen Erkenntnisse für zu unzureichend, um einschätzen zu können, wie effektiv eine Behandlung ist und ob es evtl. Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten gibt, und raten daher von der Anwendung ab.

5.2 Nicht-medikamentöse ambulante Behandlungsmöglichkeiten bei psychischen Störungen post partum

Die weitaus größte Zahl depressiver Mütter wird ambulant behandelt; nur ein sehr kleiner Teil muss stationär aufgenommen werden. Voraussetzungen für eine ambulante Behandlung sind nach (Rudolf 1990):

- leichte bis mittelschwere Depressionszustände;
- Kooperationsfähigkeit der Patientin;
- keine akute Suizidgefährdung;
- Möglichkeit und Bereitschaft der Angehörigen, die Kranke zu betreuen;
- konstante Erreichbarkeit des behandelnden Arztes, auch nachts und an Wochenenden.

Notwendig ist zunächst eine Aufklärung der Patientin über die Störung und darüber, dass es erfolgreiche Behandlungsmöglichkeiten gibt und welche. Die Vorgehensweise gegenüber der Frau und ihrer Familie beschreibt Riecher-Rössler:

„Möglichst rasch sollte eine Psychotherapie eingeleitet werden. Sie sollte zu Beginn sehr supportiv sein und beratende Elemente beinhalten. Die Bedeutung von Ruhe und Erholung für die Mutter sollte unterstrichen werden, auch der Familie gegenüber. Die Familie kann über verschiedene Hilfsangebote zur Entlastung der Mutter beraten werden. Oft ist es notwendig, eine Hebamme, Gemeindepflegerin, Sozialarbeiter(in) und verschiedene andere Betreuungsdienste einzubeziehen. Bewältigungsstrategien zum Umgang mit der Krankheit und mit der (neuen) Mutterrolle sollten besprochen und eingeübt werden. Im weiteren Verlauf wird oft eine Psychotherapie im engeren Sinne notwendig, wobei im Einzelfall entweder eine eher psychodynamisch orientierte, eine kog-

nitiv-behaviorale oder eine systemische Therapie indiziert sein kann. Manchmal kann auch (zusätzlich) eine Paartherapie erforderlich werden“ (Riecher-Rössler 2001, S. 28f.).

Es ist jedoch nicht selten, dass Frauen auch nach einer (meist stationär zu behandelnden) Wochenbettpsychose eine weiterführende ambulante psychotherapeutische Behandlung benötigen: Das vermeintliche Stigma eines Psychiatricaufenthaltes, Schuldgefühle gegenüber Kind und Familie, Beziehungsschwierigkeiten, Ängste vor einer weiteren Schwangerschaft u.v.m. müssen verarbeitet werden (Robertson/ Lyons 2003). Eine Psychotherapie kann zudem auch dabei behilflich sein, die Mutter-Kind-Beziehung wieder zu stabilisieren, wenn die Mutter alleine stationär behandelt wurde, und die Trauer zu bewältigen, die damit verbunden ist, von dem Kind getrennt gewesen zu sein, zumal das Kind mittlerweile vielleicht eine viel stärkere Bindung an die bislang betreuende Bezugsperson hat.

Neben einer Psychotherapie stehen ambulant als weitere nicht-medikamentöse Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten betroffener Frauen aufsuchende Hilfen (ambulante Familienpflege, Sozialpädagogische Familienhilfe etc.) oder Selbsthilfegruppen zur Verfügung, die im Folgenden ebenfalls dargestellt werden sollen. Dem vorangestellt ist ein Vergleich der Effektivität psychotherapeutischer gegenüber medikamentöser Behandlung, wodurch häufig die Diskussion sowohl bei Fachleuten wie auch bei den betroffenen Frauen bestimmt wird.

5.2.1 Die Effektivität psychotherapeutischer Methoden gegenüber medikamentöser Behandlung

Vielfach diskutiert wird die Effektivität von psychotherapeutischen Methoden gegenüber medikamentöser Behandlung. Bei Beck et al. (1996) findet man als Argumente für eine psychotherapeutische Unterstützung jeder Depressionsbehandlung u.a. die geringe Erfolgsstabilität der Pharmakotherapie, die Suizidgefahr und das Gefühl des Alleingelassenwerdens mit dem stigmatisierenden Erlebnis einer psychischen Störung.

Appleby et al. (1997) kommen zu dem Ergebnis, dass eine Kombination von Psychopharmaka und (kognitiv-verhaltenstherapeutischer) Psychotherapie keine Vorteile gegenüber einem der beiden Verfahren alleine aufweist. Die Autoren

verglichen die Wirksamkeit von Fluoxetin⁷⁴ sowie einem Plazebo mit 6 Sitzungen versus 1 Sitzung in kognitiv-verhaltenstherapeutischer Beratung und einer Kombination von beidem. In den Beratungsstunden wurde den Frauen Unterstützung und praktischer Rat in den Bereichen mangelndes Coping, Mangel an freudvollen Aktivitäten, Mangel an praktischer Unterstützung und Versorgung von älteren Kindern gegeben. In den folgenden Sitzungen wurden zuvor festgelegte Aufgaben, wie mit dem Baby im Park spazieren gehen oder soziale Kontakte pflegen, behandelt. Alle Frauen, auch diejenigen, die ansonsten ausschließlich medikamentös oder mit einem Plazebo behandelt wurden, konnten in der ersten Sitzung der Studie über ihre derzeitigen Lebensumstände und ihre emotionale Befindlichkeit sprechen. Sowohl Fluoxetin als auch 6 Sitzungen Beratung waren gleich effektive Strategien; eine Verbesserung trat bei beiden Behandlungsverfahren schon nach 1 Woche ein und war nach 4 Wochen vollständig. Bei einer Kombination von Fluoxetin mit mehreren Beratungsstunden zeigte sich keine weitere Verbesserung gegenüber der ausschließlich medikamentösen Behandlung plus 1 Sitzung Beratung oder der ausschließlichen Beratung über 6 Stunden.⁷⁵ Die Entscheidung für eine spezielle Behandlungsmaßnahme sollte daher laut Appleby et al. den Frauen vorbehalten bleiben.

Eine ähnliche Studie stammt von Misri et al. (2004), die die Effektivität einer Monotherapie mit Fluoxetin gegenüber einer Kombinationstherapie von Fluoxetin mit 12 Sitzungen kognitiv-verhaltenstherapeutischer Therapie bei postpartal depressiven Müttern mit komorbider Angst überprüften. Beide Behandlungsgruppen zeigten vergleichbare signifikante Verbesserungen; die Kombinationstherapie war der Monotherapie nicht überlegen. Und auch Highet/ Drummond (2004) ermittelten, dass pharmakologische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen vergleichbare Verbesserungen erbrachten, eine Kombination von beidem jedoch keinen zusätzlichen Vorteil.

Letztendlich weist dieses Ergebnis des vergleichbaren Erfolgs von Pharmakotherapie und Psychotherapie einen Weg zur Eigenentscheidung der Betroffenen. Die meisten Mütter ziehen im Wochenbett aufgrund des Stillens psychotherapeu-

⁷⁴ Ein nicht-sedierender, anxiolytisch wirkender Serotonin-Reuptake-Hemmer.

⁷⁵ Eine Metaanalyse von Thase et al. (1997, zit. nach Grütter et al. 2002) integrierte sechs Vergleichsstudien allgemein zur Depression (Antidepressiva versus IPT und/ oder kognitive VT) und ergab, dass eine zweigleisige Therapie mit Psychopharmaka und Psychotherapie bei schweren, nicht jedoch bei leichten Depressionen einer alleinigen psychotherapeutischen Behandlung überlegen war. Möglicherweise muss das Ergebnis von Appleby et al. (1997) auf leichte und mittelschwere Depressionen begrenzt betrachtet werden. Die Autoren selbst äußern sich zu dieser Frage nicht.

tische Verfahren vor (Klier et al. 2001b); diesen Frauen kann Mut gemacht werden, dass sich ihre Depressionen mit einer Psychotherapie ebenso effektiv behandeln lassen. Andererseits kann und muss auch akzeptiert werden, dass einzelne Frauen eine psychologische Behandlung ablehnen; für diese Patientinnen empfiehlt sich die Ermutigung zu einer ausschließlich medikamentösen Behandlung.⁷⁶ Klier et al. (2001b) beschreiben des Weiteren, dass es in Österreich Probleme beim Zugang zu psychotherapeutischen Verfahren gibt: Entweder kommen (z.T. hohe) Kosten auf die Frauen zu oder sie müssen lange Wartezeiten in Kauf nehmen. Diese Situation deckt sich mit der in der BRD, wo ebenfalls bei kassenzugelassenen klinischen Psychologen oft mehrwöchige (z.T. sogar mehrmonatige) Wartezeiten entstehen, die in einer akuten Depression inakzeptabel sind. Auch in diesem Fall kann eine psychopharmakologische Behandlung eine Behandlungsalternative sein, ggfs. bis zum Beginn einer Psychotherapie.

5.2.2 Psychotherapeutische Ansätze in der Behandlung psychischer Störungen post partum

Grawe et al. (2001)⁷⁷ haben über 2000 verschiedene wissenschaftliche Untersuchungen ausgewertet, die über die Wirksamkeit verschiedener Psychotherapiemethoden bei den unterschiedlichsten Störungen berichten. Danach sind allgemein stützende psychotherapeutische Verfahren nahezu in allen Krankheitsstadien hilfreich und sinnvoll, aber oftmals als alleinige Behandlungsmethode nicht ausreichend. Die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden haben sich bei fast allen psychischen Störungen sehr bewährt; die humanistischen Behandlungsverfahren eignen sich gut zur Langzeitbehandlung bei Psychosen, Borderlinestörungen und generalisierten Angststörungen, und tiefenpsychologische Behandlungsverfahren werden vorrangig bei Borderline-, Angst- und Zwangsstörungen und neurotischen Depressionen angewandt. Entspannungsverfahren werden in der Regel als Zusatzverfahren während der Durchführung einer anderen Psychotherapieform eingesetzt, die Einbeziehung der Angehörigen in die

⁷⁶ Nach Gaebel/ Falkai (2001) ist eine Kombination angezeigt, wenn eine der Methoden alleine nicht den gewünschten Erfolg bringt, d.h. keine Besserung durch Psychotherapie nach 6 Wochen, kein Verschwinden der Symptome nach 12 Wochen, Verschlechterung im Verlauf der Therapie sowie auf Wunsch der Patientin.

⁷⁷ Diese Untersuchung bezieht sich nicht ausdrücklich auf psychische Störungen post partum, sondern ist allgemein gehalten.

psychiatrische Behandlung wird mittlerweile als Selbstverständlichkeit angesehen.

Auf diese Erfahrungen kann auch bei psychischen Störungen post partum zurückgegriffen werden; es werden überwiegend dieselben Verfahren angewendet. Im Vordergrund stehen auch hier kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren (z.B. Highet/ Drummond 2004) sowie die klientenzentrierte Gesprächstherapie nach Rogers (z.B. Holden et al. 1989; Wickberg/ Hwang 1996), seltener psychodynamische Verfahren (z.B. Trad 1995); die Angehörigen, v.a. der Partner, werden auch und gerade bei der Behandlung psychischer Störungen post partum vielfach in die Therapie einbezogen.

Nach Nispel (2001) haben sich bei der Behandlung der PPD Kurzzeitpsychotherapien, die im Hier und Jetzt bleiben und nicht aufdeckend-analytisch arbeiten, am besten bewährt. Der Rückgriff auf die Biographie sollte erst dann erfolgen, wenn sich der Zustand stabilisiert hat; ansonsten könne die Aufarbeitung vergangener Konfliktherde eine zusätzliche Belastung darstellen. Cooper et al. (2003) ermittelten jedoch in einem Vergleich unterschiedlichster Psychotherapieverfahren bei postpartalen Depressionen, dass kaum Effektivitätsunterschiede der verschiedenen Ansätze festgestellt werden können. Die Autoren verglichen die Effektivität non-direktiver Beratung, kognitiv-verhaltenstherapeutischer Beratung und psychodynamischer Therapie⁷⁸ mit einer Kontrollgruppe, die die Standardversorgung erhielt (Hausarzt, Health Visitor⁷⁹). Dabei untersuchten sie den Behandlungserfolg direkt nach Abschluss der Behandlung ebenso wie nach 9, 18 und 60 Monaten post partum. Im Vergleich zur Kontrollgruppe wiesen alle drei Behandlungsgruppen direkt nach Behandlungsabschluss eine signifikante Besserung der mütterlichen Stimmung auf: 61% der behandelten Frauen waren von der Depression remittiert im Vergleich zu nur 40% in der Kontrollgruppe. Im Vergleich der drei Behandlungsgruppen untereinander führte die psychodynamische Therapie kurzfristig zu einer signifikant stärkeren Reduktion der Depression. Langfristig ließen sich jedoch keine Vorteile der Behandlungsgruppen gegenüber der spontanen Remission in der Kontrollgruppe nachweisen. Die Behandlung

⁷⁸ Alle Verfahren mit Fokus Mutterschaft/ Mutter-Kind-Beziehung sowie zwischen der 8.-18. Woche post partum in Form von wöchentlichen Sitzungen bei den Müttern zu Hause durchgeführt.

⁷⁹ Health visitors sind Krankenschwestern oder Hebammen mit einer speziellen Zusatzausbildung für Gesundheitsförderung und Prävention, die u.a. Rat und Hilfe bei der Ernährung, Pflege und Versorgung des Kindes bieten und Beratungen bezüglich der Gesundheit des Kindes und der Mutter durchführen. Sie suchen im gesamten ersten Lebensjahr die Familien auf und sind in ein kommunales Netzwerk eingebunden, so dass sie auch bei der Weitervermittlung in andere Dienste (Psychologen, Psychiater etc.) behilflich sein können (Holden 1996).

fürte des Weiteren nicht zu einer Reduzierung folgender Episoden einer PPD. Die Autoren vermuten, dass möglicherweise längerfristige Therapieangebote erforderlich sind, um die Behandlungserfolge dauerhaft zu verankern.

Murray et al. (2003b) haben im Rahmen desselben Forschungsprojektes auch die Auswirkungen der dargestellten Behandlungsformen auf die Mutter-Kind-Beziehung und die Entwicklung des Kindes gemessen. Kurzfristig berichteten die Mütter aller Behandlungsgruppen Verbesserungen in der Beziehung zum Kind sowie von Verhaltensschwierigkeiten des Kindes; hier konnte eine leichte Überlegenheit der non-direktiven Beratung festgestellt werden. Diese Überlegenheit der non-direktiven Beratung zeigte sich besonders bei Frauen aus schwierigen sozialen Verhältnissen in einer deutlich verbesserten Sensitivität. Jedoch waren die Unterschiede zur Kontrollgruppe statistisch nicht signifikant. Im Langzeitverlauf hatten die unterschiedlichen Behandlungsformen keinen signifikanten Einfluss auf die Sicherheit der Mutter-Kind-Bindung oder die Entwicklung der Kinder mit 5 Jahren.

Eine Reihe von Studien befasste sich mit der Effektivität aufsuchender Beratung. Bei Chabrol et al. (2002) erhielten Mütter mit leichter oder mittelschwerer PPD bei Hausbesuchen 5-8 Wochen lang eine vorrangig kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung (mit psychodynamischen, psychoedukativen und supportiven Anteilen). Die Erholungsraten waren in der Behandlungsgruppe signifikant größer als in der Kontrollgruppe. Holden et al. (1989) fanden eine signifikante Verbesserung der mütterlichen Stimmung bei Frauen, die durch hierfür eigens geschulte Health Visitors 8 Wochen lang wöchentlich zu Hause für jeweils eine halbe Stunde non-direktiv beraten wurden. 69% der Frauen in der Beratungsgruppe hatten sich nach 3 Monaten vollständig von ihrer Depression erholt, verglichen mit nur 38% der Frauen in der Kontrollgruppe. Wickberg/ Hwang (1996) kamen in ihrer Studie zu ähnlich hohen Erholungsraten in der Interventionsgruppe. Die Autoren untersuchten die Wirkung von non-direktiver Beratung durch Kinderkrankenschwestern, die 6 Wochen lang die Frauen zu Hause aufsuchten. 80% der Interventionsgruppe erholten sich von der Depression verglichen mit nur 25% der Kontrollgruppe.⁸⁰ Aus diesen Studien lässt sich der Schluss ziehen, dass auch eine Beratung durch Hebammen und Krankenschwestern zu signifikanten Verbesserungen einer postpartalen Depression führen kann. Es ist zu vermuten,

⁸⁰ In der Studie von Wickberg/ Hwang (1996) sind 4 schwer depressive Frauen ausgeschieden, so dass diese auf leichte und moderate Depressionen limitiert werden sollte.

dass häusliche non-direktive Beratungsleistungen zudem kostengünstig(er) sind, zum anderen für viele Mütter eine wesentlich höhere Akzeptanz aufweisen und die Erreichbarkeit der betroffenen Mütter damit entscheidend erhöht werden könnte. Ihre Anwendung bei leichten und mittleren Depressionen wird daher von Stuart et al. (2003) als „First-Line Treatment“ bezeichnet.

Riecher-Rössler (2001) beschreibt, dass die Behandlung der postpartalen Depression prinzipiell dieselbe ist wie diejenige von Depressionen in anderen Lebensabschnitten; auf eine inhaltliche Beschreibung der einzelnen Therapiekonzepte kann und soll deshalb an dieser Stelle verzichtet werden. Einen guten Überblick bieten z.B. Kriz (1991) oder Grawe et al. (2001). Allerdings ist nach Riecher-Rössler auf die spezifischen Erfordernisse der postpartalen Zeit und des Kindes besonderer Wert zu legen. Aus diesem Grund kommt neben den schon genannten Verfahren im Wochenbett auch Mutter-Kind-Interaktions-Therapien, der interpersonellen Therapie (mit einem eigens entwickelten Manual für peripartale psychische Störungen) und gruppentherapeutischen Ansätzen (ebenfalls mit z.T. eigens für das Wochenbett entwickelten Manualen) eine besondere Rolle zu, die im Folgenden näher beschrieben werden.

5.2.2.1 Interpersonelle Therapie

Stuart/ O'Hara (1995) haben ein spezifisches Manual für die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) von Frauen mit postpartalen Depressionen entwickelt, wobei der Rollenwechsel der Mutter im Zentrum der Therapie steht. Die IPT, eine manualisierte Form eines Kurzzeitpsychotherapieverfahrens, wurde in den USA von Klerman/ Weissman et al. (1984, zit. nach Grüttert et al. 2002) entwickelt. Der IPT liegt der Ansatz zugrunde, dass sich Depressionen im interpersonellen Kontext entwickeln: Zwischenmenschliche Probleme können zum Ausbruch und zur Aufrechterhaltung einer depressiven Episode beitragen bzw. durch die Depression bewirkt werden. Dabei wird angenommen, dass sich frühere zwischenmenschliche Erfahrungen des Patienten im aktuellen Verhalten zeigen. Die IPT bezieht daher den Einfluss der frühkindlichen Entwicklung nicht in die therapeutische Arbeit mit ein, sondern konzentriert sich auf das therapeutische Arbeiten an den Beziehungen im Hier und Jetzt. Die Rolle von genetischen, biochemischen, entwicklungsbedingten und persönlichkeitsbezogenen vulnerabilitätssteigernden Faktoren wird nicht gelehrt, ist jedoch kein Thema der Therapie. Durch die

Verbesserung des interpersonellen Funktionsniveaus der Patientin wird die Genesung aus der depressiven Phase und Lösung eines aktuellen interpersonellen Problems gebahnt. Die IPT hat damit ein duales Behandlungsziel: zum einen die Symptomremission, zum anderen die Lösung des interpersonellen Problems verbunden mit der Verbesserung der interpersonellen Fähigkeiten (Grüttert et al. 2002).

Rohde (2004) und Grüttert et al. (2002) beschreiben die Vorgehensweise und Rahmenbedingungen der IPT. Die Therapie umfasst 12-20 Sitzungen und gliedert sich in drei Phasen:

Phase 1 (Einführungsphase): Diagnostik der depressiven Symptomatik, Aufklärung über die Störung und ihre Therapiemöglichkeiten, Herausarbeiten von ein oder zwei Hauptproblembereichen aus den Folgenden: A) Verlust/ Trauer; B) zwischenmenschliche Konflikte; C) soziale Rollenveränderungen; D) interpersonelle Defizite, z.B. soziale Isolierung. Bei der Behandlung einer postpartalen Depression liegt der Schwerpunkt in der Regel auf den Rollenveränderungen⁸¹. Möglich ist aber auch, dass zwischenmenschliche Konflikte im Vordergrund stehen und somit die Beziehung zum Partner, zum Kind, zu anderen Familienangehörigen etc. fokussiert werden. Außerdem wird in dieser Phase ein interpersonelles Inventar erstellt, d.h. die aktuellen Beziehungen und die mit ihnen verbundenen Erfahrungen, Erwartungen, Enttäuschungen etc. werden exploriert.

Phase 2 (Bearbeitungsphase): Bearbeitung der ermittelten Hauptproblembereiche. Es wird ausschließlich an dem vorher bestimmten Problembereich im Hier und Jetzt unter dem interpersonellen Blickwinkel gearbeitet. Es erfolgt die Entwicklung von Lösungsstrategien für den Problemkomplex. Klerman/ Weissman et al. (1984, zit. nach Grüttert et al. 2002) haben in ihrem Manual hierzu für jeden Fokus spezifische therapeutische Strategien beschrieben, z.B. kognitiv-

⁸¹ Grüttert et al. (2002) beschreiben den Fokus „Rollenveränderungen“. Veränderungen der Lebenssituation können laut der IPT zur Entwicklung einer Depression beitragen, sofern die Veränderung als Verlust, als Überforderung, Kränkung, d.h. als Einschränkung der Grundbedürfnisbefriedigung (Orientierung, Sicherheit, Selbstwerterhöhung, Bindung) etc. wahrgenommen wird. Auch unerfüllte Erwartungen an die neue Rolle oder scheinbar nicht zu bewältigende Anforderungen können zur Entstehung oder Aufrechterhaltung einer Depression beitragen. Oft gehen die etablierten interpersonellen Bindungen verloren oder ihre Unterstützung ist weniger leicht mobilisierbar, die alten Bindungen müssen neu definiert werden, neue müssen geknüpft werden. In der IPT wird zuerst die Bedeutung der alten Rolle für die Patientin untersucht. Es gilt, sich von der alten Rolle und allem, was sie spezifisch für das Individuum mit sich brachte, zu verabschieden, die Trauergefühle wahrzunehmen und auszudrücken. Die IPT bietet aber auch Hilfe dabei, die neue Rolle mit ihren Vorteilen und positiven Seiten zu sehen, das Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl dadurch wieder aufzubauen, dass eine zunehmende Souveränität in der neuen Rolle erlangt wird. Es wird eine realistische Sicht der Ziele, der Anforderungen und Fähigkeiten erarbeitet; Befürchtungen werden exploriert und kognitive Verzerrungen verdeutlicht.

verhaltenstherapeutische Strategien (z.B. Identifizierung und Bearbeitung problemrelevanter Kognitionen und Emotionen, Veränderung von inadäquaten Problembewältigungsstrategien), Rollenspiele, Vermittlung von Kommunikationstechniken, Anleitung zur Aufnahme von positiven sozialen Kontakten und Aktivitäten u.v.m. (vgl. Klier et al. 2001c).

Phase 3 (Beendigungsphase): Abschluss der Therapie, Bearbeitung der dabei auftretenden Gefühle und der zukünftig möglicherweise zu erwartenden Probleme und deren Bewältigungsmechanismen. Hier werden auch Warnzeichen eines Rückfalls und dann zu ergreifende Strategien besprochen.

Die Wirksamkeit der IPT bei Depressionen allgemein wurde in zahlreichen Studien nachgewiesen, z.B. zeigten Elkin et al. (1989, zit. nach Grüttert et al. 2002), dass die IPT einer Behandlung mit dem Antidepressivum Imipramin bei schweren Depressionen in der Wirksamkeit gleichkam. Aber auch für die Behandlung von prä- und postpartalen Depressionen konnte ihre Wirksamkeit nachgewiesen werden. O'Hara et al. (2000) ermittelten in ihrer randomisierten Studie, dass sich die 12 Wochen lang mit IPT behandelten Mütter zu einem höheren Anteil von ihrer Depression erholten als die Frauen in der Kontrollgruppe (44% versus 14%). Nach O'Hara et al. eignet sich die IPT besonders bei leichtem und mittlerem Schweregrad der Depression. Auch Clark et al. (2003) konnten die Wirksamkeit einer IPT bei postpartalen Depressionen zeigen. Von Spinelli (1997) wurde eine 16-wöchige Gruppentherapie mit interpersoneller Therapie bei depressiven schwangeren Frauen durchgeführt, die neben dem Rückgang depressiver Symptome während der Schwangerschaft auch zu einer erniedrigten Rezidivrate postpartal führte.

Klier et al. (2001c) untersuchten die Anwendung der IPT in einer Gruppe von PPD-Müttern und fanden auch mittels dieses Settings eine signifikante Reduzierung der Depressionsscores bei Behandlungsende, die auch 6 Monate später noch messbar war. Nach Ansicht von Klier et al. eignet sich das Gruppensetting für diese Personen ganz besonders, weil junge Mütter vielfach unter einer großen sozialen Isolation und Selbststigmatisierung leiden und von der Unterstützung und der Empathie der Gruppe besonders profitieren können. Neue Kontakte zu anderen Müttern werden geknüpft. Außerdem können die neu erworbenen interpersonellen Fähigkeiten in der Interaktion untereinander praktisch erprobt werden und sind so möglicherweise besser in das externe soziale Umfeld transferierbar. Im Gegensatz zu Rohde (2004), die die Rollenveränderungen als Hauptfokus

post partum beschreibt, konnten Klier et al. zwischenmenschliche Konflikte (einschließlich der Interaktion mit dem Kind oder Ehekonflikte) als Schlüsselproblem bei der Mehrzahl der Frauen identifizieren. Allerdings hatten sich bei Behandlungsende und 6 Monate später beim Follow-up zwar die Depressionssymptome verbessert, nicht jedoch das interpersonelle Funktionsniveau. Klier et al. vermuten, dass derartige Veränderungen möglicherweise einen längeren Zeitraum benötigen, um sichtbar zu werden, oder dass der Behandlungszeitraum von 12 Wochen zu kurz war und 20 Wochen IPT in diesem Teilbereich bessere Erfolge aufweisen würden.

5.2.2.2 Mutter-Kind-Therapien

Wie in Kapitel 3 dargestellt, fällt vielen Müttern, die unter psychischen Störungen leiden, eine sensitive Wahrnehmung und ein entspannter Umgang mit ihrem Baby krankheitsbedingt schwer. Das Interaktionsverhalten des Kindes muss einerseits als Reaktion auf die Interaktion der Mutter, andererseits als Auslöser oder Verstärker der mütterlichen Depression (vgl. 4.3.3) betrachtet werden. Aber mit dem Abklingen einer Depression bessert sich nicht automatisch bei allen Müttern auch die Mutter-Kind-Interaktion (Cooper/ Murray 1997). Positive Veränderungen negativer Interaktionsmuster können durch eine spezielle Mutter-Kind-Therapie erreicht werden. Eine frühe Mutter-Kind-Therapie, die sowohl ambulant als auch stationär erfolgen kann, ist äußerst wichtig für die weitere kindliche Entwicklung, aber auch geeignet, die mütterlichen Depressionssymptome zu verringern. Im Einzelfall muss nach Wiefel/ Lehmkuhl (2004) die Mutter darauf hingewiesen werden, welche Folgen ihre (nicht behandelte) Störung für das Kind haben kann, um sie zur Inanspruchnahme derartiger Behandlungsangebote zu motivieren.

Die Behandlungsansätze der Mutter-Kind-Therapie sind sehr unterschiedlich, z.B. Babymassage, Mutter-Kind-Spieltherapie, psychodynamische Mutter-Säuglings-Kurzzeittherapie, videogestützte Mutter-Kind-Interaktionstherapie. Weier/ Beal (2004) zitieren eine Studie von Field et al. (1996), nach der Schaukeln des Kindes und Babymassage die Schlafmuster und die positiven Interaktionsmuster des Kindes verbesserte und über eine Reduzierung von Angst und Stress auch das Depressionslevel der Mütter verringert. 1-3 Monate alte Säuglinge depressiver Mütter erhielten 6 Wochen lang 2x pro Woche je 15 Minuten Schaukeln oder Massage, wobei die Massage wesentlich bessere Effekte bei den Kindern erzielte. Andere Autoren unterrichteten die Mütter in der eigenen

Anwendung dieser Verfahren, um zusätzlich die Mutter-Kind-Interaktion zu verbessern. Onozawa et al. (2001) und Glover et al. (2002) fanden hierbei beide eine positive Wirkung von Babymassage sowohl auf die Depression der Mutter als auch auf die Mutter-Kind-Interaktion. Onozawa et al. (2001) untersuchten die Wirksamkeit von 5 Babymassagetreffen gegenüber einer Kontrollgruppe. Die Mütter lernten im Rahmen der Babymassage auch, die Signale ihrer Kinder richtig zu interpretieren. Sowohl die Massagegruppe als auch die Kontrollgruppe nahmen – getrennt voneinander – zusätzlich an 5 halbstündigen Gruppentreffen teil, in denen im Rahmen informeller Gruppendiskussionen praktische Probleme und Copingstrategien behandelt wurden. Die EPDS-Werte fielen in beiden Gruppen, eine signifikante Verbesserung der Mutter-Kind-Interaktion konnte hingegen nur in der Massagegruppe festgestellt werden. Unklar bleibt laut den Autoren, was genau zu der Verbesserung führte: Das verbesserte Wissen der Mutter um die kindlichen Signale kann zu höherem Selbstbewusstsein und mehr Sensitivität im Umgang mit dem Kind geführt haben; dies kann wiederum zu einem ausgeglicheneren Kind (weniger Schreien, besseres Schlafen etc.) geführt haben und im Rückschluss zu einer Verbesserung der mütterlichen depressiven Symptome. Möglicherweise hat aber auch die Massage selbst und der damit verbundene Körperkontakt das Kind beruhigt und auf diesem Weg die Interaktion verbessert. Field et al. (1997, zit. nach Reck et al. 2004b) konnten in ihrer Therapiestudie einen günstigen Einfluss verschiedener therapeutischer Techniken auf die mütterliche depressive Symptomatik und die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion sowie eine Besserung frühkindlicher Verhaltensauffälligkeiten nachweisen. Als besonders effektiv in der Behandlung interaktioneller Störungen depressiver Mütter und ihrer Säuglinge zeigten sich differenziell auf die Symptomatik abgestimmte Strategien des „interactional coaching“: Bei Müttern mit einer eher gehemmt depressiven Symptomatik mit Antriebsstörungen und eingeschränkter emotionaler Schwingungsfähigkeit konnte in wenigen Sitzungen durch die Unterstützung ihres Kontaktaufnahmeverhaltens eine Steigerung kindlicher Initiativen sowie der Blickkontaktaufnahme erreicht und damit das Prinzip der „positiven Gegenseitigkeit“ zwischen Mutter und Kind etabliert werden. Stand hingegen eine eher agitierte Symptomatik im Vordergrund, richtete sich der Fokus des „interactional coaching“ zumeist auf intrusive mütterliche Interaktionsverhaltensweisen. Cohen et al. (2002a) führten eine Follow-Up-Studie 6 Monate nach Beendigung einer Mutter-Kind-Psychotherapie in 2 unterschiedlichen Behandlungssettings durch. Die eine Behandlung war eine durch das Kind bestimmte Psychotherapie:

die WWW-Gruppe⁸². Die andere war eine traditionelle psychodynamische Mutter-Kind-Psychotherapie (PPT). Die Kinder waren zu Beginn der Behandlung, die in wöchentlichen Sitzungen ungefähr 5 Monate dauerte, zwischen 10 und 30 Monate alt. In der WWW-Gruppe wurden die Mütter aufgefordert, sich je ½ Stunde von der Aktivität und dem Spiel des Kindes leiten zu lassen und darauf zu reagieren. Dies wurde von dem Therapeuten zwar beobachtet, nicht jedoch kommentiert. Erst in der anschließenden Nachbesprechung wurden die Erfahrungen der Mutter und Beobachtungen des Therapeuten aufgearbeitet. In der PPT-Gruppe arbeitete die Mutter in Anwesenheit des Kindes mit dem Therapeuten vergangene Erfahrungen und gegenwärtige Affekte auf, wurde aber nicht direkt aufgefordert, auf ihr Kind einzugehen. Nur bei der WWW-Gruppe wurde eine Verringerung der mütterlichen Depression, ein Zuwachs an kindlicher kognitiver Entwicklung und emotionaler Regulation sowie eine Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehungssicherheit oder Beziehungsorganisation dokumentiert.

In videogestützte Therapiemethoden der Mutter-Kind-Therapie (Reck et al. 2004b) werden den Eltern kurze Videosequenzen von zuvor aufgenommenen Interaktionen⁸³ gezeigt und im Anschluss mit ihnen gemeinsam hinsichtlich positiver und negativer Sequenzen untersucht. Hieraus lassen sich Ansätze zur Veränderung dysfunktionaler Interaktionsmuster erarbeiten. Ein weiterer Effekt kann eine Veränderung dysfunktionaler Kognitionen der Mutter durch die Rückspiegelung eigener Fähigkeiten anhand positiver Videosequenzen der Mutter-Kind-Therapie sein. Mittels der Korrektur des negativen Selbstbildes ist eine Erhöhung der Selbstwirksamkeit der Mutter möglich. Nicht zuletzt wird die Wahrnehmung der Mutter hinsichtlich eigener und kindlicher Stressreaktionen durch diese Vorgehensweise geschult. Videogestützte Interventionen sollten nach Reck et al. erst bei entsprechender Stabilisierung der Mutter im Anschluss an die Akutbehandlung der depressiven Symptomatik erfolgen. Eine zu früh einsetzende Mutter-Kind-Therapie kann die Mutter überfordern und ihre Versagens- und Schuldgefühle verstärken.

Die Wirksamkeit von Mutter-Kind-Therapien wird zwar immer wieder festgestellt, Cooper/ Murray (1997) konnten jedoch in ihrer Vergleichsstudie unterschiedlicher Psychotherapieformen bei PPD keinen Vorteil einer psychodynamischen Mutter-Kind-Behandlung gegenüber den anderen Therapieformen ausmachen. Dies

⁸² Im englischsprachigen Original: „**W**atch, **W**ait, and **W**onder“, deutsch: „Schau, Wart’ und Wundere Dich“.

⁸³ Mittels eines geteilten Bildschirms werden Face-to-face-Interaktionen (eine Kamera auf jeden Teilnehmer) aufgezeichnet und betrachtet.

betrifft sowohl die Besserung der Depression, die Mutter-Kind-Interaktion als auch die Bindungsqualität der 18-monatigen Kinder an ihre Mütter.

„Die Miteinbeziehung des Babys kann aber in jedem Fall dabei helfen, die Mutter bezüglich der Sorge um das Kind zu beruhigen und sie von Schuldgefühlen befreien, dass sie nicht alles dazu tut, um die Entwicklung des Kindes zu fördern. Es erlaubt dem Kliniker, direkt die Mutter-Kind Beziehung anzusprechen und zu verbessern und damit die Entwicklung des Kindes zu fördern. Das Kind, das gut interagiert, kann im Therapieprozess als therapeutischer Verbündeter mithelfen, die mütterliche Kompetenz zu befördern“ (Klier/ Muzik 2001, S. 99).

In Anbetracht der Tatsache, dass ca. 50% der stationär behandelten postpartal depressiven Mütter unter einer Beziehungsstörung zu ihrem Kind leiden, folgern Klier/ Muzik (2001, S. 100):

„Ohne den Aspekt der Mutter-Kind Beziehung in die Diagnose und Behandlung von psychisch kranken Müttern mit ihren Säuglingen einzubeziehen, ist eine Behandlung dieser Störungen nach dem State-of-the-Art nicht möglich.“

5.2.2.3 Gruppentherapien

Mehrere Autoren (z.B. Chen et al. 2000; Ugarizza 2004; Morgan et al. 1997; Honey et al. 2002) wiesen die Effektivität gruppentherapeutischer Behandlung bei postpartalen Depressionen nach; jedoch wurden bei nahezu allen Studien jeweils nur kleine Stichproben untersucht. Ugarizza (2004) macht die Einschränkung, dass für manche Frauen, die zu stark unter Antriebslosigkeit und anderen Symptomen ihrer Depression leiden, möglicherweise eine Gruppentherapie (noch) nicht in Frage kommen kann.

Die inhaltlichen Konzepte unterscheiden sich bei den einzelnen Autoren: Während Meager/ Milgrom (1996) die Effizienz einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie (unter Einbezug psychoedukativer Elemente) gegenüber einer Wartelistenkontrollgruppe nachweisen konnten, verwandten z.B. Honey et al. (2002) einen psychoedukativen⁸⁴ Ansatz. Klier et al. (2001c) belegten – wie schon unter 5.2.2.1 dargestellt – auch die interpersonelle Therapie in der Gruppe als effektiv bei der Behandlung der PPD.

⁸⁴ „Unter dem Begriff der Psychoedukation werden systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, die dazu geeignet sind, Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen. Die Wurzeln der Psychoedukation liegen in der Verhaltenstherapie, wobei aktuelle Konzepte auch gesprächspsychotherapeutische Elemente in unterschiedlicher Gewichtung enthalten“ (Bäumli/ Pitschel-Walz 2003, S.3).

Demgegenüber fanden Fleming et al. (1992, zit. nach Chen et al. 2000) nach einer Gruppentherapie negative Veränderungen im Selbstwertgefühl der depressiven Mütter (trotz positiver Veränderungen in der Mutter-Kind-Interaktion); an dieser Gruppe nahmen sowohl depressive als auch nicht-depressive Mütter teil, so dass Chen et al. hieraus schließen, dass es bei den depressiven Müttern im Kontakt zu gesunden Müttern zu Vergleichen und besonderen Versagensgefühlen kommt, so dass eine Gruppenmischung nicht sinnvoll erscheint. Nach Gjerdingen (2003) könnte aber auch ein weiterer Grund für das schlechtere Ergebnis sein, dass die Therapiesitzungen bei Fleming et al. weniger strukturiert waren, während die anderen Ansätze auch Informationen und Aufklärung über PPD, Stressmanagement, Kommunikationsfähigkeiten und Lebensplanung boten. Fleming et al. beschäftigten sich hingegen mit den subjektiven Ansichten von Geburt, Mutterschaft und sich verändernden Ehebeziehungen.

Die Dauer der Gruppentherapie reicht von 4 Wochen bei Chen et al. (2000), 8 Wochen bei Morgan et al. (1997) oder Honey et al. (2002) bis zu 10 Wochen bei Ugarizza (2004). Dabei treffen sich meist 6-8 Frauen für je 1,5-2 Stunden⁸⁵ pro Woche bei paralleler Kinderbetreuung. Diese Kinderbetreuung ist besonders wichtig, weil viele Frauen ansonsten Therapieangebote ablehnen, weil sie diese nicht mit dem Baby wahrnehmen können.

Die inhaltlichen Schwerpunkte der Gruppentherapien werden von den Autoren unterschiedlich beschrieben. Die meisten Autoren greifen psychoedukative und kognitiv-verhaltenstherapeutische Elemente auf und kombinieren diese z.B. mit Entspannungsverfahren oder mit Austausch der Mütter über Themen der Mutterschaft. Auch der Partner der betroffenen Frauen wird bei einigen Autoren mittels Paargespräch oder teilweiser Teilnahme an der Gruppentherapie einbezogen.

Ugarizza (2004) überprüfte das Gruppenprogramm von Gruen erfolgreich auf seine Effizienz. Bei der Entwicklung seines Gruppenprogramms hat Gruen die Literatur zu Prädiktoren der PPD evaluiert (Mangel an sozialer Unterstützung, negative Gedankenmuster, schlechte Beziehung zu Partner und anderen Personen, bekannte Vulnerabilität und Stress) und auf dieser Basis sein 3-Phasen-Modell entwickelt: In der 1. Phase (1.-3. Woche) erhalten die Frauen Aufklärung und Information über Stressreduktionstechniken, Strategien für die Entwicklung von sozialen Unterstützungssystemen und kognitive Umstrukturierung. In der 2. Phase (4.-7. Woche) erfolgt der Aufbau von Stressreduktionstechniken, Entwick-

⁸⁵ Ausnahme: Ugarizza (2004) mit je 1 Stunde pro Sitzung.

lung von sozialen Unterstützungssystemen und kognitive Umstrukturierung durch Hinzunahme eines interpersonellen Fokus, um das Selbstwertgefühl zu erhöhen. In der 3. Phase (8.-10. Woche) liegt der Interventionsfokus auf der Trauerarbeit über nicht erfüllte Erwartungen hinsichtlich Geburt und Elternschaft, Aussöhnung mit und Akzeptanz von Gefühlen und fortgeschrittenen Unterstützungsfähigkeiten. Die Mütter erhielten „Hausaufgaben“, die sie bis zur nächsten Sitzung durcharbeiten mussten. Die Frauen sagten anschließend, dass die Psychoedukation für sie die größte Hilfe war, gefolgt von dem Erlernen der Entspannungstechniken und dem Teilen-Können der Gefühle mit anderen Gleichbetroffenen. Die Autoren stellen ihrerseits heraus, dass die Mütter lernten, um Hilfe zu bitten, wodurch ihnen Unterstützung in Zukunft schneller zuteil werden kann.

In dem Gruppenprogramm von Morgan et al. (1997) wurden mit gesprächstherapeutischen und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Elementen die Sorgen und Gefühle der Mütter in der Beziehung zu ihrem Partner, zu ihren eigenen Müttern und gegenüber dem Kind behandelt. In den Sitzungen erhielten die Frauen zudem Informationen über postpartale Depressionen und zur Mutter-Kind-Bindung, und sie diskutierten über die Mythen der Mutterschaft und ihre Erwartungen an sich selbst. Die Partner nahmen an einer der Sitzungen teil; auf diese Weise entstand ein größeres Verständnis für die Situation ihrer Frau. Die Männer der Betroffenen konnten ihrerseits ihre Empfindungen mit anderen Männern teilen. Auch hier erhielten die Frauen „Hausaufgaben“ und lernten, für sich selber zu sorgen, ihre Erwartungen an sich selber zu reduzieren und sich die Erlaubnis zu geben, weniger perfekt zu sein und Hilfe von ihrem Partner oder anderen Personen anzunehmen. Abschließend ergaben sich eine Verringerung des mütterlichen Distress und eine Erhöhung ihres Selbstwertgefühls; zudem erlebten die Frauen ihre Männer nach der Partnersitzung als unterstützender. Es zeigte sich auch, dass das Selbstwertgefühl der Frauen, deren Partner an der Paarsitzung teilnahm, anschließend höher war als das der Frauen, deren Partner nicht teilnahmen.

Honey et al. (2002) beschreiben eine psychoedukative Gruppenintervention, bei dem sich eine signifikante Verringerung des Depressionslevels zeigte, jedoch keine Veränderung im psychosozialen Bereich (Coping, Wahrnehmung von sozialer Unterstützung und Ehebeziehung). Die Intervention bestand aus drei Komponenten: 1. Edukation: Informationen über PPD, Strategien der Bewältigung von schwierigen Situationen im Umgang mit dem Kind und Aufbau von sozialer Unterstützung. 2. Verwendung kognitiv-verhaltenstherapeutischer Strategien, um

falsche Kognitionen über Mutterschaft zu analysieren, und Vermittlung von Copingstrategien zum Umgang mit Angst; 3. Unterrichtung von Entspannungstechniken. Die positiven Auswirkungen waren noch 6 Monate nach Beendigung der Gruppe messbar. Möglicherweise war der Grund, warum die Frauen in dieser Studie keine Verbesserungen in der Wahrnehmung von sozialer Unterstützung und Ehebeziehung zeigten, dass der Partner nicht in das Behandlungsprogramm einbezogen wurde.

Chen et al. (2000) boten den Frauen kurze Theorieinputs und Diskussionen zu folgenden Themen an: Übergang zur Mutterschaft, postpartales Stressmanagement, Kommunikationsfähigkeiten und Lebensplanung. Ziel der Gruppe war es, die Mütter zwecks Austausch mit anderen Frauen in Kontakt zu bringen, die ähnliche Probleme haben und gemeinsam Lösungen zu finden. Die Frauen der Behandlungsgruppe hatten nach Gruppenende signifikant niedrigere Werte auf dem BDI; es konnte aber keine Veränderung im Selbstwertgefühl beobachtet werden.

Hofecker-Fallahpour et al. (2003) beschreiben das (m.W.) einzige deutschsprachige gruppentherapeutische Konzept für depressive Frauen vom letzten Trimenon der Schwangerschaft bis zum Kindergartenalter des jüngsten Kindes, welches seit 1998 in Basel an der Psychiatrischen Poliklinik angeboten wird. Eine Veröffentlichung des eigens hierzu entwickelten Manuals ist geplant.

Nach dem Aufnahmegespräch besuchen je 4-8 Mütter pro Gruppe den Therapiekurs in wöchentlichen Abständen. Unter der Leitung von 2 Therapeuten kommen in 12 Gruppensitzungen á 90 Minuten kognitiv-verhaltenstherapeutische sowie psychoedukative und systemische Techniken zur Anwendung. Zusätzlich findet ein Paargespräch statt. Die Frauen werden in der Gruppe angeregt, negative automatische Gedanken und dysfunktionale Grundannahmen gezielt zu überdenken und zu verändern sowie konkrete Verhaltensänderungen im Rollenspiel auszuprobieren und im Alltag umzusetzen. Typische Stresssituationen der Mutterrolle werden analysiert und neue alternative Bewältigungsstrategien diskutiert und trainiert. Weitere Themen sind die Etablierung positiver Aktivitäten, die Fähigkeit, Hilfe zu suchen, Entspannungsmöglichkeiten, die Elternrolle, die Beziehung zum Kind, zum Partner und anderen Angehörigen etc. Die Erläuterung eines bio-psycho-sozialen Entstehungsmodells von Depressionen erleichtert den Frauen das Verständnis für ihre Störung.

Der Ablauf der Gruppentherapie gliedert sich in drei Phasen:

1. Erlernen kognitiv-verhaltenstherapeutischer antidepressiver Strategien;

2. Auseinandersetzung mit rollenspezifischen Themen der frühen Mutterschaft - Gezielte Anwendung erlernter Strategien im familiären Alltag;
3. Auseinandersetzung mit Krankheit und Krise - Verfestigung und Ausweitung erlernter Strategien - Planung der unmittelbaren Zukunft nach der Gruppentherapie.

Thematisch ist diese Gruppentherapie stark auf Depressionen und die typischen Bedürfnisse und Probleme junger Mütter bezogen. Somit ist das Therapieprogramm nicht nur störungs-, sondern auch geschlechts- und situationsspezifisch. In einem Pilotprojekt führten Hofecker-Fallahpour et al. (2003) bisher 5 Gruppentherapien mit insgesamt 31 Teilnehmerinnen durch und evaluierten diese. Im Verlaufe der Gruppentherapie kam es zu einer signifikanten Reduktion depressiver Symptome bei 23 Frauen. Zu Therapiebeginn nahm ein Teil der Patientinnen gleichzeitig Antidepressiva ein; es zeigte sich ein hochsignifikanter Behandlungseffekt durch die Gruppentherapie sowohl in der Teilgruppe mit als auch in der Teilgruppe ohne Antidepressiva. Bei unterschiedlich hohen BDI-Ausgangswerten präsentierte sich ein nahezu parallel verlaufender Abfall der BDI-Werte in den klinisch nicht relevanten Bereich, was den Schluss zulässt, dass die Gruppentherapie alleine ebenfalls wirksam ist. Die Frauen berichteten Verbesserungen bei der Lösung täglicher Probleme, der Bewältigung der Depression und im Umgang mit Krisen, in ihrer Mutterrolle und der Beziehung zu ihrem Kind/ ihren Kindern. Auch die Zufriedenheit mit der Therapie war hoch. Bei 10 Patientinnen konnte bisher die Einjahreskatamnese durchgeführt werden: Zwischen der Messung nach Therapieende und Katamnese gab es keinen signifikanten Unterschied, d.h. dass sich die Besserung der depressiven Symptome als stabil erwies. Diese neu entwickelte Gruppentherapie für Mütter mit Depressionen erwies sich somit als effektiv und gut akzeptiert.

Eine Überlegenheit der Gruppentherapien gegenüber einer Einzeltherapie ließ sich bislang nicht feststellen. Highet/ Drummond (2004) ermittelten beispielsweise, dass mit einer Individualtherapie schnellere Erfolge erzielt wurden, im Langzeitverlauf nach 6 Monaten waren jedoch Gruppentherapie und Individualtherapie gleichermaßen effektiv. Alle Autoren unterstreichen jedoch, wie wertvoll für die Frauen der Austausch untereinander und der Anstoß zum Aufbau sozialer Kontakte ist, obwohl die Überwindung bis zur Teilnahme bei vielen Frauen hoch war.

“Within the group, members can finally confide and confess to others who are enduring the same situation without fear of being reviled, belittled, or minimized as is often the case with persons who fail to live up to social values, real or imagined” (Ugarizza 2004, S. 41).

Das Erleben, dass es anderen Frauen ähnlich geht, reduziert zudem die eigenen Versagensgefühle und Scham.

5.2.3 Aufsuchende Hilfen

Zu den aufsuchenden Hilfen, die bei Müttern mit psychischen Störungen post partum eine weitere Entlastung bieten können, gehört in der BRD die Unterstützung durch ambulante Familienpflege (Haushaltshilfe) und Sozialpädagogische Familienhilfe. Auch Hebammenbesuche über den 10. Tag nach der Entbindung hinaus sind möglich; 16 Hausbesuche durch eine Hebamme sind vom 11. Tag bis zur achten Lebenswoche des Kindes nach der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung von den Krankenkassen erstattungsfähig. Hausbesuche durch Krisenhilfen und Sozialpsychiatrische Dienste bieten weitere ambulante Unterstützungsmöglichkeiten. In England erfolgen bis zum Ende des ersten Lebensjahres Hausbesuche durch Health Visitors (Sobey 2002), die – wie unter 5.2.2 aufgezeigt – nach kurzer Schulung in non-direktiver Gesprächsführung auch beratend bei postpartalen Depressionen tätig sein können (Holden et al. 1989). In Basel können bei Bedarf auch speziell geschulte Psychiatrie-Gemeindekrankenschwestern Hausbesuche bei Müttern mit einer psychischen Störung durchführen (Riecher-Rössler 2001).

Eine zeitweise Entlastung von der Hausarbeit, z.B. durch die Anstellung einer Haushaltshilfe, kann v.a. in schwereren Fällen einer PPD eine sinnvolle und wirkungsvolle Maßnahme sein (Pauleikhoff 1964). Bei ärztlicher Verordnung (z.B. durch einen Gynäkologen) trägt die Krankenkasse nach §38 SGB V⁸⁶ hierfür die Kosten, sofern nicht eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen könnte und die Frau selbst hierzu nicht mehr in der Lage ist. Eine ambulante Familienpflegerin übernimmt dann die Weiterführung des Haushaltes (Einkaufen, Kochen, Wäsche etc.), die Versorgung und Betreuung des Säuglings und ggfs. weiterer Geschwisterkinder und bietet darüber hinaus auch Hilfestel-

⁸⁶ In den ersten 6 Tagen post partum auch nach §199 RVO.

lung bei der Klärung von Problemen durch Aufzeigen von Hilfsangeboten (vgl. Gier 2001).

Weitere Hilfemöglichkeiten bieten sich auf der Basis des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG). Nach §20 KJHG ist – je nach eigenem Einkommen der Eltern - die Gewährung einer Familienpflegerin möglich, wenn ein Kind durch die Störung der Mutter nicht ausreichend betreut wird und dadurch „in Not“ gerät (vgl. Gier 2001). In Situationen, in denen sich die Eltern nicht mehr in der Lage sehen, eine dem Wohl des Kindes entsprechende Versorgung und Erziehung ihrer Kinder zu garantieren, bieten darüber hinaus auch §§27,31 des KJHG Hilfe zur Erziehung in Form Sozialpädagogischer Familienhilfe, sofern diese Hilfe für die Entwicklung des Kindes geeignet und notwendig ist (vgl. Gier 2001; Wagenblaus/ Schone 2001). Aufgrund der Auswirkungen der mütterlichen psychischen Störung sowohl auf das Baby als auch auf etwaige weitere Geschwisterkinder ist hier meist ein deutlicher Hilfeanlass gegeben. Sozialpädagogische Familienhilfe gemäß §31 KJHG soll durch intensive Betreuung und Begleitung Familien in ihren Erziehungsaufgaben, bei der Bewältigung von Alltagsproblemen, der Lösung von Konflikten und Krisen sowie im Kontakt mit Ämtern und Institutionen unterstützen und Hilfe zur Selbsthilfe geben. Daher bietet sie sich besonders für die Mütter an, bei denen – neben der psychischen Störung der Mutter – eine Mutter-Kind-Interaktionsstörung festgestellt wurde, da die erkrankte Mutter auf diese Weise in ihrer Mutterrolle und ihren Erziehungskompetenzen gestärkt werden kann. Familienhilfe wird beim jeweils zuständigen Jugendamt beantragt; bei einer Bewilligung übernimmt das Jugendamt die Kosten. Das Jugendamt wird jedoch von vielen psychisch erkrankten Eltern in erster Linie als „Kinder-weg-nehm-Amt“ und weniger in seiner Hilfefunktion wahrgenommen, was eine rechtzeitige präventive Inanspruchnahme oft verhindert (Wagenblaus/ Schone 2001). Hier kommt anderen Professionellen, die die Störung der Mutter festgestellt haben (sei es Hebamme, Hausarzt oder Gynäkologe), die Aufgabe zu, beratend tätig zu sein und Ängste zu nehmen.

Auch das Hinzuziehen des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes kann hilfreich sein, wenn eine betroffene Mutter und ihre Angehörigen eine psychiatrische Einweisung zunächst vermeiden wollen. Die Mitarbeiter kommen ebenfalls auf Wunsch zu persönlichen Beratungsgesprächen ins Haus und helfen bei der Weitervermittlung an andere ambulante und stationäre Einrichtungen sowie zu Selbsthilfegruppen. Ambulante Tages- oder Hauspflege in Verbindung mit

sozialpsychiatrischer Betreuung kann auch für schwerer betroffene Frauen eine Alternative zum Klinikaufenthalt sein (Dix 1991).

Des Weiteren gibt es in den meisten großen Städten Krisenzentren oder Krisenambulanzen, die nicht sofort die psychiatrische Aufnahme bewirken, sondern versuchen, ambulante Hilfe anzubieten (insbesondere auch an Wochenenden oder nachts). Krisenhilfen sind rund um die Uhr erreichbar und helfen bei akuten suizidalen Krisen. Auch diese führen z.T. beratende Hausbesuche und Kurzzeittherapien durch und helfen bei der Vermittlung längerfristiger Beratungs- und Therapieangebote.⁸⁷

Darüber hinaus arbeiten in einigen deutschen Städten auch Familienhebammen, die größtenteils bei einem Gesundheitsamt angestellt sind, manchenorts aber auch bei einem Träger der freien Wohlfahrtspflege. Ihre Aufgabe ist die Gesundheitsförderung und Prävention bei Familien, die durch gesundheitliche, medizinisch-soziale oder psychosoziale Belastungen gefährdet sind (z.B. minderjährige Mütter, alleinstehende Frauen in schwierigen sozialen Verhältnissen, aber auch Frauen mit erkennbarer psychischer Gefährdung). Der Schwerpunkt der (aufsuchenden) Arbeit von Familienhebammen liegt im Wochenbett auf der psychosozialen und medizinischen Beratung und Betreuung von Müttern/ Familien mit Kindern bis zum vollendeten 1. Lebensjahr und umfasst neben den regulären Hebammenleistungen auch eine Beobachtung und Förderung der Mutter-Kind-Beziehung, Hilfestellung beim Umgang mit dem Säugling, persönliche Beratungsgespräche auch mit dem Fokus Partnerschaft, Aktivierung anderweitiger Hilfenetze u.v.m. Die Aufgabe der Familienhebammen ist nach BDH (2004) auch das Erkennen psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten, die Krisenintervention und Einleitung etwaiger Maßnahmen.

Die genannten aufsuchenden Hilfemöglichkeiten bieten sich auch und gerade bei schwer depressiven Müttern an, bei denen im Einzelfall durch diese professionelle Unterstützung innerhalb des gewohnten Umfeldes möglicherweise eine stationäre Aufnahme vermieden werden kann. Eine psychologische Schulung vorausgesetzt - und unter der Voraussetzung entsprechender Abrechnungsmöglichkeiten dieser Leistungen - könnten ambulante Pflegedienste durch weitere Beratung Betroffener zusätzlich den Heilungsprozess verkürzen (vgl. die englische Studie von Holden et al. 1989); im Vergleich zu einem Klinikaufenthalt wäre dies sicherlich auch unter Kostenaspekten eine erwägenswerte Alternative.

⁸⁷ Informationen aus der Selbstdarstellung „Krisenhilfe Münster – Ratgeber für Angehörige“ des Vereins für Suizidprophylaxe und Krisenbegleitung Münster e.V., unbek. Jahr.

5.2.4 Hilfe für und von Angehörigen

Wie unter 3.3 gezeigt, ist auch die Familie (v.a. der Partner) von der Störung betroffen und benötigt besondere Hilfen bei der Bewältigung der veränderten Lebenssituation. Die Familie sollte deshalb nach Ansicht einiger Autoren sowohl bei der ambulanten als auch der stationären Behandlungsform aller psychischen Störungen post partum in die Behandlung miteinbezogen werden (z.B. Misri et al. 2000; Morgan et al. 1997). Die Angehörigen benötigen Aufklärung über die Behandlung und den Verlauf der Störung sowie Vorschläge, wie sie mit der Kranken umgehen sollen. Zu diesen Vorschlägen gehört z.B., darauf zu achten, dass die Frau ausreichend Schlaf und Erholung bekommt, praktische Unterstützung anzubieten, Begleitung zu Arzt- und Therapieterminen, emotionale Unterstützung durch empathisches Zuhören, keine Appelle sich zusammenzureißen, kein Druck, keine Vorwürfe oder Ungeduld, keine oberflächlichen Ablenkungsversuche, Hoffnung auf Besserung machen, positive Verstärkungen bieten – v.a. auch im Umgang mit dem Kind - u.v.m.⁸⁸ Dies entlastet, nimmt einen Teil der eigenen Ohnmacht und Handlungsunsicherheit und hilft ihnen dabei, die psychischen Veränderungen der Betroffenen akzeptieren zu können. Des weiteren erleichtert das Wissen um das Störungsbild der PPD oder Wochenbettpsychose das Verstehen der betroffenen Mutter und die Erkenntnis, dass die Störung nicht auf deren persönlichem Versagen beruht, so dass (Schuld-)Vorwürfe, die auf Unkenntnis beruhen und die Frau zusätzlich belasten, besser vermieden werden können. Notwendig für das psychische Gleichgewicht der Angehörigen ist auch, den eigenen Ärger, die Wut und manchmal auch Verzweiflung aussprechen und bewältigen lernen zu können. Daher sind – wie schon dargestellt - sowohl in der ambulanten Gruppentherapie als auch in vielen psychiatrischen Kliniken Partner-treffen fester Bestandteil des Behandlungsprogramms, so dass die Angehörigen Erfahrungen austauschen und voneinander Bewältigungsstrategien zum Umgang mit der Störung der Partnerin lernen können.

Der Einbezug des Partners hat aber nicht nur für diesen eine psychohygienische Bedeutung, sondern hilft auch direkt dabei, die Depression der Mutter zu verringern (Misri al. 2000), z.B. dadurch dass es den Männern besser gelingt, ihren Frauen mehr oder adäquatere Unterstützung zu bieten (vgl. Morgan et al. 1997).

⁸⁸ Für ausführliche Verhaltensempfehlungen für Angehörige sei auf meine Zusammenstellung bei Nispel (2001) verwiesen.

5.2.5 Strategien der Selbsthilfe für postpartal depressive Mütter

Viele Selbsthilfetipps werden immer wieder in populärwissenschaftlichen Büchern zur postpartalen Depression veröffentlicht (z.B. bei Dunnewold/ Sanford 1996; Dix 1991; Nispel 2001): ausreichend Schlaf, ausgewogene Ernährung mit vielen kleinen Mahlzeiten über den Tag verteilt, kaliumreiche Nahrungsmittel, körperliche Bewegung, Abbau von Perfektionismus, Schaffung eigener Freiräume, Annehmen von Hilfe durch Angehörige und Freunde u.v.m. Es darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass eine Mutter mit einer manifesten Depression a) viele dieser gut gemeinten Ratschläge aufgrund ihrer Antriebsschwäche nicht umsetzen kann und dass b) die meisten Tipps eher der Prophylaxe und Behebung von leichteren Befindlichkeitsstörungen und Erschöpfung nach der Geburt dienen, nicht jedoch als Maßnahmen bei mittleren und schweren Depressionen angesehen werden können. Anders verhält es sich mit organisierten Selbsthilfegruppen, die einen wesentlichen, hilfreichen Bestandteil des Versorgungsnetzes bei PPD ausmachen.

Selbsthilfeinitiativen für Mütter mit psychischen Störungen post partum haben im Ausland (v.a. England, USA) eine lange Tradition: Die 1977 in Kalifornien gegründete Organisation „PEP“ (*Postpartum Education for Parents*) schickt Vertreterinnen zu allen geburtsvorbereitenden Kursen in der Umgebung, um dort ihre Broschüren und Hilfsangebote (z.B. Hausbesuche, Gesprächsgruppen) vorzustellen. Die PEP-Broschüren liegen auch in örtlichen Arztpraxen und Familienzentren aus.

In England gibt es die „MAMA“ (*Meet-a-Mum-Association*), eine Selbsthilfeinitiative, die 1979 gegründet wurde und über ein breites Netz von Müttergruppen verfügt. Es finden Hausbesuche statt und Gruppentreffen, um mit anderen Betroffenen über Ängste, Einsamkeit und andere Probleme zu sprechen. Interessierte Mütter können jederzeit jemanden (telefonisch) erreichen, wenn es ihnen schlecht geht, auch nachts und am Wochenende.

Auch bei der „*Association for Postnatal Illness*“ (*Gesellschaft für postnatale Erkrankung*) in England gibt es ein ähnliches Angebot. Bei dieser Gesellschaft handelt es sich um eine Organisation, die zum besseren Verständnis der Probleme, die mit postpartalen Störungen verbunden sind, und zur Forschungsförderung auf diesem Gebiet gegründet wurde. Auch hier gibt es ein Team von Freiwilligen, die selbst unter postpartalen Depressionen gelitten und sich wieder davon erholt haben und die bereit sind, akut Erkrankten durch Telefongespräche oder Besuche zu helfen.

Ebenso bestehen beim „*National Childbirth Trust*“ in England organisierte Müttergruppen mit Frauen, die die PPD aus eigener Erfahrung kennen und die bereit sind, zu jeder Tages- und Nachtzeit verständnisvoll zuzuhören.

Zudem ist das Thema „Postpartale Depression“ ein integrierter thematischer Bestandteil in den „*Parental Education Classes*“ (PEC), die unseren hiesigen Geburtsvorbereitungskursen annähernd entsprechen. Ein weiteres Ziel der PECs ist der Aufbau von Unterstützungssystemen generell während der Schwangerschaft. Die obige Aufzählung der ausländischen Unterstützungsmöglichkeiten durch und für Frauen mit psychischen Störungen post partum ist nicht vollständig, sondern nur beispielhaft.

In der BRD wurde 1996 der Verein „Schatten & Licht - Krise nach der Geburt“ gegründet, unter dessen Organisation bundesweit immer mehr Selbsthilfegruppen für postpartal depressive Mütter⁸⁹ entstehen. Da aufgrund der teilweise großen Entfernungen nicht alle Frauen eine Selbsthilfegruppe erreichen können, gibt es auch eine (Telefon-)Kontaktliste, die über den Verein zu beziehen ist sowie ein Internetforum. Der Verein „Schatten & Licht“ möchte zudem postpartale Depressionen und Wochenbettpsychosen bekannter machen, damit den Betroffenen Verständnis zuteil wird und auch zunehmend mehr Fachleute mit diesem Thema kompetent umgehen können. Listen der regionalen Selbsthilfegruppen sowie von Therapeuten, die sich mit dem Störungsbild auskennen, und Kliniken, die Mutter-Kind-Aufnahmen anbieten, stehen zum Download für Betroffene wie interessierte Professionelle bereit. Darüber hinaus hat der Verein ein kurzes, leicht verständliches Faltblatt entworfen, was möglichst schon Schwangere in der Geburtsvorbereitung erhalten sollen, um zu erfahren, dass es zu psychischen Problemen nach der Geburt kommen kann und wo sie im Ernstfall Unterstützung und Beratung erhalten.

McIntosh (1993) beschreibt, dass es für viele Mütter die beste Hilfe war zu hören, dass die Störung nicht nur sie betrifft und dass sie keine Schuld daran haben; dabei war egal, ob diese Erklärung durch Professionelle oder Angehörige erfolgte. Die Frauen erlangten hierdurch ein Stück Normalitätsempfinden zurück. Ebenso war bei Small et al. (1994) der eindringlichste Rat, den Betroffene anderen Müttern geben konnten, mit jemandem über ihre Gefühle und Gedanken zu sprechen (noch vor dem Aufsuchen medizinischer Hilfe). Hier kann Selbsthilfe-

⁸⁹ Z.T. kommen auch Frauen in die SHGs, die eine Wochenbettpsychose hinter sich haben (Nisipel 2001).

gruppen ein großer Stellenwert zukommen; eine depressive Mutter kann von den Erfahrungen der anderen profitieren, erfahren, dass sie mit ihren Schwierigkeiten nicht alleine dasteht und Mut schöpfen, dass die Depression auch wieder vorbeigeht.

Nispel (2001) hat eine Befragung von Müttern durchgeführt, die an Selbsthilfegruppen von „Schatten & Licht“ teilnahmen; dabei sagten die Teilnehmerinnen fast einstimmig, dass sie die Selbsthilfegruppe als gleichwertig neben anderen Therapieverfahren erachten. Als Grund hierfür schildert Nispel, die Initiatorin von „Schatten & Licht“:

„Das unausgesprochene Verstehen einer ähnlich durchlebten Lebenskrise fehlt bei der professionellen Therapie. In einer SHG werden teilweise Dinge besprochen, die eine Frau noch nicht einmal ihrem Therapeuten/ ihrer Therapeutin anvertrauen würde – aus Furcht vor Bewertung und Verurteilung. In dieser grenzenlosen Offenheit liegt ein immens großes Heilungspotential“ (Nispel 2001, S. 149).

Nispel (2001) schildert des Weiteren, dass die Selbsthilfegruppe ermöglicht, durch die Solidarität und das Verständnis der anderen Frauen das eigene Selbstbewusstsein zu stärken und individuelle Lösungsmöglichkeiten aus der Krise zu sehen. Neben dem Erfahrungsaustausch bietet die Selbsthilfegruppe außerdem Informationsvermittlung bezüglich Störungsbild, Literatur, Medikamenten, Therapien und Fachleuten; hier fließen die neuesten Erkenntnisse zusammen. Hierdurch ist den Frauen ein selbstbewussterer Umgang mit der Störung möglich, sowohl gegenüber Angehörigen als auch gegenüber Fachleuten, die oftmals noch nie von postpartalen Depressionen gehört haben und – so Nispel - aus Unkenntnis völlig ineffektive Behandlungen einleiten.

Nach Dix (1991) ist ein weiterer wesentlicher Aspekt von Selbsthilfegruppen, dass die Isolation der Mütter durchbrochen und Kontakte untereinander gefördert werden – somit können die Selbsthilfegruppen auch zum Ausbau eines unterstützenden Netzwerks beitragen.

Trotz aller beschriebenen Vorzüge haben manche Frauen dennoch Hemmschwellen, eine Selbsthilfegruppe aufzusuchen.

„Die Selbsthilfegruppen-Leiterinnen berichten, dass zwar viele Frauen anrufen, aber einen persönlichen Besuch der SHG letztlich doch scheuen. Das Tabu um Mütterkrisen scheint auch hier starken Einfluss zu nehmen“ (Nispel 2001, S. 150).

Professionelle sollten deshalb betroffene Frauen über die Möglichkeiten und Grenzen der Selbsthilfegruppen informieren, Adressen und Ansprechpartner bereithalten und zum Austausch in einer solchen Gruppe ermutigen.

Die Grenzen der Selbsthilfe zeigen Leibold (1988) und Nispel (2001) auf: Frauen in einem akuten Zustand einer schweren Depression finden nicht den Weg in die Selbsthilfegruppe, weil sie hierzu aufgrund ihrer Symptomatik, wie z.B. Antriebslosigkeit, nicht in der Lage sind. Die Einflussmöglichkeiten der Selbsthilfegruppe wären in diesem Fall auch sehr begrenzt, fachmännische Behandlung ist unbedingt erforderlich. Bei mittelschweren Symptomen kann Selbsthilfe zwar möglich sein, genügt aber oft nicht allein. Auch bei leichteren Depressionen, die längere Zeit andauern, sollte ein Fachmann hinzugezogen werden.

Selbsthilfegruppen können immer nur eine Ergänzung zu anderen Angeboten sein und in diese Versorgungsstruktur eingebunden werden; sie können professionelle Angebote nicht ersetzen. In den meisten Fällen jedoch kommen Menschen in Selbsthilfegruppen, wenn sie eine regelrechte Ärzte-Odyssee hinter sich haben (Kösters 1992); das gilt auch für Frauen, die von einer postpartalen Depression betroffen sind. Gerade bei der PPD entstehen die Selbsthilfegruppen größtenteils aufgrund fehlender anderweitiger Angebote. Die Eigeninitiative ist für viele Frauen die einzige und häufig letzte Hoffnung auf Hilfe. Hier stößt das soziale Netz an seine Grenzen, und es wird deutlich, dass noch viele andere Betreuungs- und Auffangmöglichkeiten fehlen; die Selbsthilfegruppen haben jedoch nicht die Aufgabe, diese Versorgungslücken alleine zu schließen und damit andere Institutionen von der Schaffung geeigneter Angebote zu entlasten.

5.3 Die stationäre und teilstationäre Behandlung psychischer Störungen post partum

Die Aufnahme in eine psychiatrische Klinik ist oft zur Entlastung und zum Schutz der Mutter sowie zum Schutz der Mutter-Kind-Beziehung angezeigt (Hornstein et al. 2004). Bei Wochenbettpsychosen ist sie meist nicht zu umgehen (Oates 1996; Fallgatter et al. 2002). Darüber hinaus ergeben sich nach Hornstein et al. folgende Indikationen zur stationären Behandlung: Suizidalität der Mutter, auto- oder fremdaggeressive Gedanken oder Impulse, mittelschwere, schwere oder therapieresistente Depressionen, akute Manien, Exazerbation von schizophrenen Störungen sowie mütterliche Beziehungsstörungen zum Kind.

Die Entscheidung, ob eine Klinikeinweisung erfolgen sollte, muss in Abhängigkeit von Nutzen und Risiken für die Patientin, ihr Kind und ihre Familie getroffen werden (Wohlschlag 1994). Wenn eben möglich, sollte versucht werden, die Zustimmung der Patientin zu einer psychiatrischen Behandlung zu erreichen, da dies als wesentlich weniger traumatisch erlebt wird als eine Zwangseinweisung. Bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung muss jemand auch gegen seinen Willen eingewiesen werden. Zwangsbehandlung ist damit aber nicht legitimiert (a.a.O.). Muss die postpartale Störung klinisch behandelt werden, so empfiehlt sich, dass der Kontakt zwischen Mutter und Kind auch während der Hospitalisation nicht abbricht; vorausgesetzt dass die Mutter ihr Kind zumindest überwiegend versorgen kann (Kilian 2001). Kontraindikationen für eine gemeinsame Mutter-Kind-Aufnahme sind nach Rothenburg et al. (2005), dass aufgrund der Psychopathologie der Mutter ein erweiterter Suizid befürchtet werden muss oder dass das Kind in das Wahnsystem der Mutter einbezogen und damit ebenfalls gefährdet wird. Bei schweren Störungen kann es zunächst für das Kind sicherer sein, von anderen Personen betreut zu werden und nur zeitweise unter Aufsicht Kontakt zur Mutter zu haben, bis die Mutter soweit gesundet ist, dass sie die Verantwortung wieder übernehmen kann (Glangeaud-Freudenthal/ Barnett 2004).

V.a. in England und Australien wird das Modell der Mutter-Kind-Stationen schon seit Jahren in zahlreichen psychiatrischen Kliniken mit Erfolg betrieben und kann der Entfremdung von Mutter und Kind vorbeugen. In den allermeisten Fällen gelingt es dabei durch die Aufnahme von Mutter und Kind in entsprechenden Stationseinheiten, die Mutter-Kind-Bindung herzustellen und aufrechtzuerhalten, während die Mutter selbst psychiatrisch stationär behandelt wird. Das Konzept der Mutter-Kind-Aufnahmen an psychiatrischen Krankenhäusern soll daher im Folgenden intensiver dargestellt werden.

Neben psychiatrischen Kliniken bieten einige psychosomatisch-psychotherapeutische Kliniken die Möglichkeit für Mütter, ihre Kinder mitzubringen. Diese Klinikform wird von vielen Betroffenen einer psychiatrischen Abteilung vorgezogen, da sie als weniger stigmatisierend erlebt wird. Nachteil ist die oft lange Wartezeit vor Aufnahme, so dass sich eine Aufnahme nur für weniger akut betroffene Frauen anbietet, sowie dass m.W. keine therapeutischen Konzepte vorliegen, die explizit Mütter mit psychischen Störungen post partum im Blickfeld haben; stattdessen wird das normale psychotherapeutische und soziotherapeutische Rahmenprogramm angewendet. Daher wird diese Klinikform im Weiteren nicht näher beschrieben.

Über eine Behandlung in psychiatrischen Ambulanzen und Tageskliniken – mittlerweile auch in einigen wenigen Kliniken zusammen mit dem Kind - kann manchmal eine stationäre Aufnahme verhindert werden; diese Behandlungsmaßnahmen bieten sich jedoch auch zur Nachbehandlung nach dem stationären Aufenthalt an.

5.3.1 Mutter-Kind-Aufnahmen an psychiatrischen Krankenhäusern

Mutter-Kind-Abteilungen in psychiatrischen Krankenhäusern sind spezialisierte Behandlungseinheiten, die sowohl die psychische Störung der Mutter behandeln, ihre Fähigkeiten stärken, mit ihrem Kind umzugehen, als auch eine präventive Funktion für das Kind beinhalten. Dabei werden zwei Arten von Einheiten unterschieden (vgl. Brockington 2001b; Hornstein et al. 2004):

- die „Anhängsel-Einheiten“ oder „Rooming-In“-Einheiten: Diese haben 1-4 Betten und sind am weitesten verbreitet. Sie sind an allgemeine Akutstationen angeschlossen. Problematisch ist jedoch die mangelnde Sicherheit, ein ungünstiges Milieu sowie der Mangel an Spezialisierung und Erfahrung – nach Cazas/ Glangeaud-Freudenthal (2004) ist auch die Mehrbelastung des hierfür nicht ausgebildeten Personals nicht unerheblich. Oft bleibt hier die Mutter-Kind-Beziehung und Behandlung der (oft) gestörten Interaktion ausgeblendet. Die Mutter nimmt an dem Standardbehandlungsprogramm der Klinik teil; es wird ihr lediglich die Möglichkeit zur Mitaufnahme des Kindes angeboten. Auch hinsichtlich der psychotherapeutischen Arbeit mit der Mutter bleibt der spezielle Kontext „Wochenbett“ unberücksichtigt. Vorteil dieses Modells ist demgegenüber nach Hornstein et al. die wohnortnahe Versorgung mit besseren Übergangsmöglichkeiten von der stationären zur ambulanten Behandlung.
- spezialisierte Einheiten mit fünf oder mehr Betten. Die spezialisierten Einheiten bieten optimale Sicherheit für schwer gestörte Mütter und ihre Kinder und die beste psychiatrische Betreuung.

Das multidisziplinäre Team von Mutter-Kind-Abteilungen setzt sich meist aus Psychiatern, Psychotherapeuten, Psychologen, Sozialpädagogen, Erzieherinnen, Ergotherapeuten und Krankenschwestern und –pflegern zusammen. Die meisten Kliniken arbeiten eng mit einer Hebamme, einem Gynäkologen und einem Kin-

derarzt sowie oft auch einer Stillberaterin zusammen, die die Mütter und Kinder auf der Station aufsuchen und oft auch dem Stationspersonal Hilfestellung im Umgang mit Säuglingen geben. Dass die Hebamme klinikunabhängig ist, erleichtert den psychisch kranken Müttern manchmal, ihren Rat anzunehmen (Hartmann 2001).

Cazas/ Glangeaud-Freudenthal (2004) beschreiben, dass die Fragen „Wie soll eine Mutter ihre mütterliche Gefühle entwickeln, wenn das Baby nicht da ist?“ und „Wie kann das Baby eine Bindung an die Mutter entwickeln, wenn es nicht von ihr betreut und versorgt wird?“ dazu führten, dass in vielen Ländern neue Wege in der Behandlung psychisch kranker Mütter entwickelt wurden, ohne Mutter und Kind zu trennen. In England wurde bereits im Jahre 1948 zum ersten Mal eine psychisch kranke Mutter zusammen mit ihrem Baby aufgenommen (Main 1958, zit. nach Brockington 2001b). Main berief sich hierbei auf die Forschungsarbeit von Bowlby über die negativen Auswirkungen einer Trennung von Mutter und Kind in den ersten Lebensmonaten des Kindes auf die weitere kindliche Entwicklung. Die erste eigentliche „Mother-and-Baby Unit“ mit Spielzimmer für Kinder und speziell eingerichteten Krankenzimmern für depressive Mütter mit Kleinkind, wurde 1959 in der Nähe von London eröffnet (Lanczik/ Brockington 1997). Hauptmotiv zur Gründung dieser Abteilung war, die Schuldgefühle postpartal depressiv Erkrankter gegenüber dem eigenen Kind abzubauen. Seit 1983 gibt es Mutter-Kind-Einheiten in Australien (Buist et al. 2004), 1979 wurde die erste Abteilung in Frankreich eröffnet, 1990 in Belgien, 1995 in den Niederlanden und 1999 in der BRD (Cazas/ Glangeaud-Freudenthal 2004). Gemeinsame Mutter-Kind-Aufnahmen fanden jedoch in allen Ländern z.T. schon lange vor Eröffnung der ersten spezialisierten Mutter-Kind-Abteilung statt. Nach einer unveröffentlichten Umfrage aus dem Jahre 2000 (zit. nach Hornstein et al. 2004) gaben über 50 deutsche Kliniken an, Mutter-Kind-Aufnahmen durchführen zu können.

Weltweit hat Großbritannien nach wie vor eine klare Vorreiterrolle in diesem Bereich und zusammen mit Australien das bestausgebaute Versorgungssystem für Mutter und Kind. So führten nach einer 1985 von Aston und Thomas durchgeführten Erhebung von den damals 305 psychiatrischen Abteilungen in Großbritannien 149 Abteilungen regelmäßig Mutter-Kind-Aufnahmen durch (Kumpf-Tontsch et al. 2001).

Der Bedarf kann nach Brockington (2001b) mit ca. 6 Betten pro 1.000.000 Einwohner festgelegt werden, nach Lanczik/ Brockington (1997) sogar 9,6 Betten

pro eine Million Einwohner oder umgerechnet auf die Bevölkerungszahl und die Geburtenrate in der BRD zirka 750 Betten insgesamt.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer wird in den meisten Untersuchungen mit 2-3 Monaten angegeben (Hartmann 2001). Eine teilstationäre Behandlung sowie eine ambulante Nachsorge sind in vielen Kliniken möglich.

Das Outcome bei Klinikentlassung ist überwiegend zufriedenstellend; bei Salmon et al. (2003) konnten 78% der Mütter symptomfrei oder wesentlich gebessert entlassen werden; bei Glangeaud-Freudenthal (2004) waren es 65%. Die elterlichen Kompetenzen bei der Entlassung (praktische Fertigkeiten, Responsivität, keine Gefahr der Kindesmisshandlung) wurden bei Salmon et al. zu 80% als gut beurteilt; bei Glangeaud-Freudenthal hatten 18% bei der Entlassung noch signifikante praktische Probleme im Umgang mit dem Kind und 41% Probleme in der emotionalen Responsivität. Die Gefährdung für Kindesmisshandlung war mit 9% bei Salmon et al. und 31% bei Glangeaud-Freudenthal allerdings immer noch recht hoch. Stewart (1989, zit. nach Hartmann 2001) beschreibt, dass nach gemeinsamer Aufnahme 87% der Mütter ihre Kinder versorgen konnten, gegenüber 31% der Mütter, die ohne Kind in psychiatrischen Stationen aufgenommen wurden.

Schizophrene Mütter schnitten in den Untersuchungen deutlich schlechter ab, bei Salmon et al. auch solche einer geringeren Schichtzugehörigkeit und bei psychischer Störung des Partners oder einer schlechten Beziehung zum Partner. 85% der Mütter konnten mit ihren Kindern zusammen entlassen werden, die schizophrenen Mütter wurden wiederum häufiger bei der Entlassung von ihren Kindern getrennt (Glangeaud-Freudenthal 2004).

5.3.1.1 Vorteile und Ziele der gemeinsamen Mutter-Kind-Behandlung

Nach Lanczik/ Brockington (1997) ist bei einer alleinigen stationären Behandlung der Mutter der größte Teil dieser Frauen auch nach der Genesung mit der Versorgung des Kindes überfordert, und beide sind sich fremd geworden. Rückfälle der Mutter sind dann häufiger - was auch von Wisner et al. beschrieben wird -. Schuldgefühle erschweren die Wiederaufnahme der mütterlichen Tätigkeiten zusätzlich (Dix 1991). Durch eine Mitaufnahme des Kindes können Schuldgefühle, nicht in der Lage zu sein, sich um das Kind zu kümmern, vermieden oder zumindest verringert werden (Salmon et al. 2003; Lanczik/ Brockington 1997). Be-

rücksichtigt werden muss auch die Entwicklungsgefährdung des Kindes bei einer Trennung von der Mutter.

Um die intuitive Elternschaft in ihrem Auftreten zu begünstigen und zu entwickeln, ist die Anwesenheit des Säuglings erforderlich. Beziehungsaufbau und Selbstvertrauen im Umgang mit dem Säugling können gefördert werden. Unter diesen Voraussetzungen erlebt die Mutter nach Abklingen der Wochenbettpsychose ihr Kind nicht wie einen Fremdkörper. Es wird vermieden, dass sie in ihrer oft bereits vorhandenen unsicheren Mütterlichkeit vollends bestätigt wird und keine natürliche, den Bindungsbedürfnissen des Kindes entsprechende Beziehung zu entwickeln in der Lage ist (Hartmann 2001).

In der Mutter-Kind-Einheit können die Mütter in entspannter und unterstützender Atmosphäre die alltägliche Versorgung und Pflege ihres Babys lernen und in spielerischen Interaktionen mit ihrem Kind unterstützt werden. Die eigenständige Versorgung des Babys und Sicherheit im Umgang mit dem Kind sind ein entscheidendes Ziel der Mutter-Kind-Behandlung. Darüber hinaus dient das Pflegepersonal als Modell für eigene zu erprobende Verhaltensweisen der Mutter, z.B. kann die Mutter den gleichen Tonfall anwenden, wenn sie mit dem Baby spricht oder es in der gleichen Weise halten und baden. Diese Verhaltensweisen können wiederum vom Pflegepersonal positiv verstärkt und vorsichtig korrigiert werden – ohne dass die Mutter eine Disqualifizierung erlebt (Cazas/ Glangeaud-Freudenthal 2004).

Therapeutisch kann in diesem Setting auf die Mutter, die Mutter-Kind-Beziehung und das Kind eingewirkt werden. Für die Mutter ergeben sich dabei folgende Vorteile: Sie lernt und übt schrittweise die Säuglingspflege, sie lernt Belastungen zu steuern (z.B. durch Vermittlung von Stressbewältigungsstrategien), die Übernahme mütterlicher Funktionen durch die Mutter und ihre Feinfühligkeit wird gefördert (intuitive Elternschaft), eine angemessene Verarbeitung vorläufiger oder endgültiger Trennung ist möglich; zudem wird eine Verweildauerverkürzung beobachtet, und eine bessere Vorbereitung auf die Entlassung ist möglich (Entlassungen gegen ärztlichen Rat sind seltener). Auch für das Kind ergeben sich Vorteile der gemeinsamen Aufnahme mit der Mutter: Vermeidung einer Heimeinweisung, Vermeidung wechselnder Bezugspersonen, Bindungsförderung und –erhaltung, Prävention von Trennungstraumata, Entwicklungsstörungen und Beziehungsstörungen zwischen Mutter und Kind (Hartmann 2001; Hornstein et al. 2004).

„Mit Hilfe einer stützenden und bemutternden Umgebung (die Mutter bemuttern) kann auch die psychisch kranke Mutter schrittweise die Säuglingspflege üben und lernt, die Belastung durch den Säugling zu steuern. Mit der gemeinsamen Behandlung von Mutter und Kind wird daher eine stabilere Entwicklung des Kindes und ein besserer Kontakt zwischen Mutter und Kind ermöglicht“ (HARTMANN 2001, S. 38, ohne Fußnoten des Autors).

Auch der Vater sollte in den Therapieprozess und die Pflege des Kindes mit einbezogen werden (Maier 1989; Glangeaud-Freudenthal/ Barnett 2004; Riecher-Rössler/ Hofecker-Fallahpour 2003).

Wisner et al. (1996a) beschreiben, welche Nachteile demgegenüber die ausschließliche psychiatrische Aufnahme der Mutter hat: Eine Trennung vom Kind kann dazu führen, dass die Mutter die Aufnahme verweigert (nach Hartmann 2001 z.T. aus Angst vor einem Sorgerechtsentzug), das Stillen muss abgebrochen werden, die diagnostische Evaluation ist erschwert, keine „Nutzbarkeit“ des Kindes in einer dyadischen Psychotherapie und die Verantwortung für die Kinderbetreuung liegt bei Ehemann und Angehörigen.

Doch es bestehen nach wie vor auch Vorurteile gegenüber der gemeinsamen Mutter-Kind-Aufnahme. So gaben befragte Kliniken in Österreich als Gründe für die Nicht-Mitaufnahme eines Kindes an, es fehle der Bedarf, bei intakten Familienstrukturen sei die Mitaufnahme nicht erforderlich und eine Entlastung der Mütter von der Versorgungsaufgabe sei sinnvoll (Kumpf-Tontsch et al. 2001).

Auch wird i.A. befürchtet, dass das Kind durch den Aufenthalt in der Psychiatrie Schaden nehmen könnte, und es gibt Ängste, die Mutter könne ihr Kind umbringen; das Risiko eines Infantizids bei gemeinsamer Mutter-Kind-Behandlung oder die Gefahr der Verletzung des Kindes durch Mitpatienten bei Aufnahme auf einer allgemeinpsychiatrischen Station wird jedoch in nahezu allen Publikationen als sehr gering eingeschätzt (Hartmann 2001). Nach Lanczik/ Brockington (1997) geht eine Gefährdung der Kinder seltener von paranoid-halluzinatorisch erkrankten Müttern aus als vielmehr von Frauen mit postpartalen Depressionen oder schweren Persönlichkeitsstörungen, und zwar in erster Linie nicht durch direkte Gewalteinwirkung, sondern durch massive Vernachlässigung. Ein entsprechend ausgebildetes Pflegepersonal ist jedoch nach Ansicht der Autoren in der Regel in der Lage, Gewalt psychotischer Mütter gegen deren eigene Kinder zu verhindern. Ein weiteres Kontra-Argument ist die mangelhafte Versorgung der Kinder durch psychiatrisch kranke Mütter und die Mehrbelastung des Pflegepersonals, welches bei Mitaufnahme des Kindes meist nicht mit personeller Verstärkung rechnen kann (Hartmann 2001, Kumpf-Tontsch et al. 2001).

Immer wieder wird zudem der Faktor der Kostenübernahme problematisiert: Die Pflegesatzverordnung sieht nur die Mutter als Patientin und übernimmt ihre Kosten, nicht jedoch die des Kindes, welches als Begleitperson definiert wird, eine absurde Situation nach Hartmann, da bei den mitbehandelten Kindern zukünftigen Störungen vorgebeugt wird. Die Mütter müssen für Babynahrung, Windeln und Kleidung des Kindes in den meisten Kliniken selbst aufkommen, während Kinderbett, Babyphon und Wickeltisch von den Kliniken gestellt werden. Nach Schätzungen von Hartmann belaufen sich die tatsächlichen Kosten für eine gemeinsame Behandlung von Mutter und Kind auf das 1,5-2fache des normalen Pflegesatzes.

Die Mütter selbst und ihre Familien sind jedoch mit dem Angebot der Mutter-Kind-Abteilungen sehr zufrieden, während Mütter, die nicht mit ihren Kindern zusammen behandelt wurden, frustriert und ärgerlich waren über die Behandlung in einer Allgemeinpsychiatrie (Robertson/ Lyons 2003).

5.3.1.2 Therapeutische Konzepte und Durchführung der Mutter-Kind-Behandlung

Das Behandlungskonzept der Kliniken (sofern sie ein explizites haben) ist nicht einheitlich, so dass die folgende Beschreibung beispielhaft typische Konzeptionen und Abläufe hervorhebt; es müssen jedoch nicht alle Aspekte in jeder Klinik vorhanden sein. Dickopf-Kaschenbach et al. (2000) beschreiben, dass sich das grundsätzliche Behandlungsangebot nicht vom sog. „Regelpatienten“ unterscheidet, notwendig sind jedoch Modifizierungen in den Bereichen Beziehungsgestaltung, psychotherapeutische Akzentsetzungen, Körpertherapien und sozialpsychiatrische Netzwerke. Die Beziehungsgestaltung erfolgt notwendigerweise mütter- und nicht säuglingszentriert. Dabei fällt den Therapeuten die Aufgabe der Nähe-Distanz-Regulation zu. Die dabei anzuwendenden Kriterien entstammen der Bindungstheorie und der Säuglingsforschung. Auch die biographische Anamnese erfährt eine andere Akzentsetzung; so wird insbesondere die frühe Beziehungserfahrung der Patientin zu ihrer eigenen Mutter herausgearbeitet, welche Auswirkungen auf die jetzige Mutter-Kind-Interaktion haben kann.

Die Therapie erfolgt individuell entsprechend dem Störungsbild und dem jeweils verfügbaren Angebot der Klinik (neben psychotherapeutischen Angeboten z.B. auch Ergotherapie, kreative Therapien, Physiotherapie etc.), wobei das Spezialangebot für Mütter post partum durch die Kliniken jeweils sehr unterschiedlich

gestaltet sein kann, z.B. Babymassage, Spielgruppen, (videogestützte) Mutter-Kind-Interaktionstherapie, Familientherapie oder Gruppentherapie speziell für Mütter. Die Versorgung des Kindes während der Therapiezeiten der Mutter wird vom Pflegepersonal übernommen. Die Einleitung unterstützender Maßnahmen nach Entlassung (z.B. durch Zusammenarbeit mit Jugendamt und Familienhilfe ebenso wie mit ambulanten therapeutischen Behandlungseinrichtungen) runden in vielen Kliniken das Angebot ab.⁹⁰

Hartmann (2001) beschreibt das pädagogische Konzept von Mutter-Kind-Stationen wie folgt: Den Müttern wird zunächst Anleitung bei der Ernährung und Pflege des Kindes zuteil, mit dem Ziel der Beherrschung der grundlegenden Versorgung des Kindes durch die Mutter. Im weiteren Ablauf geht es dann darum, der Mutter behilflich zu sein, sich mit dem Kind in altersspezifischer Weise zu beschäftigen. Ein weiteres Ziel kann die Beratung in Hinblick auf eine kindgerechte Lebensweise nach der Entlassung sein. Eine wesentliche Bedeutung hat auch die Entlastung des Mutter-Kind-Systems von emotionaler Überforderung. Die Hilfen reichen von der momentanen Entlastung der Mutter (Zigarettenpause, psychotherapeutisches Gespräch) über gemeinsame Spaziergänge mit Mutter und Kind, stützender Anleitung bis hin zu Tagesplänen für die Mutter beim Umgang mit dem Kind (z.B. unberechenbares Verhalten der Mutter korrigieren und vorhersagbar machen) oder sonstigen supportiven Maßnahmen. Wesentliches Ziel ist bei all diesen Maßnahmen, die Sicherheit der Mutter im Umgang mit dem Kind zu fördern.

In Großbritannien (z.B. Birmingham) werden die Patientinnen in abgestufter Intensität mit ihrem Neugeborenen konfrontiert und bei Gefährdung von ihnen vorübergehend separiert. Die Patientinnen schlafen dann getrennt von ihrem Kind und sehen es tagsüber ausschließlich im Beisein einer Krankenschwester. Prinzipiell werden akut psychisch kranke Mütter, die bereits vor Klinikaufnahme ihr Kind in irgendeiner Weise verletzt haben, erst dann in die Abteilung aufgenommen, wenn sich ihr Zustand zuvor durch eine Behandlung auf einer psychiatrischen Allgemeinstation wesentlich gebessert hat (Lanczik/ Brockington 1997).

Hornstein et al. (2003;2004) beschreiben ein modulares Therapieprogramm für die Mutter-Kind-Behandlung, welches am Psychiatrischen Zentrum Nordbaden entwickelt wurde:

⁹⁰ Eine Auflistung von Mutter-Kind-Einrichtungen und ihren jeweiligen Angeboten findet sich unter www.schatten-und-licht.de/mutterkind.html.

Modul I: psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der Frau

Häufig ist eine medikamentöse Behandlung der psychischen Störung post partum angezeigt; die Vor- und Nachteile des Stillens unter Einnahme dieser Medikamente werden mit den Patientinnen ausführlich besprochen und eine gemeinsame Entscheidung getroffen. Eine wichtige Ergänzung, eventuell gar Alternative zur Pharmakotherapie sind psychotherapeutische Einzelgespräche.

Modul II: Verhaltenstherapeutische Müttergruppe

In der Müttergruppe erfolgt eine Wissensvermittlung um die Bedeutung der Beziehungsgestaltung zwischen Mutter und Kind sowie Informationen über wichtige Entwicklungsschritte des Kindes. Darüber hinaus werden hier spezielle Probleme der Mutterschaft, wie Rollenkonflikte, Stressoren und deren Bewältigung thematisiert.

Modul III: Videogestützte Psychotherapie der Mutter-Kind-Beziehung

Angeleitet durch die Therapeutin erlebt die Mutter sich selbst im Umgang mit ihrem Kind in Videosequenzen von Alltagssituationen und lernt hierbei, mit ihrem Baby in Kontakt zu kommen, seine Bedürfnisse zu erkennen und darauf einzugehen. In fokussierten und themenzentrierten Einzelgesprächen wird die kommunikative Beteiligung und der affektive Austausch zwischen Mutter und Kind an Hand dieser Sequenzen herausgearbeitet und eventuelle Hemmungen aufgespürt, bewusst gemacht und bearbeitet. Oft werden hierbei Verhaltensmuster und Gefühle aus der Vergangenheit wieder bewusst, die die aktuelle Beziehung der Frau zu ihrem Kind überschatten.

Die Aufzeichnung und das gemeinsame Betrachten von Eltern-Kind-Interaktionen in ausgewählten Situationen schaffen auch nach Suess (2001) einen guten Rahmen für Veränderung. Dabei ist das Vorgehen sehr ressourcenorientiert, d.h. die Mütter werden nicht kritisiert, sondern aufbauend auf positiven Interaktionssequenzen, stehen die Förderung der Reflexion elterlichen Verhaltens, die Förderung der Perspektivenübernahme und der Beachtung der Auswirkungen elterlichen Verhaltens auf das Kind im Mittelpunkt der Intervention.

Modul IV: Coaching im Alltag

Das Pflorgeteam und die Erzieherinnen unterstützen und entlasten die Patientin bei der Versorgung ihres Kindes und in den alltäglichen Verpflichtungen wie Wickeln, Baden, Füttern. Bei der Babymassage und im Spiel lernt die Mutter, die Bedürfnisse ihres Babys zu erkennen und seine Signale zu verstehen. Im so genannten „Interactional Coaching“ in Anlehnung an Field wird in vielen unstrukturierten Situationen des Stationsalltags zwischen den Bedürfnissen von Mutter

und Kind vermittelt und die Beobachtung kindlicher Signale sowie einfache interaktionale Verhaltensmuster wie Blickkontakt und mimischer Ausdruck, Stimmmodulation und Ammensprache eingeübt.

Modul V: Angehörigenarbeit

Die Väter des Kindes und sonstige Angehörige werden soweit wie möglich in die Behandlung einbezogen, um die Mutter zu entlasten und ihr für die Zeit nach der Entlassung im Rahmen positiv erlebter Beziehungen Unterstützung und Halt geben zu können, aber auch, um dem Säugling kompensatorische Beziehungserfahrungen zu ermöglichen. Im Rahmen von Paar- bzw. Familiengesprächen werden die Väter in den therapeutischen Prozess integriert. Neben Informationen über die Störung ihrer Partnerin erhalten auch die Väter Informationen über die Entwicklungsbedürfnisse des Kindes.

Die einzelnen Behandlungsmodule ergänzen sich thematisch und greifen ineinander über. Ein bestimmter Problembereich der Mutter kann so in den unterschiedlichen Settings aufgegriffen und unter verschiedenen Gesichtspunkten bearbeitet werden.

„Berichtet eine Mutter beispielsweise über Schwierigkeiten in der Depression mit ihrem Kind zu sprechen, so zeigt sich das im Video-gestützten Einzelgespräch meist sehr deutlich. Die Mutter wird von der Therapeutin unterstützt, das Problem wahrzunehmen und Veränderungsmöglichkeiten zu erarbeiten. Informationen über Möglichkeiten, mit einem Kind zu sprechen und dessen Bedeutung für die kindliche Entwicklung, sind zudem ein wichtiges Thema in der Müttergruppe und Angehörigenarbeit. Das Pflorgeteam und die Erzieherinnen leisten eine wichtige modellhafte und kompensatorische Funktion, indem sie bewusst mit dem Kind sprechen und die Mutter hierzu ermutigen. Andere Bereiche von »Sprachlosigkeit« der Patientin können in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächen thematisiert werden“ (Hornstein et al. 2004, S. 291).

5.3.2 Tageskliniken und psychiatrische Institutsambulanzen

In vielen Fällen ist es mit familiärer und professioneller Unterstützung gemeinsam möglich, dass eine Mutter nicht stationär aufgenommen werden muss und stattdessen nur eine Tagesklinik aufsucht (Glangeaud-Freudenthal/ Barnett 2004). Tageskliniken sind halbstationäre psychiatrische Einrichtungen, in denen die Mütter sich nur tagsüber, d.h. an 5 Tagen in der Woche aufhalten, während sie den Abend, die Nacht und das Wochenende in ihrer gewohnten Umgebung verbringen.

gen. Dadurch wird es möglich, auch ernsthafte psychische Störungen intensiv zu behandeln und gleichzeitig eine vollständige Ausgliederung aus dem normalen Leben zu vermeiden. Darüber hinaus bietet die Tagesklinik die Möglichkeit zur Abkürzung psychiatrischer Hospitalisationen; stationär begonnene Behandlungen können fortgeführt werden, und es kann überprüft werden, ob die Mutter im Alltag wirklich in der Lage ist, ihr Kind adäquat zu versorgen (Glangeaud-Freudenthal 2004).

Aufgenommen werden können alle Arten psychischer Störungen: depressive Patientinnen, Mütter mit Angststörungen und anderen nicht-psychotischen Störungen ebenso wie psychotische Patientinnen. Die Ausschlusskriterien unterscheiden sich von Einrichtung zu Einrichtung; von den meisten Tageskliniken wurden jedoch in einer allgemeinen Untersuchung von Kallert et al. (2003) das Vorliegen einer akuten Suizidalität als Ausschlusskriterium einer Aufnahme benannt.⁹¹ Es kann vermutet werden, dass in den Tageskliniken, die Mütter gemeinsam mit ihren Kindern aufnehmen, auch das Vorliegen einer Kindesgefährdung (Gefahr der Misshandlung oder des Infantizids) als Ausschlusskriterium benannt wird.

Boath et al. (1999) verglichen je 30 Mütter mit PPD, die in einer Tagesklinik behandelt wurden mit solchen, die eine ambulante Standardversorgung (Hausärzte, „health visitors“) erhielten. Die Behandlung in der Tagesklinik umfasste individuelle Beratung, Paartherapie, Gruppentherapie (Schwerpunkt: Bindungsgruppen und Spieltherapie), kreative Therapien, Yoga und Entspannung und ggfs. Medikamente. Beim Follow-up nach 6 Monaten waren 21 Frauen der Tagesklinikgruppe nicht mehr depressiv gegenüber nur 7 Frauen der Kontrollgruppe, so dass diese Behandlungsform wesentlich effektiver zu sein scheint als die regulär ambulante Behandlung.

Deneke (2004a) beschreibt die Eltern-Baby-Einheit an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Universität Hamburg mit Tagesklinik und Ambulanz. Hier können jeweils drei psychisch belastete Mütter/ Väter und ihre Babys gemeinsam behandelt werden. Das Behandlungskonzept ist multimodal. Die Pflege soll die Mutter/ den Vater sowohl im Umgang mit sich selbst als auch im Umgang mit dem Baby unterstützen und anregen, aber auch das Baby betreuen und fördern. Zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung gehören die psychiatrische Diagnostik und Psychopharmakotherapie, Entwick-

⁹¹ Die Untersuchung bezog sich nicht auf Einrichtungen, die ausdrücklich Mütter post partum behandeln. Hierzu liegen m.W. keine Untersuchungen vor.

lungsdiagnostik des Kindes und Planung der daraus resultierenden Behandlung, Einzelpsychotherapie der Mutter/ des Vaters mit dem Fokus Elternschaft, (z.T. videogestützte) Eltern-Kind-Psychotherapie, Eltern-Kind-Gruppentherapie, Paar-/ Familientherapie, Vätergruppe, Nachsorgegruppe. An Fachtherapien werden Bewegungstherapie, Ergotherapie (Eltern-Kind-Spielbehandlung, sensorische Integrationsbehandlung der älteren Kinder), Eltern-Kind-Musiktherapie, Physiotherapie, insbesondere Massage und Anleitung zur Babymassage angeboten. Ein unverzichtbarer Bestandteil der Behandlung ist die sozialpädagogische Betreuung, denn tagesklinische Behandlung heißt nach Deneke Behandlung im sozialen Umfeld. Auf den Aufbau eines sozialen Netzes mit kompensatorischen Beziehungsangeboten für Eltern und Kind wird daher großen Wert gelegt. Dies bedeutet auch eine enge Zusammenarbeit mit dem Jugendamt, den Sozialen Diensten, Wohneinrichtungen und ambulanten Betreuungsdiensten, um eine ausreichende Unterstützung der Familie und damit eine günstige psychische Entwicklung des Kindes zu gewährleisten.

Die Betreuungsleistung des gesamten Teams beschreibt Deneke als sehr hoch. Eine grundsätzlich akzeptierende und unterstützende Haltung den Eltern gegenüber ist unabdingbar. Bei allem Verständnis für die überlasteten und selbst sehr bedürftigen Eltern muss das Team das Kindeswohl im Auge behalten und ggfs. die Indikation für eine Herausnahme des Kindes aus der Familie (vorübergehend oder längerfristig) stellen können.

Neben (bisher nur wenigen) Tageskliniken, die Mutter-Kind-Behandlungen offerieren, bieten auch einige psychiatrische Ambulanzen eine gezielte Behandlung von Müttern mit psychischen Störungen post partum an: In der Ambulanz des Landeskrankenhauses Lengerich beispielsweise kann die Patientin eine intensive - auch tägliche - Behandlung in Anspruch nehmen, ohne stationär aufgenommen zu sein. Die betroffenen Frauen bekommen dort mehrmals in der Woche verschiedene Beratungs- und Therapieangebote (mündliche Mitteilung der Leiterin der Selbsthilfegruppe Lengerich/ Osnabrück). Diese Behandlungsmöglichkeiten sind jedoch noch wenig verbreitet und bedürfen dringend eines weiteren Ausbaus, weil hier eine spezialisierte Psychotherapie betroffener Mütter gekoppelt mit Paarberatung und einer Behandlung der Mutter-Kind-Interaktionsstörungen durch speziell geschultes Personal denkbar wäre.

5.4 Die therapeutische Erreichbarkeit Betroffener – Möglichkeiten und Grenzen von Behandlungsangeboten post partum

Dass die therapeutische Erreichbarkeit von Müttern mit postpartalen Depressionen gering zu sein scheint, zeigte sich in zahlreichen Studien. So betrug sie z.B. bei Ballestrem et al. (2002; 2005) nur 18%; bei Robinson/ Young (1982) lehnten 50% der als potenziell betroffen ermittelten Mütter ein psychiatrisches Gesprächsangebot ab. In der Untersuchung von McIntosh (1993) suchte nur $\frac{1}{4}$ der depressiven Mütter professionelle Hilfe, vorrangig bei ihrem Hausarzt⁹²; nach Whiffen (1992) sind dies nur selten Frauen mit einer leichteren Depression. Whifton et al. (1996) stellten fest, dass zwar 90% der Frauen merkten, dass etwas nicht stimmt, dass jedoch nur 32% der Frauen glaubte, an einer postpartalen Depression zu leiden (Zuschreibungen erfolgten als „Müdigkeit“, „Probleme mit Familie, Partner, Kind etc.“ oder „nicht schwer genug, um als PPD zu gelten“); über 80% behielten ihre Probleme gegenüber Professionellen für sich.

Auch Riecher-Rössler/ Hofecker-Fallahpour (2003) beschreiben, dass die Frauen häufig ihre Depression nicht realisieren, aber das Gefühl haben, als Mutter zu versagen. Aus diesem Grund suchen sie selten von sich aus professionelle Hilfe. Zudem haben betroffene Mütter Angst, als psychisch krank stigmatisiert oder von ihren Kindern getrennt zu werden. In einigen Fällen sind die Ärzte und Hebammen nicht sensibel genug, die Anzeichen zu erkennen oder interpretieren die Symptome als normale Erschöpfung in Folge der Entbindung und Kinderpflege. Des Weiteren führt nach Riecher-Rössler/ Hofecker-Fallahpour ein Mangel an spezifischen niedrighwelligen Behandlungsangeboten dazu, dass die Behandlung weiter verzögert wird.

Interessanterweise ergab die Studie von McIntosh (1993), dass auch nur $\frac{1}{4}$ der betroffenen Mütter bei Familie und Freunden Hilfe suchten; als Gründe gaben sie vorrangig Scham und Versagensgefühle an; diejenigen Mütter, die versuchten, sich ihrer Familie mitzuteilen, stießen dabei oft auf Unverständnis, z.T. sogar auf Feindseligkeit. McIntosh (1993) analysierte des Weiteren den Zusammenhang von selbst vermutetem Grund der Depression und Hilfesuchverhalten der Mütter. Schwierigkeiten in der Bewältigung der Umstellung auf die Mutterschaft, z.T. auch finanzielle Probleme oder Probleme mit dem Partner wurden von den Müt-

⁹² Auch bei Small et al. (1994) war der Hausarzt meist die erste Anlaufstelle. Dazu muss man jedoch anmerken, dass z.B. in England, Australien oder den Niederlanden der Hausarzt meist die Versorgung von Schwangeren und Wöchnerinnen mit übernimmt und eine Überweisung an den Gynäkologen nur bei Komplikationen erfolgt, der Gynäkologe in diesen Ländern also eine geringere Rolle als Ansprechpartner spielt als in der BRD.

tern am häufigsten als Gründe für ihre depressive Befindlichkeit benannt; daher fühlten sie sich selbst verantwortlich für die Lösung ihrer Probleme und nahmen auch keine Hilfsangebote des Gesundheitssystems an. McIntosh (1993, S. 182) zitiert eine Betroffene:

„What could the doctor do? He can't sort out my man or any of my other problems. They only give you pills.“

Small et al. (1994) evaluierten, dass diejenigen Mütter, die professionelle Hilfe suchten, dementsprechend häufiger an eine hormonelle als an eine psychische Ursache ihrer Störung glaubten.

Eine deutschsprachige Studie zur therapeutischen Erreichbarkeit von Müttern mit postpartalen Depressionen stammt von Ballestrem et al. (2002; 2005). Die Autoren boten Müttern, die beim Screening mittels EPDS als depressionsverdächtig ermittelt wurden, folgende Versorgungsformen an:

- Selbsthilfegruppe;
- ambulante Psychotherapie, z.B. in Zusammenarbeit mit der Babyambulanz (Akademie Stuttgart);
- niedergelassener Verhaltenstherapeut;
- ambulante psychiatrische Therapie;
- stationäre Therapie.

Nur 18% der Mütter nahmen eines oder mehrere der therapeutischen Angebote an. 82% lehnten alle Angebote ab, davon 39% aus sachlichen Gründen (z.B. „Ich lehne alle psychiatrischen und psychotherapeutischen Maßnahmen ab, da ich nicht glaube, dass sie mir helfen.“), 26% aus organisatorischen Gründen (z.B. „Ich habe dafür keine Zeit.“) und 35% lehnten ohne Angabe von Gründen ab. Bei den genannten Gründen könnte es sich aber auch um eine Rationalisierung handeln oder – wie unter 4.2.2.2 gezeigt – um eine Behandlungsverweigerung aufgrund unreifer Abwehrmechanismen. Viele Mütter wussten zudem bei einem stationären Aufenthalt nicht, wohin mit dem Kind, falls dieses nicht mit aufgenommen werden kann.

Die Autoren untersuchten des Weiteren, ob Mütter mit Depressionen nach der Geburt für fachspezifische Therapie eher motivierbar sind, wenn sie in der Schwangerschaft bereits über das Störungsbild und mögliche Hilfen informiert wurden. 160 Schwangere mit Informationen über Wochenbettdepressionen und mögliche Hilfen und 159 Schwangere ohne Informationen wurden miteinander verglichen. In der Untersuchungsgruppe waren 8 von 26 mit der EPDS als poten-

ziell betroffenen ermittelte Mütter für fachspezifische Therapie erreichbar (= 30,7%); in der Kontrollgruppe waren es 5 von 27 Müttern (= 18,5%). Eine geringfügige Verbesserung der therapeutischen Erreichbarkeit scheint sich somit durch Informationen vor der Geburt erreichen zu lassen; der Unterschied war dennoch statistisch nicht signifikant.

Bei einer Differenzierung der Erreichbarkeit der Mütter nach Geschlecht des Interviewers, erhielten die Autoren jedoch einen signifikanten Unterschied: Die Erreichbarkeit für fachspezifische Therapie betrug bei weiblichem Interviewer 47%, bei männlichem Interviewer hingegen nur 16%. Die Vermittlung von fachspezifischer Therapie gelingt durch Frauen somit offenbar besser als durch Männer.

Das Ergebnis von Ballestrem et al. spricht dafür, dass z.B. Hebammen zur Vermittlung besonders gut geeignet sein könnten. An der Studie von McIntosh wird zudem deutlich, dass diesen „Vermittlungspersonen“ auch die Aufgabe zukommen muss, Betroffene adäquat über die derzeitigen Möglichkeiten der professionellen Hilfe zu informieren - die in den letzten Jahren und Jahrzehnten große Fortschritte gemacht hat - und Vorurteile aufzudecken und aufzulösen. Dazu gehört die Aufklärung über psychotherapeutische Angebote, Angebote der Mutter-Kind-Therapie, Partnerberatung, Selbsthilfegruppen etc. ebenso wie Informationen über Möglichkeiten und Grenzen von Psychopharmaka – gerade auch im Zusammenhang mit dem Stillen eines Babys - und stationäre Versorgungsangebote. Hierzu gehört aber auch, Mütter darüber aufzuklären, dass es sich hier um eine Erkrankung handelt und nicht etwa um die Folge eines Versagens als Mutter, und die Mutter von Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen zu entlasten. Durch ein aktives Aufspüren potenziell betroffener Frauen (z.B. mittels der EPDS) sowie eine adäquate Information über Hilfemöglichkeiten - am besten durch Hebammen, weniger durch (männliche) Ärzte - kann möglicherweise die Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten weiter erhöht werden.

6 Früherkennung und Umgang mit psychischen Problemen post partum – ein Schulungskonzept für Hebammen als Beitrag zur Sekundärprävention

Prävention versucht durch vorbeugende Maßnahmen einen Krankheitseintritt zu verhindern, oder - wenn dies nicht möglich ist - durch Früherkennung und Frühbehandlung die Auswirkungen einer Gesundheitsschädigung so gering wie möglich zu halten. Dabei wird je nach Zeitpunkt der Maßnahmen zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden (vgl. Grond 1990).

Primärprävention bedeutet, krankheitsauslösende Faktoren zu suchen und auszuschalten bzw. so unwirksam zu machen, dass es gar nicht erst zu einer Gesundheitsstörung kommen kann bzw. gesunderhaltende Maßnahmen zu entdecken und zu fördern.

Die *Sekundärprävention* dagegen beinhaltet alle Maßnahmen zur Früherkennung und Frühtherapie bereits vorhandener Störungen.

Die *Tertiärprävention* hat es sich zum Ziel gesetzt, bei manifesten Erkrankungen weitere Folgeschäden bzw. Rückfälle zu verhindern oder abzumildern und eine bestmögliche Rehabilitation und Resozialisation zu ermöglichen.

Bezogen auf psychische Störungen post partum stellen sich somit folgende Fragen:

- *Primärprävention:*
Wie lässt sich der Ausbruch psychischer Störungen post partum verhindern? Welche der in Kapitel 4 aufgezeigten Risikofaktoren lassen sich evtl. so beeinflussen, dass die Prävalenz psychischer Störungen post partum verringert wird? Dabei muss unterschieden werden zwischen der allgemeinen Verbesserung oder Ausschaltung von Faktoren, die alle Mütter betreffen (z.B. durch Modifikation situativer Rahmenbedingungen), und solchen, die aufgrund einer individuellen Evaluierung von Risikofaktoren – z.B. im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen – bei einigen schwangeren Frauen anzuwenden sind.
- *Sekundärprävention:*
Durch welche Maßnahmen lässt sich eine verbesserte Früherkennung gefährdeter und betroffener Frauen erreichen? Durch welche Maßnahmen lässt sich eine verbesserte Inanspruchnahme von Behandlungsmaßnahmen bei betroffenen Frauen erreichen?
- *Tertiärprävention:*
Welche Maßnahmen können den Rückfall einer postpartalen Depression

oder Wochenbettpsychose bei Frauen verhindern, die schon zuvor eine psychische Störung (post partum) aufwiesen?

Allgemeine Maßnahmen der Primärprävention könnten nach Holden 1994 (zit. nach Milgrom et al. 1999) darin bestehen, die öffentliche Haltung gegenüber dem „geringen“ Status der Mutterschaft oder den Mangel an Unterstützungsritualen nach der Geburt eines Kindes in den westlichen Industrieländern zu verändern/ zu verbessern. Dies bedeutet auch, Kinderbetreuung zur Verfügung zu stellen, die Berichte der Medien mit ihrer Idealisierung von Elternschaft zu beeinflussen sowie bereits in der Schule über die Bedeutung von Elternschaft aufzuklären.

Trotz zahlreicher Untersuchungen sind erste Ergebnisse einer primären Prävention bislang nicht zufrieden stellend, z.T. auch widersprüchlich; zahlreiche Studien wurden nicht kontrolliert und/ oder mit (zu) kleinen Versuchsgruppen durchgeführt. Der Sekundärprävention in Form von Früherkennung und Frühbehandlung bei psychischen Störungen post partum kommt daher – auch nach Klier/ Hohlagschwandtner (2002) - eine ganz entscheidende Rolle zu. Ein „Baustein“ im Rahmen dieser Früherkennung sind neben Gynäkologen und Kinderärzten die Hebammen, die für die Früherkennung äußerst geeignet erscheinen. Aus diesem Grund wurde ein Schulungsmodell für Hebammen entworfen, welches Hebammen befähigen soll, die Früherkennung psychischer Störungen post partum zu (gewähr)leisten und betroffene Frauen möglichst schnell einer (Früh-)Behandlung zuzuführen.

Ausgangsfrage beim Entwurf dieses Schulungsmodells war die Frage: „Was müssen Hebammen *wissen*, um eine Früherkennung psychischer Störungen post partum leisten zu können?“ Neben einem fundierten Wissen um die möglichen Störungsbilder (vgl. Kap. 2) benötigen Hebammen ein Wissen um potenzielle Risikofaktoren (vgl. Kap. 4) sowie ein Wissen um Behandlungsmöglichkeiten, an die Frauen empfohlen/ weitervermittelt werden können (vgl. Kap. 5). Aus diesem Grund wurde die existierende Literatur intensiv recherchiert, um auf dieser Basis die relevanten Kernaussagen für die Schulung der Hebammen extrahieren zu können. Diese werden so vermittelt, dass die Hebammen intensive Fachkenntnisse zum Thema mit praktischem Handeln verbinden und so ihre Wahrnehmungs- und Handlungskompetenz erhöhen können.

Das eigene recherchierte theoretische Wissen über psychische Störungen post partum („State of the Art“) wurde wiederum nochmals abgeglichen und ggfs.

durch den Vergleich mit existierenden Leitfäden zur PPD/ psychischen Störungen post partum sowie existenten Schulungsmodellen aus anderen Ländern ergänzt. Zweite Ausgangsfrage war: „Was müssen Hebammen *können*, um die Früherkennung psychischer Störungen post partum leisten zu können?“ Für die Erweiterung der Handlungskompetenzen wurden die Grundlagen der non-direktiven Beratung (die sich in einigen Untersuchungen zur Behandlung der PPD auch in der Anwendung durch psychologische „Laien“ als effektiv erwiesen hat, vgl. z.B. Holden et al. 1989; Wickberg/ Hwang 1996) als Basis herangezogen. Des Weiteren wurden bestimmte Verhaltensempfehlungen zum Umgang mit dieser speziellen Personengruppe zusammengestellt, die den Hebammen mehr Sicherheit zum Umgang mit betroffenen Frauen geben können. Dies befähigt sie, sich diese Früherkennung sowohl zuzutrauen und durchzuführen als auch die eigenen Grenzen zu (er)kennen und zu wissen, wann eine Frau an andere Stellen weitervermittelt werden muss. Zu diesen Handlungsfertigkeiten gehört auch die Anwendung von Screeningverfahren zur Evaluierung betroffener und/ oder gefährdeter Frauen.

So lässt sich ein einfacher Fragebogen zur Erfassung potenziell depressiver Mütter, wie die EPDS, routinemäßig und ohne großen zeitlichen wie finanziellen Aufwand in die Wochenbettbetreuung der Hebammen einführen, um bislang nicht erkannte Störungen aufzuspüren. Die standardmäßige Anwendung dieses Verfahrens wäre schon ein großer Fortschritt im Umgang mit diesem Störungsbild. All diese Maßnahmen haben jedoch zur Folge, dass den als (potenziell) betroffen ermittelten Frauen auch Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden müssen, so dass auch die Erforschung der Behandlung psychischer Störungen post partum – sowohl ambulant als auch stationär – sowie der Ausbau von Behandlungsangeboten nicht stehen bleiben darf.

Im Folgenden werden nach einem kurzen Exkurs zu primär- und tertiärpräventiven Maßnahmen die sekundärpräventiven Möglichkeiten bei psychischen Störungen post partum dargestellt. Hierbei wird die Rolle der Hebamme im Rahmen der Früherkennung – auch im Vergleich zu anderen Berufsgruppen - ebenso beleuchtet wie existente Leitlinien und Schulungsmodelle vorgestellt. Sodann werden Notwendigkeit und Ziele von Hebammenfortbildungen, der Aufbau der Fortbildungsveranstaltungen sowie erste Erfahrungen mit den bisherigen Schulungen beschrieben.

6.1 Die Primär- und Tertiärprävention psychischer Störungen post partum – (bisher) eine Utopie?

Bei den primärpräventiven Maßnahmen lassen sich unspezifische und spezifische Ansätze unterscheiden (Brandstädter 1982), je nachdem ob die Maßnahmen auf die Gesamtgruppe der Schwangeren/ Mütter oder auf Frauen mit konkret evaluierbaren Risikofaktoren bezogen sind. Etliche Versuche wurden mit beiden Ansätzen unternommen, um die Inzidenzrate psychischer Störungen post partum zu verringern. Nach Klier/ Hohlagschwandtner (2002) sind jedoch weder Strategien während der Schwangerschaft noch postpartal bisher ermutigend. Teilweise ist zudem die Trennung zwischen Primärprävention und Behandlung problematisch, so z.B. wenn es sich bei den evaluierbaren Risikofaktoren schon um ein Störungsbild handelt (z.B. Depressionen in der Schwangerschaft) und der „primärpräventive“ Effekt daran gemessen wird, ob zum Zeitpunkt des Wochenbetts (noch) eine psychische Störung vorliegt.

In einigen Untersuchungen wurde festgestellt, dass die Compliance-Rate gering war (z.B. Stamp et al. 1995; Brugha et al. 2000); entweder fanden sich die Frauen, bei denen Risikofaktoren festgestellt wurden, erst gar nicht bereit, an präventiven Angeboten teilzunehmen, oder die Teilnahmequote an einzelnen Gruppensitzungen war äußerst gering. Nach Murray et al. (2003c) lässt die Verweigerung präventiver Interventionen neben einer geringen Einsicht in die Notwendigkeit bei derzeit gesunden Frauen auch auf ein besonders hohes Risiko schließen, womit sich auch die Ineffektivität präventiver Strategien erklären könnte. Widerstände gegen Präventionsmaßnahmen können nach Brandstädter (1982) aus der Erwartung unerwünschter Nebenwirkungen resultieren, z.B. einer Stigmatisierung oder Verletzung der Privatsphäre.

„Darüber hinaus mag auch die explizite Zuordnung eines Individuums zu einer Risikogruppe zu Problemen z. B. hinsichtlich der Selbstwahrnehmung und der sozialen Integration des Individuums führen. Wie gerade von etikettierungstheoretischer Seite immer wieder betont wird, kann im psychologisch-psychiatrischen Bereich die Bezeichnung einer Person als »gefährdet« leicht zu einer selbsterfüllenden Prophezeiung werden“ (Brandstädter 1982, S. 31).

Unspezifische Maßnahmen

Einige der vorgeschlagenen Wege sind zwar für das Wohlbefinden der Frau von Bedeutung, nehmen jedoch scheinbar keinen Einfluss auf die Entwicklung einer psychischen Störung bzw. ihrer Verhinderung. Hier ist z.B. die Geburtsvorbereitung zu nennen. In der Geburtsvorbereitung kann ein realistisches Bild von El-

ternschaft entwickelt und die Ehemänner über ihre Bedeutung als Entlastungspersonen aufgeklärt und zur Unterstützung angehalten werden (Righetti-Veltima et al. 1998). Nach Righetti-Veltima et al. ist es wichtig, der Mutter Möglichkeiten anzubieten, ihre Gefühle, Zweifel und Ambivalenzen wahrzunehmen sowie negative Gefühle gegenüber dem Kind und der neuen Elternrolle mit anderen zu teilen. Darüber hinaus heben andere Autoren auch die Bedeutung der Geburtsvorbereitung als Ort des Aufbaus von Unterstützungssystemen durch Knüpfen neuer Kontakte zu anderen (werdenden) Eltern hervor (Bergant 2004; Mauthner 1997). Bennett (1981) zeigte auf, dass die Mütter, die einen Geburtsvorbereitungskurs besucht hatten, später glücklicher waren. Einen Einfluss von Geburtsvorbereitung auf die Prävalenz psychischer Störungen ließ sich jedoch bei keinem Autor feststellen.

Andere Autoren haben psychoedukative und supportive Ansätze gewählt. Weder bei Hayes et al. (2001) noch bei Kleeb/ Rageth (2004) unterschieden sich jedoch Frauen, die vorher Informationen über psychische Störungen post partum bekommen hatten (durch Gespräche und/ oder schriftliches Infomaterial, bei Hayes et al. zusätzlich mittels einer Kassette mit dem Fallbericht einer Frau, die PPD durchlebt und überwunden hat) post partum von der Kontrollgruppe in der Rate an PPD. Auch die Kombination von Unterstützungsgruppen nach der Geburt und einem Selbsthilfe-Manual brachte in der Untersuchung von Reid et al. (2002) keine Verbesserungen im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Morell et al. (2000) untersuchten in einer randomisierten Studie an insgesamt 623 Frauen die Wirkung intensiver Wochenbettbetreuung durch speziell ausgebildete Wochenbett-Gemeindehelfer (10 Hausbesuche im ersten Monat nach der Geburt, jeweils bis zu 3 Stunden je Besuch) im Vergleich zur regulären Wochenbettbetreuung durch Hebammen. Es konnte kein Unterschied der beiden Gruppen in der Rate an PPD 6 Wochen post partum gefunden werden. Hingegen stellten Mac Arthur et al. (2003) bei einer ebenso intensiven Wochenbettbetreuung durch Hebammen bis zum 28. Tag post partum eine geringere Rate an PPD in der Versuchsgruppe fest. Die Wochenbettbetreuung wurde hier an die Bedürfnisse der Frauen angepasst und individuell geplant, zur Behandlung wurden auch Unterstützung und Beratung gezählt, und es wurden evidenzbasierte Leitfäden entwickelt, um das Erreichen dieses Ziels zu unterstützen. Die Hebammen erhielten ein Training und konnten zur eigenen Unterstützung einen 24 Stunden-Telefonkontakt in Anspruch nehmen. Den Hebammen wurde ermöglicht, dort mehr Besuche durchzuführen, wo dies notwendig erschien und weniger Besuche

bei den Frauen zu machen, die geringere Probleme aufwiesen. Frauen, denen diese Form der Wochenbettbetreuung zuteil wurde, wiesen sowohl 4 Monate als auch 12 Monate post partum signifikant niedrigere Depressionswerte auf als diejenigen in der Kontrollgruppe. Die Gesamtzahl und Dauer der Hebammenbesuche unterschied sich letztendlich kaum voneinander, was dieses Konzept – v.a. unter Zeit- und Kostenaspekten - sehr praktikabel und in herkömmliche Versorgungssysteme implementierbar erscheinen lässt. Die Unterscheidung zwischen Primärprävention und Behandlung beginnender Störungen durch vermehrte Beratung und Unterstützung bleibt gerade bei dieser Studie offen.

Spezifische primärpräventive Maßnahmen aufgrund evaluierbarer Risikofaktoren

V.a. die Kenntnis der Risikofaktoren legte (und legt nach wie vor) die Überlegung nahe, dass sich hier Ansätze für eine Verhinderung des Ausbruchs einer PPD finden lassen. Wenige Ansätze haben jedoch positive Wirkungen präventiver Interventionen bei gefährdeten Frauen gezeigt; die meisten Strategien mussten eine mangelnde Wirksamkeit der Interventionen feststellen. Dies erklärt sich vielleicht daraus, dass die Spezifität der meisten Risikofaktoren gering ist, d.h. dass die meisten Personen, die diesem Risikofaktor ausgesetzt sind, ohnehin keine Störung entwickeln (Cuijpers et al. 2005). Oft geht aus den Studien zudem nicht hervor, wie eine „Gefährdung“ festgestellt bzw. definiert wurde. Bei den meisten primärpräventiven Ansätzen handelt es sich um Gruppenangebote, individualpräventive Maßnahmen finden sich dagegen bevorzugt bei den tertiärpräventiven Ansätzen.

Zlotnick et al. (2001) untersuchten, ob eine präventive Intervention bei schwangeren Frauen, basierend auf den Prinzipien der Interpersonellen Psychotherapie, das Risiko für eine postpartale Major Depression verringert. 37 finanziell benachteiligte schwangere Frauen, die mindestens einen weiteren Risikofaktor für eine PPD hatten (eine vorherige Episode von Depressionen, vorherige PPD, aktuell leichte oder mittlere depressive Symptome – ermittelt mittels BDI -, geringe soziale Unterstützung oder ein Life-Event innerhalb der letzten 6 Monate), erhielten vier Gruppensitzungen oder wurden einer Kontrollgruppe zugeordnet. 77% der Frauen, die an dieser Studie teilnahmen, waren allein stehend. Die beiden Interventionsgruppen wurden randomisiert und waren vergleichbar in den demographischen Variablen, der Anzahl von Risikofaktoren, der Anzahl der Kinder und der Parität. Innerhalb der 4 Gruppensitzungen wurden Informationen über Baby-Blues und PPD gegeben, ebenso wie interpersonelle Konflikte und Aspekte der

Rollenveränderung und ihrer erfolgreichen Bewältigung thematisiert. 3 Monate nach der Geburt hatten 6 Frauen der Kontrollgruppe (=33%) eine Depression, jedoch keine aus der Gruppe, die die Interpersonelle Psychotherapie erhielten. Gorman (1997, zit. nach Stuart et al. 2003) haben in einer kleinen randomisierten Studie Frauen mit mindestens einem Risikofaktor für eine PPD (Vorgeschichte an Depressionen, familiäre Belastung an psychiatrischen Störungen, Depressionen während der Schwangerschaft, Eheschwierigkeiten und negative Life-Events) ebenfalls einer interpersonellen Therapie unterzogen. 1 Monat post partum waren die Frauen der Interventionsgruppe signifikant weniger depressiv als die Frauen der Kontrollgruppe (0% vs. 25%); mit 6 Monaten waren jedoch keine Unterschiede mehr nachweisbar.

Andere Ansätze griffen die Aspekte Information und soziale Unterstützung für ihre Interventionen heraus. Eine Studie von Elliott (1989) berichtet, dass in einer Gruppe von Hochrisikofrauen, die eine Gruppenintervention bekamen, die auf die Vorbereitung auf die Elternschaft und soziale Unterstützung fokussierte, nur 8% der Frauen innerhalb von 3 Monaten post partum eine Depression entwickelten verglichen mit 16% der Kontrollgruppe. In einer späteren Studie (Elliott et al. 2000, zit. nach Stuart et al. 2003) konnte der positive Effekt psychoedukativer Sitzungen nur bei Erstgebärenden festgestellt werden. Im Gegensatz dazu fanden weder Stamp et al. (1995) noch Brugha et al. (2000) signifikante Unterschiede in der Auftretenshäufigkeit einer postpartalen Depression unter Hochrisikofrauen, die entweder einer Kontrollgruppe oder einer Gruppenintervention, die allgemeine Unterstützung und Informationen bot, zugeordnet wurden. Beide Autorentteams berichten zudem eine mangelnde Compliance der gefährdeten Frauen. Bei Webster et al. (2003) konnte in einer Gruppe von Frauen, bei denen in der Schwangerschaft ein hohes Risiko festgestellt wurde, Aufklärung über das Störungsbild ebenfalls keine Verbesserungen im Vergleich zur Kontrollgruppe bewirken.

Buist et al. (1999) haben ebenfalls Frauen mit Risikofaktoren für eine PPD 10 antenatale Sitzungen mit dem Fokus auf Elternschaft und Copingstrategien angeboten. Die Sitzungen wurden von einer Hebamme und einer Psychologin durchgeführt, die bei Bedarf auch außerhalb der Stunden für die Frauen zur Verfügung standen, um den Frauen das Gefühl von Aufgehobensein und Sicherheit zu vermitteln. Inhalte der Stunden waren neben Informationen und Übungen zu Geburt, Stillen oder Säuglingspflege auch Informationen und Austausch über PPD und Hilfsangebote, Einflüsse der eigenen Erziehung auf den Umgang mit

dem Kind, Befürchtungen, Ängste, Umgang mit Schreikindern, „hinreichend gute“ versus „perfekte“ Mütter sein, Unterstützung, Partnerschaft u.v.m. Die Depressionshäufigkeit post partum unterschied sich nicht, aber sowohl Angst als auch Eheprobleme waren in der Kontrollgruppe häufiger und soziale Unterstützung (Anzahl, Zufriedenheit) niedriger.

Matthey et al. (2004b) unterteilten in einer randomisierten Versuchsgruppe die Frauen nach geringem, mittlerem und hohem Selbstwertgefühl und ordnete diese jeweils einer Kontrollgruppe, einer Experimentalgruppe und einer Gruppe zu, die das Spielen mit dem Baby thematisierte. Die Intervention in der Versuchsgruppe bestand aus einer Sitzung, in der die psychosozialen Belange des Elternwerdens thematisiert wurden; mögliche Befürchtungen wurden zunächst in geschlechtergetrennten Gruppen und danach gemeinsam mit dem Partner diskutiert. Hypothetische stressvolle Szenarien und ihre Lösungen waren ein weiterer Inhalt. Die Sitzung wurde zusätzlich zu dem normalen Geburtsvorbereitungskurs angeboten. 6 Wochen post partum wiesen die Frauen mit geringem Selbstwertgefühl eine bessere Anpassung (EPDS-Messung) und Kompetenzerleben als die beiden Kontrollgruppen auf; bei den Frauen mit hohem Selbstwertgefühl ließen sich hingegen keine Unterschiede feststellen. Die Unterschiede waren mit 6 Monaten nicht mehr nachweisbar. Die Partner der Frauen mit geringem Selbstwertgefühl waren sensibler für das, was die Frauen brauchten, und die Frauen berichteten eine größere Zufriedenheit über das Teilen der häuslichen Arbeiten und der Versorgung des Babys. Die Autoren heben hervor, dass mehr Sitzungen vermutlich eine kontinuierliche Teilnahme der Eltern unwahrscheinlicher gemacht hätte, da schon jetzt bei den Vätern eine Abwehr beobachtet werden konnte, emotionale Inhalte zu thematisieren. Die Autoren erklären die unterschiedlichen Ergebnisse je nach Selbstwertgefühl dahingehend, dass die Veränderungen des Lebensstils und die Verantwortung für das Baby die Ressourcen von Frauen mit geringem Selbstwertgefühl stark beanspruchen. Durch die Intervention konnten sie Schwierigkeiten besser antizipieren und hatten größeres Verständnis und damit bessere Unterstützung durch ihren Partner. Allerdings konnten keine Unterschiede in den Fällen einer manifesten Depression zwischen den beiden Gruppen ausgemacht werden; die Autoren weisen deutlich darauf hin, dass sie die „Anpassung“ untersuchten.

Eine weitere Gruppe von Autoren widmete sich der Effektivität geburtsnachbereiter Gespräche auf die Inzidenzrate postpartaler Depressionen. Hierbei handelt es sich um ein empathisches Gespräch, welches eine Hebamme in den ers-

ten Tagen nach der Geburt mit der Frau führt, und welches emotional kathartische Wirkungen auslösen und bei der Verarbeitung der Gefühle helfen soll. Der Ausdruck von Gefühlen wird ermutigt, noch offene Fragen der Frau geklärt, Erklärungen über die Notwendigkeit bestimmter Abläufe gegeben und – sofern erforderlich – auf weiterführende Unterstützungsmöglichkeiten hingewiesen (Gamble et al. 2005). Dieses Verfahren, welches aus der Traumarbeit übernommen wurde, hat sich in der Studie von Priest et al. (2003) an 1.745 Frauen mit gesunden Kindern und jedweder Geburtsart weder zur Verringerung einer PTSD post partum noch einer PPD als effektiv erwiesen, ebenso wenig bei Small et al. (2000) in einer Gruppe von Frauen mit operativen Eingriffen unter der Geburt, die sogar ein erhöhtes Auftreten von Depressionen in der Versuchsgruppe feststellen mussten. Die Frauen beurteilten das Gespräch dennoch als hilfreich. Demgegenüber fanden Gamble et al. (2005), dass diejenigen Frauen, die nach der Geburt einzelne Traumasymptome aufwiesen (ohne Vollbild einer PTSD) und ein hebammengeleitetes Gespräch innerhalb von 72 Stunden post partum sowie eine telefonische Beratung 4-6 Wochen post partum erhielten, 3 Monate post partum weniger posttraumatische Belastungssymptome, depressive Symptome und Schuldgefühle sowie mehr Vertrauen in eine zukünftige Schwangerschaft aufwiesen als die Frauen der Kontrollgruppe. Auch Lavender/ Walkinshaw (1998) konnten geringere Angst- und Depressionsscores 3 Wochen post partum nach einer Nachbesprechung der Geburt feststellen.

Chabrol et al. (2002) führten bei Müttern, die noch während ihres stationären Aufenthaltes einen EPDS-Wert über 9 (= Verdacht auf Baby-Blues) aufwiesen, am 2.-5. Tag des Klinikaufenthaltes eine Sitzung kognitiv-verhaltenstherapeutischer Beratung durch. Die Frauen der Versuchsgruppe hatten 4-6 Wochen nach der Geburt signifikant seltener EPDS-Werte, die eine Depression vermuten ließen; die Frauen mit weiterhin hohen EPDS-Werten waren aufgrund der schon aufgebauten Arbeitsbeziehung zu dem Therapeuten eher bereit, im Falle einer Depression eine Therapie zu machen.

Bei Hagan et al. (2004) erhielten Frauen mit extremen Frühgeburten eine sechswöchige Verhaltenstherapie durch geschulte Hebammen, eine randomisierte Kontrollgruppe erhielt die Standardversorgung. Die Depressionsrate unterschied sich anschließend in den beiden Gruppen nicht.

Spezifische tertiärpräventive Maßnahmen aufgrund evaluierbarer Risikofaktoren

Eine tertiärpräventive Bedeutung kommt vorrangig der medikamentösen Behandlung zu, jedoch handelt es sich meistens um kleine Versuchsgruppen, so dass die Verallgemeinerbarkeit fragwürdig bleibt.

Wisner et al. (2004c) untersuchten die Wirksamkeit des Antidepressivums Sertralin. Dieses wurde direkt ab der Entbindung verabreicht zur Verhinderung von Rückfällen bei Frauen, die bei einer vorherigen Entbindung eine PPD hatten, aber zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht depressiv waren. Die mit Sertralin behandelten Frauen waren signifikant seltener depressiv (nur 1 Rückfall = 6%) als die mit einem Placebo behandelten (4 Rückfälle = 50%). Vor einer Verallgemeinerung ist aufgrund der kleinen Versuchsgruppe jedoch Vorsicht geboten. Der gleiche Versuchsaufbau mit einem anderen Antidepressivum (Nortriptylin) brachte bei Wisner et al. (2001) keine signifikanten Unterschiede zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe.

In einer ebenfalls kleinen Versuchsgruppe von 26 Frauen versuchten dieselben Autoren (Wisner et al. 2004a) Rückfälle bei Frauen mit vorherigen bipolaren Störungen (75% davon auch mit vorherigen peripartalen Episoden) durch prophylaktische Gabe eines mit dem Stillen zu vereinbarenden Antimanikums zu verringern – ohne signifikante Unterschiede in den beiden Gruppen.

Große Bedeutung kommt bei bipolaren Störungen – nach Dalton (1992) auch bei schizoaffektiven Störungen - der Rezidivprophylaxe mit Lithium zu, welches entweder ab der 36. Woche der Schwangerschaft oder spätestens innerhalb von 48 Stunden nach der Entbindung beginnend die Rückfallrate senken kann (Stewart et al. 1991; Austin 1992). Auch in einer retrospektiven Studie von Cohen et al. (1995, zit. nach Altshuler et al. 2000) an 27 Frauen mit manisch-depressiven Störungen hatte nur 1 von 14 Frauen, die prophylaktisch stimmungsstabilisierende Medikamente nahmen einen Rückfall im Wochenbett verglichen mit 8 von 13 Frauen, die keine antimanchischen Medikamente einnahmen.

Bei schweren postpartalen Depressionen, die hormonell verursacht zu sein scheinen (z.B. bei Frauen, die auch unter PMS leiden), hat sich nach Dalton (1992) die Prophylaxe mit natürlichem Progesteron als günstig erwiesen, obwohl manche Autoren für diese Behandlung keine wissenschaftliche Grundlage sehen. Unmittelbar nach der Entbindung gegebene Progesteroninjektionen und eine orale Gabe über mehrere Wochen nach der Entbindung reduzierten in einer (unkontrollierten) Untersuchung von Dalton die Rückfallquote auf 9% bei Frauen, die

bei einer vorhergehenden Entbindung eine schwere PPD durchgemacht hatten; die Rückfallquote in der Kontrollgruppe betrug dagegen 68%.

Bei Sichel et al. (1995) erhielten 11 Frauen, die eine vorherige Major-PPD oder Wochenbettpsychose aufwiesen (ohne Episoden jenseits eines Wochenbetts und derzeit symptomfrei), nach der Entbindung abnehmende Dosen an Östrogenen. Nur eine der Frauen erlitt einen Rückfall, was deutlich unter der zu erwartenden Rückfallrate liegt. Es handelte sich allerdings um eine unkontrollierte Studie mit kleiner Teilnehmerzahl, so dass die Verallgemeinerbarkeit durch weitere Studien überprüft werden müsste.

Kumar et al. (2003) untersuchten die Anwendung von Östrogenen bei Frauen mit (non-puerperalen) bipolaren und schizoaffektiven Störungen und fanden in dieser Gruppe von Frauen keine Reduzierung der Rückfallrate. Die Frauen, die höhere Dosen erhielten, benötigten anschließend jedoch eine geringere Medikation und konnten schneller entlassen werden. Zwei Faktoren sollten bedacht werden: Die Östrogene wurden hier nicht 4 Wochen lang wie bei Sichel et al., sondern nur 12 Tage verabreicht, was evtl. zu kurz sein könnte, um rückfallprophylaktisch zu wirken. Denkbar wäre auch, dass die Gruppe von Frauen mit ausschließlich puerperalen Störungen eine hormonsensitive Untergruppe darstellt, so dass nur bei ihnen die Hormonbehandlung präventiv wirkt.

Für diese insgesamt durchaus vielversprechende medikamentöse Rückfallprophylaxe ist nach Fallgatter et al. (2002) allerdings eine enge Kooperation zwischen Gynäkologen/ Hebammen und Psychiatern schon vor der Geburt erforderlich, da die Patientinnen sonst erst nach Manifestation der Wochenbettpsychose in psychiatrische Behandlung kommen.

Eine Metaanalyse zu Präventionsstudien von Dennis (2005) erbrachte zwar kein statistisch signifikantes Ergebnis für Effekte präventiver Maßnahmen auf die Prävalenz postpartaler Depressionen, jedoch folgende Tendenzen: Ein deutlicher präventiver Effekt ging von sozialer Unterstützung durch Professionelle im Wochenbett aus. Interventionen nach der Geburt hatten bessere Wirkungen als solche in der Schwangerschaft, und individuumszentrierte Maßnahmen wiesen bessere Effekte auf als Gruppenmethoden. Hilfreich war hierzu die Identifizierung von gefährdeten Frauen.

Da der Kosten-Nutzen-Effekt insgesamt jedoch zweifelhaft ist, haben sich v.a. primärpräventive Strategien bislang nicht etablieren können. Es bleibt unklar, bei welchen Risiken präventiv eingegriffen werden sollte, und welche Maßnahmen

bei welchem Risiko durchgeführt werden sollten. Z.B. könnte für Frauen mit soziodemographischem Risiko wie Armut direkte Interventionen nützlich sein, die auf den Umgang mit Geld fokussieren, während solche mit Beziehungs- und Kontaktschwierigkeiten von interpersoneller Therapie profitieren könnten und solche mit familiären Vorerkrankungen von einer Medikation. Trotz der wenig ermutigenden Ansätze, den Ausbruch einer Störung durch prophylaktische Maßnahmen zu verhindern, befürworten jedoch weiterhin viele Autoren, dass die Risikofaktoren in der Schwangerschaft erfasst werden sollten (z.B. durch Hebammen oder Gynäkologen). Auf der Basis der evaluierten Risikofaktoren können dann erst die weiteren Interventionen geplant werden, wie z.B. die Einleitung medikamentöser Rückfallprophylaxe mit Lithium bei Frauen mit vorherigen bipolaren Störungen (Boyce 2003).

6.2 Sekundärpräventive Ansätze bei psychischen Störungen post partum -

Die unter 6.1 dargestellten Ergebnisse rechtfertigen derzeit nicht die allgemeine Implementierung primärpräventiver Strategien (Lumley/ Austin 2001). Laut Klier/ Hohlagschwandtner (2002) ist daher die Früherkennung und nachfolgende Behandlung der derzeit effektivste Weg, psychischen Störungen post partum zu begegnen und sowohl für die Mütter als auch für die Kinder die negativen Auswirkungen gering zu halten. Die Autoren empfehlen, dass Schwangere und Frauen nach der Geburt wiederholt auf das Vorliegen von depressiven Symptomen untersucht und bei Vorliegen einer Depression unverzüglich behandelt werden sollten, um die Dauer und Schwere zu vermindern. Andere Autoren teilen diese Meinung:

„Based on the evidence to date, secondary and tertiary prevention may be the most realistic approaches. Our model suggests that biopsychosocial stressors in vulnerable women combine to result in the experience of depression. It may therefore not be possible to *prevent* PND but only to set in motion procedures that minimise the impact and duration of the depressive condition while taking measures to improve the supportiveness of the social environment” (Milgrom et al. (1999, S. 243).

Bislang gibt es keine Belege dafür, dass die Verfügbarkeit von Informationen über PPD schon in der Schwangerschaft (z.B. durch Geburtsvorbereitungskurse oder schriftliches Informationsmaterial) die Inanspruchnahme von Hilfemaßnahmen erhöhen kann; in der Untersuchung von Kleeb/ Rageth (2004) brachte ein

prophylaktisches Aufklärungsgespräch über Baby-Blues und Depressionen nach der Geburt trotz einer beobachtbaren positiven Tendenz statistisch keinen signifikanten Unterschied im Aufsuchen einer Fachperson bei aufgetretenen Depressionen, und dies, obwohl die Frauen in dem Informationsgespräch ausdrücklich ermutigt wurden, im Falle eines Auftretens Unterstützung bei ihrem Hausarzt oder sonstigen medizinischen Personen zu suchen und ihnen eine Liste mit PsychiaterInnen und PsychologInnen, die sich speziell mit diesem Thema befassen, nach Hause mitgegeben wurde.

Einige Geburtsvorbereiterinnen haben die Erfahrung gemacht, dass Schwangere vor der Entbindung der Problematik psychischer Störungen gegenüber wenig aufgeschlossen sind; die Entscheidung für das Kind ist gefallen und die Auseinandersetzung damit, dass die Zeit danach möglicherweise zu gravierenden Problemen führen könnte, scheint unmöglich (Wilberg/ Hujber 1991). Nichtsdestotrotz ist es wichtig, wenn schon in der Geburtsvorbereitung zumindest angesprochen wird, dass es zu Störungen kommen kann. Für eine betroffene Frau (und ihren Partner) ist es *mit* diesem Wissen wesentlich leichter, sich Unterstützung und Beratung zu holen. Für die Angehörigen ist dann auch leichter nachvollziehbar, was in der betroffenen Frau vor sich geht, und Schuldzuweisungen sowie Aufforderungen, sich zusammenreißen, zu vermeiden. Die Selbsthilfeinitiative „Schatten & Licht“ empfiehlt, dass ihr Informationsblatt flächendeckend in der Geburtsvorbereitung oder beim Gynäkologen verteilt wird, damit die Eltern bei Bedarf im Wochenbett darauf zurückgreifen und wissen, an wen sie sich wenden können. Die qualitative Analyse von Gesprächen mit Betroffenen (McIntosh 1993; Nispel 2001) ergab immer wieder, dass die Frauen es als erleichternd empfunden hätten, ihre Probleme einordnen zu können und sich nicht als Einzelfall zu betrachten. Im Bedarfsfall wissen die Frauen so zumindest, wo sie Hilfe bekommen *könnten*, was schon entlastend wirken kann, auch wenn sie diese Hilfen nicht immer oder sofort in Anspruch nehmen (vgl. 2.1.3).

Frauen, bei denen sich Risikofaktoren evaluieren lassen, benötigen besondere Aufmerksamkeit und intensive Betreuung, z.B. durch die Hebammen. Nach Matthey et al. (2004a) bietet die Ermittlung der Risikofaktoren (z.B. mittels PDPI - Kennedy et al. 2002) eine Gelegenheit, mit der Frau ins Gespräch zu kommen, und ihr dabei zu helfen, nach der Geburt besser mit der Umstellung fertig zu werden, z.T. auch durch eine vorherige Beratung oder Therapie.

Einen besonderen Stellenwert erhält die Sekundärprävention bei Frauen mit familiären und eigenen Vorerkrankungen oder aktueller psychischer Störung (Depression oder Angststörung). Diese Faktoren lassen sich leicht in der Schwangerschaft evaluieren und machen wesentliche Risikofaktoren für eine PPD ebenso wie für eine Wochenbettpsychose aus (vgl. 4.2.3). Daher wird von vielen Autoren (z.B. Fallgatter et al. 2002; Boyce 2003) gefordert, dass bereits in der Schwangerschaft eine genaue Evaluation der Risikofaktoren erfolgt. Frauen mit einer Vorgeschichte an psychischen Störungen (aktuell, in einem vorherigen Wochenbett oder unabhängig von Schwangerschaft und Wochenbett) sollten nach Ansicht dieser Autoren schon in der Schwangerschaft psychiatrische Begleitung erhalten, und es sollte in Anbetracht ihres hohen Rückfallrisikos ein Managementplan erstellt werden, der festlegt, wie im Falle des Ausbruchs einer Störung vorgegangen werden soll (medikamentöse Behandlung, Entlastungsmaßnahmen, welche Ärzte benachrichtigten etc.).

Kemp et al. (2003) halten neben Kontrolluntersuchungen im Abstand von 2-4 Wochen in erster Linie eine entsprechende Information dieser Frauen und ihrer Partner von Bedeutung sowie eine adäquate Beratung und verstärkte soziale Unterstützung bereits vor der Geburt. Die Frauen sollten ermutigt werden, sich zu melden, wenn sich ihre Stimmung während der Schwangerschaft oder postpartal verschlechtert. Auch Jones/ Craddock (2005) empfehlen gerade für Frauen mit psychotischen Vorerkrankungen eine möglichst engmaschige Überprüfung in der gefährlichsten Zeit für einen Ausbruch sowie die Vermeidung von Faktoren, die das Risiko zusätzlich erhöhen, z.B. weitgehende Reduzierung von Stress und auf ausreichend Schlaf am Ende der Schwangerschaft und im Wochenbett achten. Sinnvoll ist es auch, dass sowohl die Frau selbst als auch Angehörige über die möglichen Frühwarnsymptome einer Wochenbettpsychose informiert sind, um rechtzeitig eine adäquate Behandlung veranlassen zu können, die entweder den Ausbruch der Störung verhindern kann oder zumindest die oft gravierenden Folgen mildern hilft (Fallgatter et al. 2002).

Der Hauptaspekt der Sekundärprävention psychischer Störungen post partum ist jedoch die frühe Diagnostik im Wochenbett. Diese ist auch bei den leichteren und mittleren Schweregraden von großer Bedeutung, um Auswirkungen der Störung auf die Mutter-Kind-Interaktion sowie Schäden für die Entwicklung des Kindes zu begrenzen. Wie in 3.2.2 aufgezeigt, sind die Auswirkungen einer chronischen Depression für die Kinder besonders folgenreich; hier gilt es, die Mütter früh und

schnell einer Behandlung zuzuführen, damit die Auswirkungen auf das Kind gering gehalten werden.

„Je länger die Depressionen bereits bestehen, desto langwieriger fällt eine Behandlung aus, da neben der eigentlichen Problematik noch Folgeprobleme bearbeitet werden müssen, die innerhalb der Familie und in der Mutter-Kind-Beziehung entstanden sind" (Rohde/ Wendt 2003, S. 698).

Klier/ Hohlagschwandtner (2002) weisen auch deshalb eindringlich auf die Behandlungswürdigkeit dieser Zustände hin, da es in der schlimmsten Konsequenz durch Vernachlässigung, Misshandlung oder Infantizid zum Tod des Kindes oder durch Suizid zum Tod der Mutter kommen kann.

Werden die Symptome hingegen erkannt, kann versucht werden, durch das Einleiten geeigneter Maßnahmen die depressive Phase abzukürzen und eine Chronifizierung zu verhindern. Nach BMBF (2001) ist innerhalb der allgemeinen Depressionsforschung mittlerweile bekannt, dass auch leichtere Depressionen die Gefahr der Chronifizierung in sich bergen, zudem gehen sie im Laufe der Zeit häufig in schwere depressive Störungen über. Es ist deshalb notwendig, auch diese konsequent zu behandeln, um zu verhindern, dass sich die Störung verschlimmert. Hier sind v.a. die Hebammen und Gynäkologen gefordert, weil sie im frühen Wochenbett - außer dem Ehemann - meist die einzigen sind, die in direktem und häufigerem Kontakt zur Frau stehen und die Entwicklung der Symptome miterleben und erkennen können. Ihre Sensibilität für die Warnsymptome ist besonders wichtig. Für die Früherkennung später entstehender Depressionen (3 Monate post partum und später) bieten sich dann der Hausarzt und der Kinderarzt an, auch, um eine Frau zur Inanspruchnahme weitergehender Hilfen zu motivieren.

Als Screeningverfahren zur routinemäßigen Anwendung wird vorrangig die EPDS benannt. Mittels der EPDS können die Fachleute eine Einschätzung vornehmen, ob das Risiko einer bestehenden Depression gegeben ist und ggfs. eine präzise Diagnostik und eine Unterstützung/ Behandlung der betroffenen Mutter einleiten. Painter (1995, zit. nach Holden 1996) stellte fest, dass keine der Mütter, die mittels EPDS als potenziell depressiv ermittelt wurde, vorher in Behandlung vermittelt wurde oder diese selbst gesucht hatte. Nach Lumley et al. (2003) hatten nur $\frac{1}{3}$ der Frauen mit postpartaler Depression Hilfe bei Fachleuten gesucht. Zum einen beeinflusst das Stigma einer psychischen Störung, Normvorstellungen einer glücklichen Mutter und Angst vor Wegnahme des Kindes das Hilfesuchverhalten der Frauen (Wiefel/ Lehmkuhl 2004; Whitton/ Appleby 1996), zum anderen

sind sich viele Frauen ihrer Depressivität gar nicht bewusst und halten ihre Symptome für die normalen Anpassungserscheinungen (Whitton et al. 1996). Eine dringend indizierte Behandlung der Depression erfolgt deshalb in den meisten Fällen nicht. Aus diesem Grund ist es umso wichtiger, dass die Fachleute bei *allen* Frauen routinemäßig ein Screening auf postpartale Depressionen durchführen, um versteckte Depressionen aufzufinden und Behandlungsangebote zu unterbreiten (Buist et al. 2002).

Doch den behandelnden Fachleuten bleibt das Vorliegen der Störung oft verborgen: So wurden bei Johanson et al. (2000) nur 4 von 41 Frauen mit antenataler Depression und 8 von 31 Frauen mit postpartaler Depression von ihren Hausärzten als depressiv identifiziert. In einer Studie von Heneghan et al. (2000) an 214 Frauen, die mit ihren Kindern in eine pädiatrische Ambulanz kamen, berichteten 86 Frauen ein hohes Level an depressiver Symptomatik; nur 29% von ihnen wurden durch den Kinderarzt als depressiv identifiziert. Des Weiteren wurden in der Untersuchung von Holden et al. (1989) vor Einführung der EPDS nur 40% betroffener Frauen identifiziert.

Zahlreiche Untersuchungen konnten hingegen gravierende Unterschiede in der Aufdeckungsrate vermuteter Depressionen vor und nach Einführung eines routinemäßigen Screeninginstrumentes feststellen. Bei Smallwood-Ferguson et al. (2002) wurden 30% der untersuchten Frauen aufgrund von EPDS-Werten ≥ 10 als potenziell gefährdet eingestuft, keine der Betroffenen hingegen bei einer Routineuntersuchung. Bei Georgiopoulos et al. (2001) wurde vor Einführung der EPDS bei 3,7% der Mütter eine PPD diagnostiziert verglichen mit 10,7% nach Einführung der EPDS. Thome (1991, zit. nach Holden 1996) fand, dass Krankenschwestern 50% mehr Depressionsfälle bei Verwendung der EPDS ermittelten als vorher. Und auch Angeli/ Grahame (1990, zit. nach Holden 1996) berichteten, dass Health Visitors 57% der Frauen mit wahrscheinlicher Depression vor Verwendung der EPDS übersahen.

Trotzdem gibt es auch Bedenken hinsichtlich Akzeptanz durch die Mütter, Praktikabilität und Kosteneffektivität eines derartigen Screenings. Nach Buist et al. (2002) müssen die Fachleute, die ein solches Screening anwenden, ausgebildet sein im Management dieser Störungen, d.h. auch, dass sie wissen müssen, wie sie mit den Ergebnissen umgehen und wie sie das Auswertungsgespräch mit der Frau angehen. Auch die Vor- und Nachteile des Screenings müssen bekannt sein: Beispielsweise hat ein hoher Cut-off-Wert zur Folge, dass Frauen übersehen werden, ein zu niedriger birgt die Gefahr der Stigmatisierung bei falsch posi-

tiven Ergebnissen und die Gefahr, dass das Gesundheitssystem der Behandlungsnachfrage nicht mehr nachkommen kann. Einige Frauen werden trotz hoher Werte von ihrem Recht Gebrauch machen, eine Behandlung zu verweigern; dies ist für die Fachleute, die der Mutter helfen wollen, nicht immer leicht zu akzeptieren. Letztendlich muss jedes Screeningprogramm auch kosteneffektiv sein. Bedenkt man jedoch die Langzeitfolgen (und damit auch potenziellen Kosten) einer PPD mit möglichen Scheidungen und sozialen wie psychischen Auswirkungen auf das Kind, wird der Aufwand mehr als aufgewogen.

Olson et al. (2005) verglichen das Screening-Ergebnis von Kinderärzten hinsichtlich mütterlicher Depressionen bei interview-basiertem Screening mittels zweier Fragen und bei Verwendung eines schriftlichen standardisierten Screenings. Dabei schnitt das schriftliche Screening weitaus besser ab: Die Kinderärzte ermittelten eine vermutete Depressionsrate von 22,9% bei schriftlichem Screening gegenüber 5,7% beim interview-basierten Screening. 7,6% aller schriftlich gescreenteten Frauen wurden an Behandlungseinrichtungen überwiesen gegenüber nur 1,6% bei interview-basiertem Screening. Die Unterschiede beim interview-basiertem Screening waren besonders deutlich bei Müttern mit Kindern unter einem Jahr, was vermuten lässt, dass es diesen leichter fällt, in einer schriftlichen Befragung (wie z.B. durch die EPDS) ihre Gefühle offen zu legen.

Rivières-Pigeon et al. (2004) gingen der Frage nach, ob durch Gespräche mit Frauen ein bis zwei Tage nach der Geburt über ihre Lebenssituation und berufliche Situation potenziell gefährdete Frauen ebenso effektiv ermittelt werden können. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass die Einschätzung der Interviewer über den (zu erwartenden) Gefühlszustand der Frauen genauso zuverlässig war wie die Erhebung mit einem Gesundheitsfragebogen 5 Monate post partum.

Letztendlich sind beide Wege zu empfehlen: Die persönliche Einschätzung der Mutter im frühen Wochenbett – v.a. durch Hebammen, die die Mütter schon längere Zeit betreut haben – kann ein Puzzleteil in einem umfangreicheren Angebot von Möglichkeiten der Früherkennung sein. Die frühe Einschätzung kann eine Sensibilisierung für potenziell gefährdete Frauen bewirken; es sollten sich jedoch schriftliche Screeningmaßnahmen ergänzend anschließen.

Ein routinemäßiges Screening führt allgemein bei Depressionen zu einer Verringerung des Risikos chronifizierter Depressionen (Pignone et al. 2002, zit. nach Buist et al. 2002). Ob das Screening und die frühe Behandlung auch bei psychischen Störungen post partum zu einem verbesserten Outcome führt, muss Inhalt

weiterführender Forschungen sein. Erste Studien hierzu sind jedoch ermutigend: Eine frühe Behandlung postpartaler Depressionen – die sich dem Screening anschließen kann und sollte – hat bei England et al. (1994, zit. nach Kennedy et al. 2002) die depressive Episode abkürzen können. Hierfür müssen jedoch zeitliche Ressourcen zur Verfügung stehen, ebenso wie Schulungen durchgeführt werden und Behandlungseinrichtungen zur Verfügung stehen (SIGN 2002).

6.2.1 Der besondere Stellenwert von Hebammen in der Früherkennung psychischer Störungen post partum im Vergleich zu anderen Berufsgruppen

Fünf Berufsgruppen werden in der internationalen Literatur in ihrer Bedeutung für die Früherkennung und das Management der psychischen Störungen post partum benannt: Dies sind neben den Hebammen die Gynäkologen, Hausärzte, Kinderärzte und Health Visitors (vgl. 5.2.2).

Bei den vorgelegten Studien und Aussagen muss jedoch berücksichtigt werden, dass im Ausland die Systeme im Gesundheitsbereich anders gestaltet sind. So ist in England und Australien (die einen Großteil der Studien in diesem Bereich veröffentlicht haben) der Besuch eines Gynäkologen extrem selten und nur den Komplikationen vorbehalten, die medizinische Versorgung auch der Schwangeren und Wöchnerinnen ebenso wie die Vorsorgeuntersuchungen des Kindes werden von den Hausärzten übernommen (Chisholm et al. 2004).

Die Health Visitors führen in England nach dem 28. Tag, also dann, wenn die Betreuung durch eine Hebamme im Normalfall endet, Hausbesuche bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes durch. Dadurch sind sie in einer idealen Position zur Früherkennung dieser Störungen ebenso wie zur Behandlung leichter Störungen mittels non-direktiver Beratung (Holden et al. 1989; Holden 1996; Appleby et al. 2003). In unserem deutschen Gesundheitssystem findet diese Berufsgruppe jedoch keine Entsprechung, so dass andere Berufsgruppen stärker in die Früherkennung einbezogen werden müssen.

Eine wichtige Schnittstelle sind in der BRD und Österreich laut Klier/ Hohlagschwandtner (2002) die Hebammen, Frauenärzte und Kinderärzte. Chancen zur Früherkennung psychischer Störungen eröffnen sich dem geburtshilflichen Team (Gynäkologen, Hebammen) durch den häufigen Kontakt mit der Schwangeren im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen sowie im Wochenbett im Rah-

men der Nachsorge durch die Hebamme und bei der Abschlussuntersuchung des Gynäkologen. Später sind es wiederum die Pädiater, die im weiteren Verlauf des ersten Lebensjahres des Kindes regelmäßig Kontakt mit den Müttern haben und frühzeitig die Entwicklung einer psychischen Störung bei der Mutter erkennen können. Die Bedeutung und die Möglichkeiten dieser drei Berufsgruppen sollen im Folgenden intensiver dargestellt werden. Ausländische Untersuchungen zur Rolle der Hausärzte werden zusammen mit der Rolle des Gynäkologen dargestellt, da diese beiden Berufsgruppen alternativ oder ergänzend - je nach Gesundheitssystem – in die Versorgung der Schwangeren und jungen Mütter integriert sind.

6.2.1.1 Die Rolle von Gynäkologen und Hausärzten in der Früherkennung

In der BRD ebenso wie in Österreich wird die Rolle des Gynäkologen in der Früherkennung von vielen Autoren hervorgehoben (z.B. Klier/ Hohlagschwandtner 2002; Rohde/ Wendt 2003), da sie die Mutter von der Schwangerschaft bis zur Abschlussuntersuchung 6 Wochen nach der Geburt kontinuierlich betreuen und viele Gelegenheiten haben, Gefährdungsfaktoren und/ oder das Auftreten einer Störung wahrzunehmen. Klier/ Hohlagschwandtner befürworten darüber hinaus eine Verlängerung der ärztlichen postpartalen Nachsorge, um auch später auftretende Störungen erkennen zu können.

Campagne (2004) empfiehlt das Testen auf Depression durch Gynäkologen sowohl in der Schwangerschaft als auch nach der Geburt. Dabei empfiehlt er nicht die Anwendung umständlicher Tests, sondern dass Stellen zweier einfacher Fragen, die auf DSM-IV-Kriterien basieren und die geeignet sein sollen, eine potenzielle Depression aufzudecken: „Haben Sie sich in den vergangenen 2 Wochen jemals depressiv oder hoffnungslos gefühlt?“ und „Hatten Sie wenig Interesse oder Freude an Aktivitäten in den vergangenen 2 Wochen?“ Wenn die Antwort auf beide Fragen positiv ist, sollten ausführliche diagnostische Tools eingesetzt werden. Die Autoren führen als Argument für diese Vorgehensweise an, dass mittels dieser beiden Fragen die meisten Fälle von Depression in einer Allgemeinarztpraxis aufgedeckt werden konnten (Arroll et al. 2003, zit. nach Campagne 2004).

Auch Kemp et al. (2003) betonen, dass eine erhöhte Sensibilität für und ein vermehrtes Suchen nach Symptomen dieser Störungen in der frauenärztlichen Praxis von Bedeutung ist, um die Störungsbilder rasch erkennen und behandeln zu

können. Ebenso empfehlen die Autoren die präpartale Erfassung von Frauen, die eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, postpartal eine psychische Störung zu entwickeln, als Maßnahme der Gynäkologen.

Informationen über psychische Störungen post partum sollten zum curricularen Bestandteil der Facharztausbildung für Gynäkologen und Geburtshelfer werden. Bei den ersten Anzeichen von PPD kann ein Arzt, der gelernt hat, diese Zeichen wahrzunehmen, der Frau eine individuelle Therapie oder etwaige medikamentöse Behandlung vorschlagen. Manchmal hilft auch schon ein verständnisvolles Gespräch, um die Situation zu verbessern (Dix 1991).

„Da postpartale Depressionen und auch andere psychische Erkrankungen gerade in den ersten Wochen nach einer Entbindung entstehen, erscheint die gynäkologische Praxis als äußerst geeignet, gefährdete oder bereits erkrankte Frauen zu identifizieren und weitere Behandlungsschritte in Form von Überweisungen an Psychiater oder Psychotherapeuten vorzunehmen, ohne selbst tiefer in die psychopathologische Diagnostik einsteigen zu müssen. Die EPDS stellt ein ideales Instrument dar, um ohne viel Zeitaufwand Patientinnen mit postpartalen Depressionen oder anderen psychischen Erkrankungen, wie z.B. Angst- oder Belastungsstörungen, herausfiltern zu können. Für die gynäkologische Praxis wäre es vorstellbar, dass die Frauen vor der Abschlussuntersuchung 6 Wochen post partum den Selbstbeurteilungsfragebogen ausgehändigt bekommen, z.B. in der Wartezeit vor dem Arztkontakt.“ (Rohde/ Wendt 2003, S. 699f.).

Hausärzte haben demgegenüber den großen Vorteil, dass sie die familiären Verhältnisse kennen und über Jahre ein Vertrauensverhältnis zu der gesamten Familie aufgebaut haben, das dazu beitragen kann, sich zu öffnen, ärztlichen Rat zu suchen, Hilfe in Anspruch zunehmen. Gerade dem Hausarzt, der seine Patienten langjährig kennt, können Veränderungen im Wesen am ehesten auffallen (BDA-Manual Depression 2002). Zur Bedeutung der Hausärzte beschreibt die Australierin L.M. Bishop ihre eigenen Erfahrungen:

“Because of the stigma associated with depressive disorders, women, like me, may be reluctant to admit that anything is wrong. General practitioners are often the first people women turn to with symptoms of PND, or the first people they talk to about managing a subsequent pregnancy after they have experienced the illness. As a result, GPs play a crucial role in the provision of appropriate information and advice” (Bishop 2002, S. 106).

Und hinsichtlich der Vorbereitung auf ihre zweite Schwangerschaft beschreibt die gleiche Autorin (a.a.O.):

“Thankfully, I had help from my doctor to identify and manage the factors that may have predisposed me to developing PND again. (...) I was fortunate to have a supportive psychiatrist, a caring GP and obstetrician, and a strong support network. (...) GPs, as trusted family physicians, play a vital role in identifying and advising a woman on how to manage the risk factors associated with

PND after the birth of a subsequent child. (...) However, I am confident that women, given the appropriate advice, medical support and management techniques by their doctors or specialists, can minimise the risk of PND after a subsequent birth.”

Seehusen et al. (2005) untersuchten Hausärzte der Washingtoner Akademie hinsichtlich ihres Screening-Verhaltens auf PPD. Obwohl die meisten Hausärzte PPD für ein ernstzunehmendes, identifizierbares und behandelbares Problem halten, führten nur 70,2% der Befragten immer oder teilweise ein Screening auf PPD bei der Abschlussuntersuchung 6 Wochen nach der Geburt durch und 46% der Befragten bei Vorsorgeuntersuchungen des Kindes. Nur 30,6% derer, die ein Screening durchführten, führten dieses mittels standardisierter Verfahren (z.B. BDI oder – seltener - EPDS) durch; die anderen verließen sich auf eine Befragung der Mütter oder andere unstandardisierte Methoden. Ärztinnen, Ärzte, die in ihrer Facharztausbildung oder durch Studium medizinischer Literatur etwas über PPD gelernt hatten, solche, die PPD für ein häufiges Problem halten und solche, die den Aufwand nicht für zu hoch halten, screeneten signifikant häufiger. 89,5% der Befragten hatten in der Facharztausbildung Kenntnisse über PPD erworben, $\frac{2}{3}$ im Studium, durch medizinische Fachliteratur oder auf Kongressen. Für die Geschlechterdifferenz beim Screening lässt sich möglicherweise die höhere Empathie von Frauen für die Befindlichkeit von Müttern im Wochenbett heranziehen – ein Ergebnis, welches auch von Gunn et al. (1998) ermittelt wurde, die feststellten, dass weibliche Hausärzte 3-fach häufiger der Überzeugung waren, dass die mütterlichen Gefühle in der Sprechstunde mit diskutiert werden sollten. Offen bleibt die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse von Seehusen et al., weil überdurchschnittlich viele Frauen und junge Ärzte den Fragebogen beantwortet haben, was die reale Screeningrate möglicherweise verringert. Die Autoren plädieren dafür, dass ein Training hinsichtlich PPD und Screeningmöglichkeiten in die Curricula der hausärztlichen Ausbildung aufgenommen werden.

6.2.1.2 Die Rolle von Kinderärzten in der Früherkennung

Zahlreiche Autoren heben auch die Schlüsselrolle der Kinderärzte bei der Aufdeckung postpartaler Depressionen hervor (z.B. Heneghan et al. 2000; Seidman 1998; Olson et al. 2002). Da die Gynäkologen (bzw. im englischsprachigen Ausland die Hausärzte) die Mutter meist nur bei der Abschlussuntersuchung ca. 6 Wochen post partum sehen, sind danach die Kinderärzte im Rahmen der Vorsor-

geuntersuchungen des Kindes⁹³ diejenigen, die für die Früherkennung bis zum Ende des ersten Lebensjahres in Frage kommen (Chaudron et al. 2004; Tam et al. 2002). Kinderärzte haben zudem besonders gute Möglichkeiten, die Mutter-Kind-Beziehung zu beobachten und hierauf Einfluss zu nehmen (Wiley et al. 2004) sowie ein großes Interesse am Wohlergehen des Kindes, welches durch eine Depression der Mutter massiv beeinträchtigt werden könnte (Currie/ Rademacher 2004). Der Kinderarzt kann die Mutter zwar nicht selber überweisen, aber er kann ihr den Besuch bei anderen Fachleuten anraten. Im Aufgabengebiet der Kinderärzte liegt es nach Klier/ Hohlagschwandtner (2002) auch, die neuropsychologische Entwicklung des Kindes einer psychisch kranken Mutter zu monitorisieren, v.a. wenn in der Schwangerschaft Psychopharmaka eingesetzt wurden oder Medikamente während der Laktation angewendet werden.

Wiley et al. (2004) untersuchten die Kenntnisse und Sichtweisen über PPD von amerikanischen Kinderärzten. 49% der 389 Kinderärzte, die die Selbsteinschätzung zurückschickten, berichteten, dass sie wenig oder keine Ausbildung über PPD haben; Zeitschriftenartikel waren die am häufigsten benannte Informationsquelle mit 50%, seltener wurden Kenntnisse durch Lehrgänge und Kongresse erworben. 51% der Kinderärzte unterschätzten die Prävalenzrate von PPD. Nur 31% der Pädiater fühlten sich sicher in der Identifizierung von PPD, nur 7% kannten Screeningverfahren. 51% meinten, dass sich ein Screening mit ihren Praxisabläufen vereinbaren lässt, davon überdurchschnittlich viele Frauen (59% der Kinderärztinnen gegenüber 33% der männlichen Kinderärzte). Folgende Hinderungsgründe gegenüber einem Screening wurde von den Kinderärzten angegeben: Mangel an Zeit (69%), Mangel an Praxisressourcen (57%), Mangel an Überweisungsmöglichkeiten (43%), und Mangel an effektiven Behandlungsmöglichkeiten (5%). Nur 10% der Kinderärzte hielten ein Screening auf PPD generell für unangebracht für ihre Berufsgruppe. Die geschulten Pädiater führten signifikant häufiger ein Screening auf PPD durch, jedoch nur 5% aller Befragten mittels eines spezifischen Instrumentes. Eine größere Bereitschaft zum Screening konnten die Autoren bei Kinderärzten feststellen, die weniger als 6 Jahre in der Praxis standen (auch wenn ihre Ausbildung bezüglich dieser Thematik nicht intensiver war, aber weil der Trend dahin geht, das Kind im Kontext seiner Familie zu betrachten) und bei Kinderärztinnen (die evtl. eine größere Nähe zur Mutter aufbauen können). Die Relevanz des Themas wurde von den Befragten durchaus

⁹³ Nach den beiden Neugeborenen-Untersuchungen in der ersten Lebenswoche werden noch vier weitere Vorsorgeuntersuchungen im ersten Lebensjahr empfohlen.

gesehen, aber 35% der Pädiater gaben an, dass in ihrer Gemeinde nur unzureichende Behandlungsmöglichkeiten bestehen, um erkrankte Mütter zu behandeln. Nur $\frac{1}{4}$ der Kinderärzte glaubten, dass die Mütter bereit wären, ihre Symptome mit ihnen zu diskutieren. Dass diese Befürchtung unberechtigt ist, zeigt die Untersuchung von Kahn et al. (1999, zit. nach Wiley et al. 2004), wonach 85% der Mütter nichts dagegen hätten oder es sogar begrüßen würden, wenn der Kinderarzt das Thema PPD anschnitten würde, nach Zuckerman/ Beardslee (1987, zit. nach Tam et al. 2002) insbesondere dann, wenn dies in einer warmen, fürsorglichen Atmosphäre erfolgt.

In der Untersuchung von Tam et al. (2002) hatten etliche Pädiater Zweifel an ihrer Fähigkeit, mit einer weinenden Mutter umzugehen, ganz zu schweigen von Frauen, die Suizidgedanken äußern. Die Kinderärzte äußerten Angst vor der Verantwortung und dem, was sie auslösen könnten. Des Weiteren scheuten sie sich davor anzusprechen, dass eine Frau depressiv sein könnte, aus Angst, sie damit zu stigmatisieren. Auch hier gab es Befürchtungen, dass die Mütter defensiv reagieren, wenn sie auf ihre Gefühle angesprochen werden.

Eine weitere Studie zur Haltung von Kinderärzten gegenüber Früherkennung und Management von PPD stammt von Olson et al. (2002). 508 Pädiater beantworteten die schriftliche Befragung hinsichtlich ihrer Selbstwahrnehmung von eigenen Fähigkeiten und der Bereitschaft, neue verbesserte Strategien in ihre Praxis zu integrieren. Von diesen fühlten sich nur 57% verantwortlich für die Früherkennung einer mütterlichen Depression. Meistens wurde je nach mütterlichem Gesamteindruck und Beschwerden der Mutter unstrukturiert mittels einiger Nachfragen eine Depression evaluiert, wodurch jedoch erfahrungsgemäß nur die schwersten und/ oder chronische Depressionen eruiert werden. Barrieren gegenüber dem Management der PPD waren Mangel an Zeit zur Erhebung einer genauen Anamnese oder weitergehender Beratung und unzureichende Kenntnisse in der Diagnostik und Behandlung dieser Störungen. Einige Kinderärzte hielten die Erörterung der Thematik mit den Müttern für unangebracht, weil sie nicht die Behandler der Mutter sind, andere weil sie es für ein vorübergehendes Problem halten oder weil zu wenig Behandlungseinrichtungen verfügbar sind, an die überwiesen werden könnte. Nur 32% der Kinderärzte trauten sich zu, eine PPD zu diagnostizieren; $\frac{1}{4}$ der Befragten wäre jedoch bereit, das Identifizierungsverhalten zu ändern. 63% der Kinderärzte hatten im Gespräch mit depressiven Müttern Schwierigkeiten, das Wort „Depression“ zu verwenden und vermieden dies. Die Autoren zitieren eine Untersuchung von Fox et al. (1989), die aufzeigten, dass

persönliche Überzeugungen einschließlich der Verantwortlichkeit für ein Problem und die Weitervermittlung das klinische Verhalten von Ärzten maßgeblich beeinflussen. Kinderärzte, die sich verantwortlich fühlten für das Erkennen mütterlicher Depressionen, hatten dementsprechend auch ein größeres Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten, mit PPD umzugehen und eine größere Bereitschaft, ihren Umgang damit zu ändern. Die Autoren ziehen die Schlussfolgerung, dass die Rolle der Kinderärzte in der Früherkennung und dem Umgang mit psychischen Störungen post partum begrenzt ist, solange diese die Thematik nicht als ihre Zuständigkeit verinnerlicht haben. Dies würde auch voraussetzen, dass die Kinderärzte durch Informationsmaterial und Schulungen auf diese Aufgabe vorbereitet werden.

Chaudron et al. (2004) untersuchten, inwiefern die standardmäßige Einführung der EPDS in die Vorsorgeuntersuchungen des ersten Lebensjahres beim Kinderarzt die Früherkennungsrate erhöhen konnte. Standardmäßig heißt hierbei, dass ab der Untersuchung mit 2 Wochen die Verwendung der EPDS als Routineprogramm jeden Besuches definiert wurde. Die Fachleute (Kinderärzte, Arzthelferinnen) bekamen eine kurze Gruppenschulung zur Verwendung der EPDS. Die EPDS wurde den Müttern von der Arzthelferin ausgehändigt und sollte ausgefüllt werden, während die Mütter im Untersuchungsraum auf den Arzt warten. Die Autoren analysierten anschließend die Aktenaufzeichnungen der Kinderärzte. Nach Einführung des EPDS wurde dieser bei 46% der Besuche in der Akte vermerkt (dies kann, muss aber nicht gleichbedeutend sein mit der Ausfüllrate). Nur 5% der Mütter, über die Angaben in der Kindesakte vorhanden waren, verweigerten das Ausfüllen. 4 von 5 EPDS wurden ausgewertet, davon 14% falsch. In der Kontrollgruppe ohne EPDS-Screening wurde in 1,6% der Kinderakten ein Vermerk über depressive Symptome der Mutter gefunden, in der Versuchsgruppe mit Einführung des EPDS eine Rate von 8,5%. Nur ca. die Hälfte davon wurde jedoch in der Akte des Kindes weiter dokumentiert, so dass unklar bleibt, ob trotz hohem EPDS-Wert ein Gespräch über weiterführende Hilfemaßnahmen stattgefunden hat. Die Überweisungsrate an psychosoziale Behandlungseinrichtungen stieg von 0,2% auf 3,6%. Die geringe Rate der Anwendung, obwohl die EPDS zum Standardprogramm gehören sollte und nicht „nur aus Forschungszwecken“ eingeführt wurde, macht nach Aussagen der Autoren deutlich, wie schwierig es ist, bestehende Praxis zu verändern, zeigt aber auch, dass dies nicht unmöglich ist. Unklar bleibt, wie viele Mütter die Anwendung verweigerten, ohne dass dies in den Akten vermerkt wurde. Möglich ist auch, dass die Ärzte bei einigen Frauen

eine Depression für unwahrscheinlich hielten und deshalb nicht die EPDS vorlegten. Denkbar ist des Weiteren, dass die Installierung neuer Verfahren längere Zeit braucht, bis sie sich durchgesetzt hat (hier wurde direkt nach Einführung des neuen Standards die Umsetzungsrate bestimmt). Einschränkend vermerken die Autoren, dass nur eine (viel beschäftigte) Praxis untersucht wurde, die in einer Klinik mit Sozialarbeitern und psychiatrischem Notfallprogramm gelegen ist. Dies mag es sogar erleichtert haben, ein Screening durchzuführen, weil bekannt ist, wohin die Frauen vermittelt werden können.

Heneghan et al. (2004) untersuchten, wie bereitwillig Mütter ihre psychischen Probleme mit einem Kinderarzt diskutieren. Die Mütter hatten Vertrauen zu dem Kinderarzt, wenn es um gesundheitliche Belange des Kindes geht, jedoch wollten nur wenige ihre eigenen Probleme oder depressiven Symptome mit dem Kinderarzt besprechen, da sie Angst vor einer Verurteilung oder Angst vor der Einschaltung von Kinderschutzzentren hatten. Untersucht wurden allerdings besonders gefährdete Frauen (überwiegend Schwarze und/ oder Singles - größtenteils mit niedrigem Bildungsniveau). Diese haben vielleicht besonders viel Angst, ein Kinderarzt wolle – als Vertreter für die Bedürfnisse des Kindes – ihnen das Kind wegnehmen, wenn sie Probleme zugeben. Die Mütter waren jedoch offen dafür, von ihrem Kinderarzt schriftliches Informationsmaterial über PPD zu erhalten. Diejenigen Mütter, die das Gefühl hatten, dass sie der Kinderarzt bereits gut kennt, waren bereitwilliger, ihre Probleme mit dem Kinderarzt zu besprechen. Heneghan et al. (2000) stellten fest, dass umgekehrt diejenigen Kinderärzte, die ihre Patientinnen kannten und diejenigen mit mehr Berufserfahrung, häufiger eine PPD feststellten.

6.2.1.3 Die Rolle von Hebammen in der Früherkennung

Den Hebammen kommt im Bereich der Aufklärung und Früherkennung eine tragende Rolle zu. Im Rahmen der Geburtsvorbereitung bietet sich die Chance, auf das Störungsbild der postpartalen Depressionen und Wochenbettpsychosen und seine Behandlungsmöglichkeiten hinzuweisen, damit betroffene Frauen nach der Entbindung ihren Zustand schneller einordnen und gezielt Hilfe suchen können. Mauthner (1997) stellte fest, dass die meisten betroffenen Frauen sich diese Vorabinformationen gewünscht hätten, um die Krankheitssymptome zu erkennen und früher Hilfe zu suchen. Zusätzlich – so die Selbsthilfeorganisation „Schatten & Licht“ – sei es sehr wichtig, dass die Hebamme ihre Bereitschaft signalisiert,

als Ansprechpartnerin zur Verfügung zu stehen, falls psychische Probleme auftauchen. Ein solch offen ausgesprochenes Angebot erleichtert es Frauen, ggfs. darauf zurückzugreifen. Neben diesem mündlichen Angebot ist es weiterhin angebracht, schriftliches Informationsmaterial zu verteilen, auf das die Frauen im Bedarfsfall zurückgreifen können.

Hebammen haben durch die Kontinuität der Betreuung von der Schwangerschaft bis zum Wochenbett die Gelegenheit, ein Vertrauensverhältnis zu den von ihnen betreuten Frauen aufzubauen, so dass sie sich für viele betroffene Frauen als erste Gesprächspartnerin anbieten (Joseffson et al. 2001; Mauthner 1997). Gerade weil die Frauen selbst keine Unterstützung suchen, sind die Hebammen in der Position, mögliche Probleme im Wochenbett sensibel anzusprechen und auf der Basis dieses Vertrauensverhältnisses Mütter zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen zu motivieren. Der Bekanntheitsgrad scheint dabei – wie anhand der Studien von Heneghan et al. (2000; 2004) unter 6.2.1.2 gezeigt - ein wesentlicher Faktor zu sein, der sowohl die Öffnung der Frauen als auch das Bewusstsein der Fachleute erhöht. Ein Vertrauensverhältnis zu einer Hebamme und kontinuierliche Betreuung durch eine Hebamme bei schwangeren Frauen mit einer Vorgeschichte an Depressionen konnte zwar in der Untersuchung von Marks et al. (2003) nicht den Ausbruch einer PPD beeinflussen, durch das aufgebaute Vertrauensverhältnis waren diese Frauen aber wesentlich besser motivierbar, eine Therapie in Anspruch zu nehmen.

Gleichzeitig sehen Hebammen durch ihre Hausbesuche auch deutlicher als z.B. ein Gynäkologe den Umgang der Mutter mit ihrem Kind, ebenso gelingt ihr eine Einschätzung der häuslichen Situation (z.B. des Zustandes des Haushalts oder der Partnerbeziehung) besser; Veränderungen fallen der Hebamme selbst deutlicher auf (Mauthner 1997). Zudem ist der Kontakt zwischen Hebamme und Frau zeitlich intensiver und emotionaler geprägt als der zu einem (männlichen) Arzt.

„Eine wichtige Mediatorenfunktion zwischen ÄrztInnen und betroffenen Frauen kommt gerade bezüglich dieser Thematik den Hebammen zu: sie erreichen Frauen und ihre Angehörigen bereits während der Schwangerschaft und haben oft einen besseren emotionalen Zugang zu den Frauen als ÄrztInnen, die eine als technisiert empfundene perinatale Medizin repräsentieren. Zudem haben die Hebammen durch die postpartal stattfindenden Hausbesuche auch die Möglichkeit, die Frauen in ihrer eigenen Umgebung und im Umgang mit ihren Säuglingen zu erleben“ (Nagel-Brotzler et al. 2005, S. 52).

Wie die Untersuchungen von Ballestrem et al. (2002;2005) zeigten (vgl. 5.4), sind weibliche Personen zur Motivierung der Frauen insgesamt besser geeignet, was die Hebammen besonders für diese Rolle prädisponiert, zumal in unserem Ge-

sundheitssystem keine den Health Visitors vergleichbaren anderen weiblichen Fachleute kontinuierlich mit den Frauen in Berührung kommen. Minde et al. (2001) ermittelten, dass Gemeindegeschwister im Vergleich zu Medizinerinnen mehr psychosoziale Inhalte diskutierten und anhand von Audioaufnahmen als sensibler im Kontakt zu den Müttern eingestuft wurden. Die mütterliche Zufriedenheit mit den Gesprächen korrelierte mit dem Umfang an psychosozialen Themen, die diskutiert wurden. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich dies bei uns auf den Vergleich Hebammen/ (männliche) Gynäkologen übertragen lässt und dass die Sensibilität der Hebammen somit größer ist als die von Ärzten. Deneke (2004a) konstatiert, dass meistens die Hebammen die ersten Anlaufstellen bei Problemen nach der Geburt und ihrer Erfahrung nach so gut geschult sind, dass sie für die Krisen, bei deren Bewältigung sie nicht aus eigener Kraft helfen können, die geeigneten Anlaufstellen suchen. Den hohen Stellenwert von Hebammen in der Früherkennung psychischer Störungen post partum zeigt auch Rohde auf.

„Hebammen sind in mehrerer Hinsicht eine wichtige Unterstützung bei der Bewältigung psychischer Probleme nach der Entbindung. Einmal können sie bei der Erkennung von Störungen behilflich sein, da sie durch die Wochenpflege den engsten Kontakt zur Mutter haben, wenn diese sich gerade auf viele neue Situationen einstellen muss. Hebammen haben von allen Berufsgruppen, die mit werdenden Müttern zu tun haben, die meiste Erfahrung darin, welche Probleme auftauchen, ob diese noch »normal« sind und wann Hilfe erforderlich ist. Zudem können sie Wege aufzeigen, wo man Hilfe bekommt, können Kontakte herstellen, Hilfe im Alltag organisieren und bei vielen anderen Dingen eine gute Unterstützung sein“ (Rohde 2004, S. 109).

Nach einer Befragung von Schumann (2004) schätzten Frauen an Hebammen, dass diesen im Vergleich zu Gynäkologen mehr Zeit für die Betreuung zur Verfügung steht. Nur ein Drittel der Befragten war jedoch der Meinung, dass sie mit der Hebamme auch „andere Probleme“ ansprechen könnten, zum Beispiel eigene Unsicherheiten oder Partnerschaftsprobleme. Dies muss dementsprechend aktiv von den Hebammen angesprochen werden.

Die deutsche Marcé-Gesellschaft initiierte in Zusammenarbeit mit Hebammen ein Projekt zur Früherkennung und Verbesserung der therapeutischen Erreichbarkeit von Frauen mit perinatalen psychischen Störungen (Nagel-Brotzler et al. 2005). Das Projekt der Autoren hat das Ziel, Hebammen zu motivieren, sich mit der Thematik auseinander zu setzen und sich dafür zuständig und kompetent zu fühlen. Ziel ist die Informationsvermittlung an Hebammen wie auch durch Aufklärung und Entstigmatisierung postpartaler psychischer Störungen die Früherkennung

und therapeutische Erreichbarkeit von betroffenen Frauen zu verbessern. In einem Teilprojekt, welches die Autoren vorstellen, wurden 111 Hebammen aus 12 verschiedenen Zentren in Deutschland, der Schweiz und Österreich bezüglich ihrer persönlichen Erfahrungen und ihres Wissens zur Thematik psychischer Beschwerden in der frühen Mutterschaft befragt sowie zur Kooperation mit anderen Berufsgruppen und Fortbildungswünschen bezüglich dieser Thematik. Im Mittel gaben die Hebammen an, dass sie die Frauen üblicherweise ab der 26. Schwangerschaftswoche und bis zur 8. Woche post partum betreuen. 87% der Befragten bestätigten, dass sie mit dieser Thematik häufig oder mitunter konfrontiert sind, 96% hielten die Thematik für sehr oder ziemlich wichtig. 96% der Befragten haben selbst schon einmal eine Schwangere oder Wöchnerin mit psychischen Problemen betreut. 81% der Hebammen gaben an, sich etwas oder gut auszukennen, was den Umgang einer Mutter mit psychischen Problemen nach der Geburt angeht. Andere Berufsgruppen wurden von 93% der Hebammen zur weiteren Abklärung herangezogen, wobei 75% mit Psychologen/ Psychotherapeuten, 68% mit Gynäkologen, 61% mit Beratungsstellen, 51% mit Psychiatern, 45% mit Mutter-Kind-Beratungseinrichtungen, 30% mit einem Hausarzt, 25% mit einem Kinderarzt und 24% mit einem Heilpraktiker kooperierten. Etwas mehr als die Hälfte der Hebammen gaben Probleme in der erfolgreichen Vermittlung von Müttern mit psychischen Beschwerden an. Dabei sahen 82% das Problem in der fehlenden Behandlungsmotivation der Patientin und/ oder ihrer Familie, 53% gaben strukturelle Probleme aufgrund fehlender Behandlungsangebote in ihrer Region an. Hinzu kamen Schwierigkeiten in der Kooperation und Kommunikation mit Ärzten, wobei sich die Hebammen oft von diesen nicht ausreichend akzeptiert und in ihren Einschätzungen ernst genommen fühlten. Auch Informationsdefizite und die unzureichende zeitnahe Verfügbarkeit von Behandlungsangeboten bezeichneten die Hebammen als problematisch.

Die Bedeutung der Hebamme sollte jedoch reflektiert werden. Ihre Funktion ist in der Beratung und Vermittlung zu sehen. Nach „Schatten& Licht“ besteht die Aufgabe der Hebamme in ihrer diagnostischen Kompetenz, frühzeitig Symptome zu erkennen, einzuordnen, die betroffene Frau darauf anzusprechen, behutsam aufzuklären und ggfs. an einen Therapeuten weiterzuleiten. Es kann nicht von einer Hebamme erwartet werden, die langfristige Betreuung einer betroffenen Frau selbst zu übernehmen, zumal die zeitlichen und finanziellen Ressourcen hierzu meist begrenzt sind (Mauthner 1997). Aber sie sollte in der Lage sein, die Störung frühzeitig zu erkennen, so dass in vielen Fällen eine Verschlimmerung ver-

hindert werden kann; sie kann sich als Gesprächspartnerin für die Frau anbieten und ihr hilfreich zur Seite stehen sowie eine betroffene Frau informieren, wo sie weitergehende adäquate Hilfe und Unterstützung findet. Für die betroffenen Frauen, die anderweitig (z.B. bei Gynäkologen, häufig jedoch auch in der eigenen Familie) nur wenig oder keine Unterstützung finden, ist dies schon von unermesslich hohem Wert.

Nagel-Brotzler et al. (2005) heben ebenso wie SIGN (2002) hervor, dass eine kollegiale Zusammenarbeit zwischen Hebammen und Gynäkologen sowie anderen Mitbehandlern (Psychiater, Psychologen etc.) eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung von Frauen mit psychischen Beschwerden in der frühen Mutterschaft ist.

„Eine interdisziplinäre Kooperation mit Anerkennung und Wertschätzung gegenseitiger Kompetenzen sowie der Berücksichtigung individueller und fachlicher Stärken aber auch Grenzen, ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung von Frauen mit psychischen Beschwerden in der frühen Mutterschaft“ (Nagel-Brotzler et al. 2005, S. 57).

6.3 Leitlinien und Schulungsmodelle für den Umgang mit psychischen Störungen post partum im Ausland

Im Folgenden sollen derzeit verfügbare Leitlinien und Schulungsmodelle zum Management psychischer Störungen post partum beschrieben werden, da sich hieraus Anregungen zur Gestaltung eines Schulungsmodells ableiten lassen.

Auffallend ist, dass zwar die mangelnde Wirksamkeit primärpräventiver Maßnahmen ermittelt wurde, außer Einführung der EPDS als Screening-Instrument und Forderungen nach einer verbesserten Früherkennung jedoch wenig Untersuchungen durchgeführt wurden, um Inhalte, Wirksamkeit und Nutzen der Früherkennung zu beschreiben und zu verifizieren. So existieren bislang wenige Untersuchungen über die Auswirkungen verbesserter Kenntnisse auf die Handlungskompetenz von Fachleuten und ihr Verhalten im Umgang mit betroffenen Frauen (Ausnahme: Aufdeckungsrate einer PPD mittels EPDS, vgl. 6.2). Wenige Versuche wurden bislang unternommen, zumindest in einem ersten Schritt theoretisch festzulegen, welches Wissen und welche (weiteren) Handlungskompetenzen Fachleute im Umgang mit (potenziell) betroffenen Müttern haben sollten.

Einen ersten Schritt weisen hier Leitlinien, die einen evidenzbasierten Umgang mit postpartalen Depressionen und Wochenbettpsychosen weisen. In Australien

und Schottland sind erste Leitlinien zum klinischen Management von Depressionen in der Schwangerschaft und post partum (Beyondblue – Australien, deutsche Übersetzung von Klier 2004b) oder psychischer Störungen post partum insgesamt inklusive Wochenbettpsychosen (SIGN 2002 - Schottland) entwickelt worden, die auch für die Früherkennung und Frühbehandlung eine entscheidende Hilfe bieten können.⁹⁴ In England wurde eine Studie zur hebammengeleiteten Wochenbettbetreuung durchgeführt, in deren Rahmen Leitfäden für diverse Störungsbilder im Wochenbett entwickelt und erprobt wurden, darunter auch ein Leitfaden hinsichtlich psychischer Störungen post partum (Bick et al. 2001). Inhalte und Ziele von Leitlinien generell beschreiben Becker et al. (2003) wie folgt:

„In einer Leitlinie sollte das vorhandene Wissen zu Ätiopathogenese und zu Risikofaktoren depressiver Erkrankungen zusammenfassend sowie in eindeutiger Abgrenzung von Hypothesen dargestellt werden. Für den Nutzer muss dabei deutlich werden, bei welchen diagnostischen, beratenden und therapeutischen Maßnahmen dieses Wissen umgesetzt werden kann. Ein wichtiges Ziel in diesem Zusammenhang ist die Information von Nutzern in der Primärversorgung. Dieser Personenkreis kennt oft das familiäre und soziale Umfeld und kann dann Patienten, bei denen empirisch gesicherte Risikofaktoren identifiziert werden, gezielt präventiv unterstützen oder eine frühzeitige Diagnostik und Behandlung einleiten“ (Becker et al. 2003, S. 16).

An anderer Stelle wird bei Becker et al. beschrieben, dass die Umsetzung einer Leitlinie und damit ihre Effektivität von dem Verbreitungsweg maßgeblich beeinflusst wird: Schulungsmaßnahmen - mittels lernzielorientierter Vermittlung von Lerninhalten, ggfs. unter Mitgabe von Schulungsmaterial - erzielen dabei die höchste Umsetzungsrate; gering ist hingegen der Nutzen einer Verbreitung über Fachartikel oder durch Anschreiben einer Zielgruppe. Daraus wird deutlich, dass die vorhandenen Leitfäden keinen Ersatz für eine Schulung darstellen, sondern die Basis hierfür bilden können.

Die internationale Marcé-Gesellschaft mit Sitz in England hat des Weiteren eine schriftliche Schulungsmappe entworfen, die (bislang nur auf Englisch) mittels autodidaktischem Studium die Kenntnisse über psychische Störungen post partum erweitern soll (Elliott/ Henshaw 2002).

Über (teilnehmende) Schulungsmodelle für Hebammen und andere Berufsgruppen existieren wenig Veröffentlichungen; dass sie vereinzelt durchgeführt werden, lässt sich z.B. bei Sichtung von Fortbildungsangeboten diverser Institutionen, Kongressprogrammen etc. herausfinden. Auch geben einige Studien (z.B.

⁹⁴ Methoden und Konzepte der Leitlinienentwicklung können z.B. bei Jakubowski/ Krech (2001) nachgelesen werden.

Appleby et al. 2003; Chaudron et al. 2004) an, dass vorab eine „Schulung“ der entsprechenden Fachleute stattgefunden habe. Über die Inhalte und Durchführung ist jedoch wenig bekannt.

6.3.1 Die australische Leitlinie von Beyondblue

Beyondblue ist eine australische Initiative mit einer Abteilung für peripartale Depressionen, die in etwa vergleichbar ist mit der deutschsprachigen Marcé-Gesellschaft und sich der Aufklärung über diese Störungen, der Prävention und Behandlung widmet durch eigene Forschungen ebenso wie durch die Verbreitung von Informationen für die Allgemeinbevölkerung wie für Fachleute. Die von Beyondblue entwickelte Leitlinie ist ein Management-Plan für Depressionen in der Schwangerschaft und post partum, der von Klier (2004b) ins Deutsche übersetzt wurde und auf den Internetseiten der deutschsprachigen Marcé-Gesellschaft allen Fachleuten zum Download zur Verfügung steht (*Anhang 2*).

Hierin werden auf 2 Seiten gebündelte, kurz gefasste Informationen zur Symptomatik einer Depression, zur Diagnose mittels EPDS und zu Risikofaktoren aufgelistet. Angaben, welche Behandlungsmaßnahmen in welchen Fällen vorzunehmen sind, erleichtern dem Praktiker die Einschätzung, wie die weitere Behandlung der Betroffenen aussehen kann oder soll. So werden beispielsweise Angaben gemacht, wann eine Überweisung an einen Psychiater erfolgen sollte, in welchen Fällen eine medikamentöse Behandlung sinnvoll ist, wann eine stationäre Aufnahme erfolgen sollte und welche psychotherapeutischen Maßnahmen zur Anwendung kommen können. Auch Hinweise auf die Notwendigkeit, die Mutter-Kind-Beziehung zu beobachten und einzuschätzen, finden Berücksichtigung. Ausführliche Hinweise zur Behandlung mit Psychopharmaka während der Schwangerschaft und dem Stillen runden dieses Informationspapier ebenso ab wie eine Auflistung wichtiger Internetadressen⁹⁵, bei denen weitere Informationen rund um das Gebiet der perinatalen psychischen Störungen erhältlich sind.

⁹⁵ Die deutsche Version wurde von Klier (2004b) entsprechend um deutschsprachige Adressen ergänzt.

6.3.2 Die Leitlinie von SIGN

Das „Scottish Intercollegiate Guidelines Network“ (SIGN 2002) hat eine Leitlinie für den Umgang mit psychischen Störungen post partum entwickelt, welche orientierende Informationen und Handlungsschritte beinhaltet, die nach Evidenzkriterien in A, B, C und D unterteilt sind, um die Evidenzstärke und damit die Bedeutung einer Empfehlung zu kennzeichnen (von A nach D absteigend). Darüber hinaus haben die Autoren sogenannte „good practice points“ (mit ☑ gekennzeichnet) eingebunden, Hinweise, bei denen die Forschungsgruppe, welche die Leitlinie entwickelte, besondere Aspekte der akzeptierten klinischen Praxis hervorheben wollte.

Die Leitlinie von SIGN hat bislang keinen Eingang in deutsche Systeme gefunden; sie wurde zuvor noch nicht ins Deutsche übersetzt, obwohl die Kurzversion (im Anhang der ausführlichen Version von 31 Seiten) prägnant und verständlich für den Praktiker alle relevanten Informationen zusammenfasst. Auch diese Leitlinie enthält im Anhang eine Auflistung von weiteren Anlaufstellen (hier mit Anschrift und Telefonnummer relevanter Institutionen, die sich mit Depressionen allgemein oder konkret mit psychischen Störungen post partum beschäftigen). Wesentlicher Vorteil gegenüber der australischen Leitlinien-Variante von Beyondblue ist der Einbezug der Wochenbettpsychosen. Da gerade auch der Umgang mit den Wochenbettpsychosen für nicht-psychiatrische Berufsgruppen eine große Verunsicherung darstellt – so meine Erfahrung aus bisherigen Hebammenschulungen –, bietet sich m.E. gerade diese Kurzversion für eine Verwendung als Standardleitlinie durch Hebammen, Kinderärzte, Gynäkologen oder andere nicht-psychiatrische Berufsgruppen an. Die englische Version wurde daher ins Deutsche übertragen und ist in Abbildung 3 dargestellt.

Definition

Als „postpartale Depressionen (PPD)“ werden alle nicht-psychotischen Depressionen von milder bis zu moderater Stärke bezeichnet, die innerhalb des ersten Jahres post partum auftreten. Es ist wichtig, eine PPD vom „Baby Blues“ zu unterscheiden, einer kurzen Episode von Trübsal und Weinerlichkeit, die mindestens die Hälfte aller Frauen nach einer Entbindung betrifft, besonders Erstgebärende. Wochenbettpsychosen sind eine affektive Störung, die begleitet wird von Symptomen wie Realitätsverlust, Halluzinationen, schweren Denkstörungen und abnormem Verhalten.

Diagnose, Screening und Prävention

A Es sollten Verfahren verfügbar sein, um sicherzustellen, dass alle Frauen routinemäßig während der Schwangerschaft auf eine Vorgeschichte an Depressionen untersucht werden.

Es gibt keine Evidenz, dass ein Routinescreening in der Schwangerschaft sinnvoll ist, um die Entwicklung einer PPD vorherzusagen.

D Alle Frauen sollten während der Schwangerschaft auf vorherige Wochenbettpsychosen, eine Vorgeschichte anderer Psychopathologie (besonders affektive Psychosen) und eine Familiengeschichte mit affektiven Psychosen gescreent werden.

Bei der Einschätzung der Frauen in der postpartalen Phase ist es wichtig zu berücksichtigen, dass normale emotionale Veränderungen depressive Symptome maskieren können oder dass sie als Depression missinterpretiert werden können.

Primary Care Teams⁹⁶ sollten sich bewusst sein, dass es mit abnehmender Dauer des Klinikaufenthaltes auf einer Wöchnerinnenstation wahrscheinlicher wird, dass Wochenbettpsychosen nach der Entlassung der Mutter nach Hause auftreten.

C Die EPDS sollte den Frauen in der postpartalen Phase angeboten werden als Teil eines Screeningprogramms für PPD.

C Die EPDS ist kein diagnostisches Instrument. Die Diagnose der PPD erfordert eine klinische Evaluation.

Ein Cut-Off bei der EPDS von 10 und höher wird für das Screening der gesamten Population empfohlen.

Die EPDS sollte 6 Wochen und 3 Monate post partum angewendet werden, und sie sollte von geschulten „Health visitors“ oder anderen Gesundheitsfachkräften angewendet werden.

Bei Frauen mit einem hohen Risiko könnte es effektiv sein, postpartale Hausbesuche, eine interpersonelle Therapie und/ oder antenatale Vorbereitung durchzuführen.

Frauen, die als sehr gefährdet für eine Wochenbettpsychose identifiziert wurden, sollten eine besondere psychiatrische Betreuung erhalten⁹⁷.

Management

B PPD und Wochenbettpsychosen sollten behandelt werden.

D PPD sollte behandelt werden wie Depressionen zu einem anderen Zeitpunkt, aber mit den zusätzlichen Erwägungen hinsichtlich des Gebrauchs von Antidepressiva beim Stillen und in der Schwangerschaft.

Johanniskraut und andere alternative Medizin sollte nicht während der Schwangerschaft und Stillzeit angewendet werden, bis weitere Belege für ihre Sicherheit in diesen Situationen verfügbar sind.

Die Anwendung von Hormontherapien in der Routine-Behandlung von Patientinnen mit PPD ist nicht angezeigt.

⁹⁶ Im englischsprachigen Raum wird hierunter ein Team von Hausarzt, Krankenschwester(n), Health Visitor und z.T. auch Hebammen gefasst, die für die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung zuständig sind. Im deutschsprachigen Raum entspricht dies am ehesten der Nachsorge durch Hebammen und Gynäkologen.

⁹⁷ In der ausführlichen Variante wird ergänzt, dass diese psychiatrische Betreuung schon in der Schwangerschaft erfolgen sollte, falls eine Gefährdung evaluierbar ist.

B	Psychosoziale Interventionen sollten ins Auge gefasst werden, wenn über die Behandlungsoptionen für eine Mutter mit PPD entschieden wird.
C	Die Auswirkungen einer PPD der Mutter auf andere Familienmitglieder und ihre nachfolgenden Bedürfnisse sollten berücksichtigt werden und ihnen eine Behandlung angeboten werden soweit erforderlich.
C	Interventionen, die gleichzeitig mit mehr als einem Familienmitglied arbeiten sollten berücksichtigt werden, wenn die verfügbaren Behandlungsoptionen beurteilt werden.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die ausgewählten psychosozialen Behandlungsoptionen sollten sowohl die klinische Einschätzung widerspiegeln als auch die Präferenzen der Mutter und ihrer Familie wenn möglich.
D	Wochenbettpsychosen sollten auf die gleiche Weise behandelt werden wie Psychosen, die zu einem anderen Zeitpunkt auftreten, jedoch mit den zusätzlichen Erwägungen hinsichtlich der Verwendung von Medikamenten beim Stillen und in der Schwangerschaft.
Mutter-Kind-Behandlungseinheiten	
D	Die Option, Mutter und Baby zusammen in eine spezialisierte Abteilung einzuweisen, sollte verfügbar sein. Mütter und Babys sollten nicht routinemäßig in allgemeinspsychiatrische Abteilungen eingeliefert werden.
<input checked="" type="checkbox"/>	Eine multiprofessionelle Einschätzung, einschließlich Sozialarbeit, und unter Einbezug der Familienmitglieder, sollte stattfinden, um die Entscheidung zu besprechen, die Mutter und das Baby in eine spezialisierte Abteilung einzuweisen – entweder vor oder kurz nach der Einweisung.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Verantwortung der Klinik für das Baby, während die Mutter stationär aufgenommen ist, muss klar bestimmt sein.
Verordnung von Medikamenten	
Die folgenden allgemeinen Prinzipien hinsichtlich der Verschreibung neuer Medikamente oder der Fortsetzung einer etablierten Therapie während der Schwangerschaft und Stillzeit finden auf alle Empfehlungen in diesem Leitfaden Anwendung:	
<ul style="list-style-type: none">• <i>Ermittlung einer klaren Indikation für die medikamentöse Behandlung (z.B. das Vorliegen einer signifikanten Krankheit bei Nicht-Vorhandensein akzeptabler oder effektiver Alternativen).</i>• <i>Behandlung mit der niedrigsten effektiven Dosierung bei kürzestmöglicher Dauer</i>• <i>Bevorzugung von Medikamenten mit besserer Evidenzbasis (i.A. etabliertere Medikamente)</i>• <i>Abschätzung der Nutzen-Risiko-Rate von Krankheit und Behandlung für beide – Mutter und Baby/ Fetus.</i>	
B	Das Risiko einer Einstellung der Behandlung mit trizyklischen oder SSRI-Antidepressiva sollte sorgfältig eingeschätzt werden unter Bezug auf die psychische Verfassung der Mutter und Vorgeschichte. Es gibt keine Indikation, die Behandlung mit trizyklischen oder SSRI-Antidepressiva routinemäßig in der frühen Schwangerschaft einzustellen.

C	Es gibt keine klinische Indikation für Frauen, die mit den TZAs Paroxetin, Sertralin oder Fluoxetin behandelt werden (anders als bei Doxepin), das Stillen einzustellen, vorausgesetzt das Kind ist gesund und seine Entwicklung wird überwacht.
----------	---

Abbildung 3: Leitlinie „Postpartale Depression und Wochenbettpsychosen“ (SIGN 2002, deutsche Übersetzung durch die Verfasserin)

In der ausführlichen Variante wird auch empfohlen, dass alle Schwangeren und ihre Partner Vorabinformationen über postpartale Depressionen und Wochenbettpsychosen erhalten sollten und dass schon in der Schwangerschaft systematisch und routinemäßig psychosoziale und biologische Risiken in die Anamnese o.ä. mit aufgenommen werden sollten.

6.3.3 Die IMPaCT-Studie aus Großbritannien

Bei der IMPaCT-Studie (Implementing Midwifery-led Postnatal Care Trial⁹⁸) aus Großbritannien handelt es sich um eine randomisierte, kontrollierte Studie, in deren Rahmen eine in Großbritannien neue Form der hebammengeleiteten Wochenbettbetreuung mit 80 teilnehmenden Hebammen getestet wurde. Hauptziel der Studie war es, die physische und psychische Gesundheit von Frauen nach der Geburt durch systematische Identifizierung und Behandlung postpartaler Probleme zu verbessern. Die Studie bezog sich sowohl auf physische Probleme, das Thema Stillen als auch auf den Bereich des Umgangs mit psychischen Störungen. Zu jedem Thema wurde dabei ein Leitfaden entwickelt, der einen Grundstock an Fachwissen voraussetzt, aber auch von fachfremden Personen oder den Müttern selbst genutzt werden kann.

„Die Leitfäden sollten eine effektive Betreuung auf der Basis der besten derzeit verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse unterstützen und waren Teil eines neuen Betreuungsprogramms, das von den außerhalb der Klinik arbeitenden Hebammen im Rahmen der Studie umgesetzt wurde. Auf diese Weise wurden die Leitfäden in großem Rahmen überprüft und getestet. (...) Auch wenn sie für einen britischen Kontext entwickelt wurden, sind sie gleichermaßen in der außerklinischen Wochenbettbetreuung in anderen Industrieländern anwendbar“ (Bick et al. 2001, S. 15).

Aus diesem Grund wurden die Leitfäden auch in einer deutschen Fassung veröffentlicht (Bick et al. 2001). Ihre Entwicklung erfolgte nach einer umfassenden

⁹⁸ Die Implementierung hebammengeleiteter Wochenbettbetreuung und -pflege.

Literaturrecherche und Literatúrauswahl unter Evidenzkriterien; anschließend wurden sie von Hebammen und ÄrztInnen auf ihre Anwendbarkeit hin geprüft, überarbeitet und an Experten des jeweiligen Themas zur erneuten Prüfung übergeben. Nach einer zweiten Überarbeitung und Prüfung von (anderen) Hebammen auf Anwendbarkeit erfolgte ihr Einsatz im Rahmen der Studie. Die Umsetzung der Studienergebnisse und entsprechende weitere Modifikationen sind in der nunmehr vorliegenden Variante enthalten.

Jeder Leitfaden – so auch der Leitfaden „Depression und andere psychische Störungen“ – besteht aus drei Teilen. Im ersten Teil wird eine vollständige Übersicht über die verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse zu dem jeweiligen Problem oder Symptom dargestellt. Der zweite, wesentlich kürzere Teil ist an der Umsetzung in die Praxis orientiert und fasst die wissenschaftlichen Erkenntnisse in Form von Empfehlungen für eine bestmögliche Betreuung zusammen, ggfs. einschließlich der Überweiskriterien an eine Spezialistin oder einen Spezialisten. Der dritte Teil beinhaltet eine Kurzzusammenfassung des zweiten Teils. Die Autoren empfehlen, dass alle drei Teile einmal vollständig von den Hebammen gelesen werden sollten, um sich auf diese Weise mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen, auf denen die Empfehlungen des zweiten und dritten Teils beruhen, vertraut zu machen.

Auf dieser grundsätzlichen Strukturierung basiert auch der Leitfaden „Depression und andere psychische Störungen“. Schwerpunktmäßig findet die PPD Berücksichtigung, weil es sich hierbei um die häufigste psychische Störung post partum handelt. Aufgeführt wird hierbei

- die Definition (einschließlich einer kurzen Beschreibung möglicher Symptome),
- Häufigkeit des Auftretens (neben Prävalenz auch Beginn und Dauer sowie eine kurze Diskussion zur Spezifität),
- Risikofaktoren,
- weitere Einflüsse (v.a. die Auswirkungen auf das Kind),
- Behandlung,
- Screening auf postpartale Depression mit Hilfe der EPDS.

Auch der Baby-Blues und die Wochenbettpsychosen werden kurz mit wenigen, aber relevanten Charakteristika beschrieben. Die Nachbesprechung der Geburt, um psychologischen Störungen im Wochenbett vorzubeugen, bildet ein eigen-

ständiges Unterkapitel und wird kritisch diskutiert. Angst- und Panikstörungen oder die PTSD post partum bleiben unberücksichtigt.

Die Beschreibung der wissenschaftlichen Erkenntnisse weist jedoch Mängel auf. So fehlen bei der Beschreibung möglicher Symptome wesentliche Symptome wie potenzielle Suizidalität; bei der Prävalenz sind lediglich 3 Studien aus den beginnenden 80-er Jahren angeführt, nicht jedoch die Meta-Analyse von O'Hara/Swain (1996). Die Beschreibung der Risikofaktoren lässt ebenfalls wesentliche Aspekte vermissen, wie Depressionen oder Angst in der Schwangerschaft, Persönlichkeitsfaktoren oder Life-Events. Auch die Erkenntnisse aus den vorliegenden Meta-Analysen hinsichtlich Risikofaktoren finden keine Berücksichtigung. Bei den „weiteren Einflüssen“ finden sich Widersprüchlichkeiten in der Darstellung, bei denen unklar bleibt, ob es sich eventuell um Übersetzungsfehler handeln könnte. So wird ein EPDS-Score ≥ 13 mit „gutem psychischem Wohlbefinden“ definiert.

Sehr praxisbezogen und für den Einsatz durch Hebammen auch auf ein Schulungsmodell gut zu übertragen sind hingegen die Empfehlungen für das praktische Vorgehen. Die Hauptaufgabe der Hebamme sehen die Autoren dabei im *Erkennen* der Anzeichen einer postpartalen Depression.

Der dritte Teil des Leitfadens, die Kurzfassung der Empfehlungen ist in Abbildung 4 dargestellt.

Erster Wochenbettbesuch

- Fragen Sie nach dem Befinden der Frau: Ist sie ängstlich, enttäuscht über das Kind oder ihre neue Situation als Mutter, kann sie schlafen?
- Fragen Sie nach Unterstützung durch den Partner, Familie, Freunde.
- Achten Sie besonders auf:
 - eine psychiatrische Erkrankung in der Anamnese
 - eine problematische Beziehung zum Partner oder ein fehlendes soziales Netzwerk
 - einen Babyblues, der nicht vorbei geht.

Umgehende Überweisung an den Arzt bei:

- Anzeichen einer Wochenbettpsychose
- Verdacht auf das Risiko eines Suizids oder einer Kindstötung.

Praktisches Vorgehen

Frauen mit Anzeichen einer postpartalen Depression

- Bei Verdacht auf eine postpartale Depression besprechen Sie dies mit der Frau und informieren Sie einen Arzt.
- Ermutigen Sie die Frau, Unterstützung durch den Partner (und/ oder enge Verwandte oder Freunde) in der Versorgung des Kindes anzunehmen.
- Stellen Sie sicher, dass die Frau weiß, wie sie Sie oder eine andere Fachkraft jederzeit kontaktieren kann.
- Stellen Sie Informationsmaterial und Informationen über Selbsthilfegruppen zur Verfügung.

▪ Bei Verdacht auf andere psychiatrische Störungen, wie schwere Angststörungen oder Stressreaktionen, sollten Sie die Frau an einen Arzt überweisen.

Im Folgenden finden sich die wichtigsten Symptome des Babyblues, der postpartalen Depression und der Wochenbettpsychose sowie die Handlungsanleitung für die Hebamme.

	Babyblues	Postpartale Depression	Wochenbettpsychose
Häufigkeit	50 bis 80%	10 bis 15%	1:500
Symptome	Weinerlichkeit, Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen, manchmal Kopfschmerzen	Lethargie, Weinerlichkeit, Überempfindlichkeit, Hoffnungslosigkeit, Schuldgefühle, irrationale Ängste, gestörte Schlafmuster	Wahnvorstellungen, Verwirrtheit, Agitiertheit, Angst, Schlaflosigkeit, schwere Depression. Selten Suizid/ Kindstötung
Beginn	wenige Tage nach der Geburt, typischerweise zwischen dem 3. und 10. Tag	vorwiegend innerhalb der ersten 2 Monate nach der Geburt	vorwiegend innerhalb der ersten 4 Wochen nach der Geburt
Dauer	ein bis wenige Tage	meist etwa 3 Monate oder, insbesondere bei Behandlung, weniger, kann jedoch persistieren	unterschiedlich
Vorgehen	vorübergehende Störung, Unterstützung und Beruhigung der Frau, ansonsten keine weiteren speziellen Maßnahmen erforderlich, es sei denn, der Zustand geht nicht vorbei.	Bei Verdacht auf postpartale Depression (durch EPDS oder Konsultation) überweisen Sie an einen Arzt und kooperieren Sie mit weiteren Fachkräften.	Veranlassen Sie umgehend einen Hausbesuch durch den Arzt. Lassen Sie die Frau nicht allein. Erklären Sie der Familie die Situation.

Einsatz der EPDS (Kurzzusammenfassung)

- Verwendung als Screening auf postpartale Depression bei allen Wöchnerinnen (nach vorheriger Absprache mit allen eventuell involvierten Betreuungspersonen)
- Überweisen Sie bei Verdacht auf gestörtes psychisches Wohlbefinden, unabhängig vom EPDS-Score an einen Arzt.

Score von 8 oder niedriger

- Informieren und beruhigen Sie die Frau
- keine weiteren Maßnahmen erforderlich, wenn es keine Anzeichen einer psychiatrischen Störung gibt.

Score von 9 bis 11

- Fragen Sie nach möglichen Sorgen oder Bedenken der Frau.
- Bieten Sie den Kontakt zu einer geschulten Fachkraft für Beratungsgespräche an.
- Überweisen Sie an einen Arzt, wenn Sie Bedenken hinsichtlich einer postpartalen Depression haben.

Score von 12 und mehr

- Fragen Sie nach möglichen Sorgen oder Bedenken der Frau.
- Versuchen Sie, negative Gefühle zu zerstreuen.

- Beraten Sie die Frau hinsichtlich Selbsthilfegruppen.
- Stellen Sie Literatur zur Verfügung.
- Bieten Sie den Kontakt zu einer geschulten Fachkraft für Beratungsgespräche an.
- Überweisen Sie an einen Arzt.

Abbildung 4: Praktisches Vorgehen – Kurzzusammenfassung der Empfehlungen des Leitfadens der IMPaCT-Studie nach Bick et al. (2001)

Ergänzend wird in der ausführlichen Version bei Frauen mit Anzeichen einer Wochenbettpsychose empfohlen, umgehend einen Hausbesuch durch eine Ärztin oder einen Arzt zu veranlassen, die Frau nicht allein zu lassen und der Frau und ihrem Partner die Situation zu erklären.

Außerdem wird angeraten, vor Einsetzen der EPDS auf breiter Ebene die Verfügbarkeit und den Zugang zu entsprechender psychiatrischer Versorgung abzuklären, sollte diese erforderlich werden. Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass diejenigen, die die EPDS einsetzen, in ihrer Anwendung in geeigneter Form geschult sein sollten und der klinischen Einschätzung und dem gesunden Menschenverstand stets einen höheren Stellenwert einzuräumen als dem durch die EPDS ermittelten Score.

6.3.4 Die Schulungsmappe der englischen Marcé-Gesellschaft

Die Marcé-Gesellschaft hat eine Schulungsmappe für das autodidaktische Studium von Hebammen, Health Visitors, Hausärzten und anderen Fachleuten in der Primärversorgung (potentiell) betroffener Frauen herausgegeben (Elliott/ Henshaw 2002). Dabei heben sie die besondere Rolle der Hebammen hervor, und betonen, dass diesen von den Frauen große Erwartungen und Hoffnungen hinsichtlich des Umgangs mit den Störungen entgegengebracht werden. Gleichzeitig wird im Vorwort betont, dass nur wenige Mütter einer psychiatrischen Versorgung bedürfen und dass sich daher die Primärbehandler (z.B. Hebammen, Hausärzte) den Umgang mit den (leichteren) Störungen zutrauen sollten. Hierzu soll die Schulungsmappe befähigen.

Inhaltlich werden die Themen „Emotionen und Stimmungen“, „Psychiatrische Erkrankungen und psychische Störungen“, „Fähigkeiten und Verhalten“ sowie „Praktische Anwendung“ behandelt; jedes dieser vier Kapitel wird mit ca. 2 Stunden Zeitbedarf veranschlagt. Literaturhinweise zum weiterführenden Studium und Adressen und Anlaufstellen runden die Schulungsmappe ab. Auch Ideen für die

Durchführung angeleiteter Gruppen (Tutorien) werden präsentiert, bei denen das Selbststudium mit Workshops zum Thema gekoppelt wird. Jedes Kapitel enthält konkrete Übungen und Arbeitsanweisungen für den Leser, mittels derer die Inhalte vertieft und praktisch erprobt werden können.

Ziel des ersten Kapitels „Emotionen und Stimmungen“ ist es, die emotionalen Auswirkungen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett auf Frauen verstehen zu lernen und Frauen identifizieren zu können, die besondere Bedürfnisse haben (z.B. jugendliche Mütter, Alleinstehende, Frauen mit eigenen Behinderungen, Frauen, die schon ein Kind verloren haben, ethnische Minderheiten u.v.m.). Hierdurch wird eine adäquatere Unterstützung der Mütter möglich. Des Weiteren ist es wichtig, „normale“ Anpassungsprobleme von Krankheitssymptomen zu unterscheiden. Nicht zuletzt soll dazu befähigt werden, die eigenen Gefühle von denen der Frau trennen zu können. Die Autoren heben hervor, dass die emotionalen Bedürfnisse und Befindlichkeiten der Frau in der Übergangsphase zur Elternschaft genauso wichtig sind wie ihre physischen. Die praktische Vertiefung erfolgt u.a. über die Durchführung von Interviews mit Müttern und Vätern hinsichtlich ihrer Gefühle und Erwartungen beim Übergang zur Elternschaft.

Das zweite Kapitel „Psychiatrische Erkrankungen und psychische Störungen“ soll dazu verhelfen, den Baby-Blues zu erkennen und den Frauen zu helfen damit umzugehen. Die Anwendung der „Kennerley & Gath Blues Skala“ soll im beruflichen oder privaten Umfeld ausprobiert werden. Des Weiteren sollen die Fachleute im Anschluss an das Studium dieses Kapitels prä- und postpartale Depressionen sowie Wochenbettpsychosen beschreiben, identifizieren und differenzieren sowie den Schweregrad von Depressionen einstufen können. Risikofaktoren sollen identifiziert, Behandlungsmöglichkeiten benannt und die EPDS angewandt werden können. Die Leser sollen zur Intensivierung des Lernerfolgs aus ihrem Berufsalltag eine Mutter auswählen und an ihr die EPDS erproben. Zusätzlich werden sie dazu angehalten, sich Gedanken über etwaige Hilfemöglichkeiten im Umfeld zu machen, bevor sie die EPDS anwenden. Des Weiteren sollen sie mehrere Mütter finden, deren Kinder mindestens 3 Monate alt sind, und mit diesen Müttern über die Bindung zum Baby sprechen. Fallbeispiele, anhand derer Symptomatik einer Störung, Störungsform und Prädiktoren benannt werden sollen, ergänzen die praktische Beschäftigung mit der Thematik.

Ziel des dritten Kapitels „Fähigkeiten und Verhalten“ ist es, ein Verständnis für die Grundlagen non-direktiver Beratung zu entwickeln und eigene Hemmnisse in der Kommunikation zu identifizieren. Die praktische Umsetzung erfolgt, indem die

Leser dazu angehalten werden, mit einem Kollegen, Supervisor oder Freund zu überlegen, welche Aspekte der nonverbalen Kommunikation sie verbessern könnten und die non-direktive Beratung praktisch zu erproben.

Das vierte Kapitel „Praktische Anwendung“ zeigt Wege auf, mittels derer psychische Störungen post partum verhindert werden können sowie Interventionen, mit denen Frauen bei der Bewältigung der Störungen geholfen werden kann. Der Leser soll die eigene Rolle im Vergleich zu anderen Berufsgruppen bestimmen und wissen, wann eine Frau weitervermittelt werden muss. Zum Abschluss wird er dazu angehalten, einen Zukunftsplan für das Weiterstudium zu entwerfen. Im Rahmen der praktischen Übungen werden die Leser aufgefordert, sich über die regionalen Gegebenheiten und Anlaufstellen selbst zu informieren und mit je einer Mutter über ihr Geburtserleben zu sprechen sowie darüber, wie die Versorgung verbessert werden könnte. Es werden Fallbeispiele mit Aufgaben für den Leser gegeben (z.B. wie er/ sie die Situation einschätzen würde, welche Versorgung er/ sie empfehlen würde) und ausführliche Lösungsbegründungen.

Innerhalb der tutorialen Gruppenarbeit ergänzen Diskussionen, Videos, Rollenspiele und Fallstudien die Beschäftigung mit der Thematik.

6.3.5 Übertragbarkeit der Leitlinien und Schulungsmodelle auf die Verwendung durch (deutsche) Hebammen

Die beiden dargestellten Leitfäden von Beyondblue und SIGN bieten auch nicht-psychiatrischen Berufsgruppen eine leicht verständliche Handreichung zum Umgang mit psychischen Störungen post partum. Wie schon erwähnt, ist dem Leitfaden von SIGN dabei aufgrund der Mitberücksichtigung der Wochenbettpsychosen der Vorzug zu geben. Geeignet scheinen derartige Leitfäden dabei vorrangig zur raschen Orientierung bei vorhandenen Vorkenntnissen. Sie ersetzen jedoch nicht ein fundiertes Basiswissen, welches in der Ausbildung, autodidaktisch oder in Form von berufsbegleitenden Schulungen erworben wurde.

Der Leitfaden der IMPaCT-Studie ist eine gute Ergänzung hinsichtlich der konkreten Handlungsanweisungen für Hebammen, als alleiniger Leitfaden inhaltlich jedoch nicht ausreichend.

Die Schulungsmappe der Marcé-Gesellschaft ist hingegen sowohl hinsichtlich der Beschreibung der Störungsbilder, der Einflechtung zahlreicher Fallbeispiele und Bearbeitungsaufgaben für das Selbststudium gut geeignet. Im Umgang mit be-

troffenen Frauen liegt der Schwerpunkt auf dem Erwerb von non-direktiven Beratungskompetenzen; für den beruflichen Alltag fehlen hier wiederum konkrete Handlungsanweisungen, wann und an wen eine betroffene Frau weitervermittelt werden muss/ sollte oder wie mit speziellen Problemen umzugehen ist, z.B. Verhalten bei Suizidgedanken oder gegenüber Wahnkranken. Aus diesem Grund kann auch diese Schulungsmappe nicht uneingeschränkt empfohlen werden. Für den Arbeitskontext der Hebammen darf ein Schulungskonzept den Umgang mit Akutsituationen nicht vernachlässigen, gerade weil die Ausbildung hierfür nur spärlich und der Handlungsdruck massiv ist.

Keine der vorgestellten Leitlinien oder Schulungsmodelle erscheint für eine Verwendung durch Hebammen ideal, so dass bei der Entwicklung des folgenden Schulungskonzeptes eine Extraktion der jeweils empfehlenswerten Inhalte erfolgte. So erscheint die alleinige Verbreitung eines Leitfadens für deutsche Hebammen nicht ratsam, da die Grundkenntnisse zur Thematik nicht zwangsläufig vorausgesetzt werden können. Psychische Störungen post partum sind nach wie vor kein Pflichtbestandteil der Hebammenausbildung; ihre Vermittlung hängt vom Engagement und Problembewusstsein des Lehrpersonals an Hebammenschulen ab. Die Leitfäden können eine Ergänzung zu anderen Schulungsformen sein, am praktikabelsten erscheint ihre Verwendung *nach* einer anderweitigen Schulung zur Thematik, in der neben einem Grundwissen um die Störungsbilder, ihre Risikofaktoren und Behandlung auch Handlungsanweisungen für Hebammen (z.B. aus der IMPaCT-Studie oder aus dem Hebammenratgeber von Gier 2001) sowie der Aufbau non-direktiver Beratungskompetenzen Berücksichtigung finden.

6.4 Aufbau und Ziele einer Hebammenfortbildung über psychische Störungen post partum

Wie aus den obigen Ausführungen insgesamt hervorgeht, ist derzeit die Früherkennung psychischer Störungen post partum das vorrangige Ziel, um Chronifizierungen und Verschlimmerungen zu vermeiden sowie die Auswirkungen auf das Kind und das gesamte Familiensystem zu reduzieren. Hierzu sind die Hebammen aufgrund der Kontinuität der Betreuung und des aufgebauten Vertrauensverhältnisses zu den Frauen in einer idealen Position. Viele Untersuchungen zeigten zudem, dass Frauen insgesamt eine bessere Wahrnehmung der Störungen aufweisen (Wiley et al. 2004 belegten dies z.B. in Bezug auf Kinderärztin-

nen, Ballestrem et al. 2002; 2005 konnten eine bessere Behandlungsmotivierung durch Frauen feststellen). Doch eine Ausbildung der Hebammen im Erkennen von Anzeichen oder dem Ausbruch einer postpartalen Depression erfolgt bislang nur selten.

„Daher wäre es besonders wichtig, die Hebammen ausführlich zu schulen, aber auch eine kontinuierliche Betreuung der Frauen während der Schwangerschaft durch Hebammen zu fördern. Erkundigt man sich bei Hebammen, die vor allem im extramuralen Bereich tätig sind, nach Erfahrungen mit der PPD, so erfährt man, dass den Hebammen die Symptome und der Krankheitsverlauf von PPP sehr wohl bekannt sind. Ebenso verfügen sie über Erfahrung mit einigen (wenigen) Fällen in der freien Praxis“ (Großbichler 2001, S. 79).

Zahlreiche Untersuchungen stellten fest, dass die beteiligten Fachleute nur einen geringen Teil depressiver Störungen post partum aufdecken. Kontrollierte Untersuchungen hinsichtlich der Detektionsgenauigkeit von Hebammen existieren zwar nicht, jedoch wurden – wie unter 6.2 beschrieben - Kinderärzte und Health Visitors hinsichtlich der Aufdeckungsrate postpartaler Depressionen untersucht. Übereinstimmend wurde dabei ein Schulungsbedarf der Fachleute festgestellt. Wie schon unter 6.2.1.2 hinsichtlich der Kenntnisse von Kinderärzten festgestellt, beeinflusst der Kenntnisstand auch das Screeningverhalten der Fachleute, wenn sich diese sicherer im Umgang mit den Störungen fühlen. Bei Wiley et al. (2004) führten die geschulten Pädiater signifikant häufiger ein Screening durch als die ungeschulten. Pichon (2000, zit. nach Rivières-Pigeon et al. 2004) stellten in einer Studie unter Hebammen fest, dass ein verbessertes Training die Erkennungsrate erhöhen konnte. Da die Schulung durch Kongresse und Fortbildungen die Screening- und Erkennungsrate erhöht, sollte hier ein deutlicher Schwerpunkt gesetzt werden (Wiley et al. 2004).

Immer wieder gibt es erschütternde Berichte von Betroffenen, wie wenig außenstehende Professionelle von dieser Störung wissen/ wussten. Sowohl Robertson/ Lyons (2003) als auch McIntosh (1993) und Mauthner (1997) stellten eine große Unzufriedenheit betroffener Frauen mit der professionellen Betreuung fest. Holopainen (2002) ermittelte, dass betroffene Frauen nicht wussten, wo sie Hilfe suchen sollen, und dass sie unzufrieden mit ihren Hausärzten waren, die zu wenig Zeit für Beratung hatten, lieber Medikamente verschrieben und ihnen Gefühle der Unzulänglichkeit vermittelten. In der Studie von Meighan et al. (1999) berichteten 50% der Männer, dass die Professionellen (Gynäkologen, Hebammen, Krankenschwestern) die Probleme herabspielten und sich abwendeten, ein Verhalten, welches auch von Mauthner (1997) beobachtet werden konnte.

Die in der Praxis tätigen Fachkräfte - wie Hebammen, Gynäkologen, Allgemeinmediziner oder Psychotherapeuten -, die mit (potenziell) betroffenen Frauen in Berührung kommen, müssen für die Vielfalt möglicher Erscheinungsformen sensibilisiert sein, sonst bleibt es bei einem allzu häufigen Übersehen psychischer Störungen post partum aus mangelndem Wissen und Unsicherheit. Auch „nur“ ein Screening und die Initiierung weiterführender Behandlungsmaßnahmen setzt nach SIGN (2002) ein adäquates Verstehen der Störungen voraus.

Hebammen benötigen deshalb Kenntnisse über die verschiedenen Erscheinungsformen der Störungen, ihre Symptome, Risikofaktoren sowie den Verlauf, weil sie erst dadurch in der Lage sind, die Störungen frühzeitig zu erkennen, bevor der Zustand chronisch wird oder sich verschlimmert. Bedeutsam ist auch das Wissen der Abgrenzung voneinander, so z.B. wann der Baby-Blues aufhört und wann eine Depression beginnt, damit Verharmlosungen aufhören.

Die Hebamme kann Informationen über die Störungsbilder weitergeben, der Frau vermitteln, dass sie nicht alleine von diesen Problemen betroffen ist, und sie zur Inanspruchnahme weiterer Hilfen motivieren. Dies ist umso wichtiger, je schwerer das Störungsbild ist. Die Hebamme kann der betroffenen Frau und ihrer Familie zudem Informationen darüber geben, welche medizinischen, therapeutischen und sonstigen Hilfemöglichkeiten im Umfeld wahrgenommen werden können; ggfs. kann sie (möglichst nur mit dem Einverständnis der Frau) solche Maßnahmen auch selbst einleiten, wenn eine akute Gefährdung der Frau besteht und diese nicht mehr in der Lage ist, eigene Initiative zu ergreifen. Hierzu benötigt die Hebamme ein fundiertes Wissen über derzeitige Behandlungsmöglichkeiten sowie ein Wissen über sonstige Maßnahmen, die ergriffen werden können (z.B. Antrag auf Haushaltshilfen, Mitaufnahme des Kindes im Falle einer stationären Einweisung etc.).

Auch ein Wissen über Gesprächstechniken und Umgangsweisen mit betroffenen Frauen ist vonnöten. Durch die Art des Zuhörens und einfaches „Dasein“ kann die Hebamme das Gesprächsklima so beeinflussen, dass die depressive Frau in ihr jemanden findet, der sie sich anvertrauen kann. Die betroffene Frau hat dadurch die Gelegenheit, sich selbst klarer zu werden über negative Gefühle und Empfindungen, die sie beschäftigen, und die unbewältigten Probleme im Gespräch mit einem anderen Menschen zu strukturieren. Im Rahmen der Fortbildungen wird deshalb vermittelt (und praktisch erprobt), wie eine akzeptierende und wohlwollende Gesprächsatmosphäre geschaffen werden kann, die es den

(depressiven) Müttern erleichtert, ihre Probleme anzusprechen, ohne sich verurteilt und abgestempelt zu fühlen.

Frauen, die nach Überwindung ihrer Erkrankung befragt wurden, welche Hilfen sie als am wichtigsten betrachteten, gaben immer wieder an, dass es ihnen am meisten geholfen habe, mit jemandem reden zu können (Lumley et al. 2003; Small et al. 1994). Dies muss kein ausgebildeter Therapeut, sondern kann auch z.B. die Hebamme sein. In vielen Untersuchungen hat die non-direktive Beratung durch Health Visitors und Krankenschwestern bei leichten und mittleren Depressionen schon als alleinige Behandlung ausgereicht (Appleby et al. 2003; Holden et al. 1989; Gerrard et al. 1993, Davies et al. 2003), so dass eine Weitervermittlung nicht vonnöten war.

In unserem System sind die Hebammen in der Position, diese non-direktive Beratung leichter betroffener Mütter durchzuführen – sofern sie es sich selber zutrauen und dafür geschult sind (Davies et al. 2003 und Holden 1996 weisen auf diese Einschränkung des Sich-Zutrauens hin). Holden merkt darüber hinaus kritisch an, dass auch die Hebammen ihrerseits Ansprechpartner brauchen, an die sie sich mit allen Fragen wenden können, ein Faktor, der in unserem System, in dem die Hebammen nicht in ein interdisziplinäres Versorgungsnetz eingebunden sind, nur selten zu gewährleisten ist.⁹⁹

Ziel der Fortbildungen ist damit ein Erkenntniszuwachs, der die Früherkennung der Störungen post partum ermöglicht (erhöhte Wahrnehmungskompetenz) sowie Veränderungen im Verhalten der Fachleute gegenüber den Betroffenen (erhöhte Handlungskompetenz). Natürlich führt das (frühe) Erkennen vorhandener Störungen auch zu einer deutlichen Entlastung der betroffenen Frauen.

6.4.1 Lernziele und Inhalte der einzelnen Module

Die Fortbildung der Hebammen (und ggfs. angrenzender Berufsgruppen wie z.B. Stillberaterinnen) ist in 2 Hauptkategorien unterteilt, die sich nicht voneinander trennen lassen: A) Die Vermittlung theoretischer Fachkenntnisse über die Störungsbilder, ihrer Risikofaktoren und ihrer Behandlung; B) die Vermittlung hand-

⁹⁹ In England arbeiten die Hebammen zumeist in enger Kooperation mit Allgemeinmedizinern, Health Visitors und (psychiatrischen) Krankenschwestern, wodurch die Möglichkeiten ihres Austauschs größer sind.

lungsrelevanter Kenntnisse zum Umgang mit betroffenen oder gefährdeten Frauen.

Entwickelt wurde ein Schulungskonzept in vier Modulen, welche je nach verfügbarem Zeitrahmen additiv hinzugenommen werden können. Stellt beispielsweise ein Bildungsträger für die Fortbildung seiner Mitarbeiter nur 2-3 Unterrichtsstunden (z.B. als Vortragsveranstaltung) zur Verfügung, enthält Modul 1 das benötigte Basiswissen, welches im Rahmen eines Vortrages weitervermittelt werden kann, unter Beigabe eines Manuals zur Nachbereitung und Verfestigung der vermittelten Inhalte. Steht stattdessen ein größerer Zeitumfang zur Verfügung, so ermöglicht dies eine Detaillierung der Inhalte und Erweiterung um Modul 2 und 3 sowie bei Ganztags- oder mehrtägigen Veranstaltungen auch Modul 4.

Modul 1: Psychische Störungen post partum - Früherkennung und Management.

Modul 2: Behandlungsmöglichkeiten und –einrichtungen – Vermittlung von Informationen an Betroffene und ihre Weitervermittlung.

Modul 3: Risikofaktoren – Kennen und Erkennen.

Modul 4: Gesprächsführung im Umgang mit (potenziell) Betroffenen – Eine Erweiterung der eigenen Kompetenzen.

Die Aufteilung der Module lässt keinen Schluss über eine Wertigkeit der Inhalte zu; so sollte nichtsdestotrotz jede Hebamme über Gesprächskompetenzen verfügen. Z.T. wurden diese aber schon innerhalb der bisherigen Ausbildung erworben, so dass sich nicht immer die Notwendigkeit ergibt, diese neu zu vermitteln. Eine Auffrischung mit dem Fokus „Gesprächsführung mit depressiven oder psychotischen Frauen“ vermittelt dennoch mehr Sicherheit im Umgang mit den betroffenen Frauen, erleichtert dadurch die Übernahme der Früherkennung als Aufgabe der Hebamme und ist somit empfehlenswert. Oft stellt sich eine „Einsicht“ in die Notwendigkeit jedoch erst im Verlauf der Fortbildung heraus, und es entsteht der Wunsch, sich diese Kompetenzen im Rahmen einer weiteren Fortbildung oder – z.B. bezogen auf die Risikofaktoren – autodidaktisch anzueignen. Durch den Aufbau der Schulung in Module kann gewährleistet werden, dass sich das Schulungskonzept an möglichst viele institutionelle Kontexte anpassen lässt. Um diese Anpassungsfähigkeit zu gewährleisten, wurde zudem bewusst eine Methodik gewählt, in dem Theorievermittlung und Vermittlung handlungsrelevanter Informationen untrennbar miteinander verbunden sind. So wird bei der Darstellung zu jedem Störungsbild auch unmittelbar aufgezeigt, welches Handeln an dieser Stelle von den Hebammen gefordert wird bzw. empfohlen werden kann.

Das vorliegende Schulungskonzept wurde aufgrund der Reflektionen am Abschluß eines jeden Seminars immer wieder weiterentwickelt. Dabei wurden keine schriftlichen Bewertungsbögen der Teilnehmerinnen eingeholt und ausgewertet, sondern mündliche Feedbackrunden und informelle Teilnehmeraussagen in Pausengesprächen, am Ende einer Veranstaltung und zum Teil auch einige Zeit nach Veranstaltungen, wenn Hebammen Frauen als betroffen erkannt und in Therapie vermittelt haben oder sich telefonisch Rat und Unterstützung holten.

Für die Betroffenen ergeben sich die folgenden übergeordneten Ziele der Fortbildung, die die Lernziele der Schulung maßgeblich bestimmen:

- Vorbeugung von Chronifizierung/ Verschlimmerung durch frühzeitiges Erkennen und Einleiten weiterführender Behandlung
- Verhinderung von Entwicklungsstörungen des Kindes und Förderung der Mutter-Kind-Beziehung durch Abkürzung der depressiven Episode der Mutter
- Entlastung der Betroffenen durch Gesprächsangebote und Enttabuisierung

Hieraus ergeben sich unmittelbar die Schulungsziele. In Anlehnung an Meier (2003) wurde dabei eine Lernzielunterteilung in Richtziele, Grobziele und Feinziele der Fortbildung vorgenommen. Dabei kann folgendes Richtziel der Fortbildung benannt werden:

Die Hebammen sind am Ende der Fortbildung in der Lage, psychische Störungen post partum zu erkennen, Betroffene über Behandlungs- und Bewältigungsmöglichkeiten zu beraten und eine weiterführende Behandlung bei Bedarf einzuleiten.

Dies soll und kann über die folgenden Grobziele der Hebammenschulung erreicht werden:

- Erhöhung der Wahrnehmungskompetenz als Basis für die Weitervermittlung betroffener Frauen an (kompetente) Behandlungseinrichtungen
- Zuwachs an Handlungskompetenzen im Umgang mit Betroffenen
- Zuwachs an Beratungs- und Gesprächsführungskompetenzen, um sich betroffenen Frauen als (meist erste) Ansprechpartnerin und Vertrauensperson anbieten zu können
- Erhöhung der eigenen Sicherheit im Umgang mit betroffenen Frauen

Non-direktive Gesprächsführung ist eine Schlüsselkompetenz, um Frauen zu helfen, über ihre Gefühle zu sprechen. Eine weitere Schlüsselkompetenz profes-

sionellen Handelns ist nach Elliott/ Henshaw (2002) aber auch das Kennen der eigenen Grenzen und das Vornehmen angemessener Überweisungen, welches daher einen integralen Bestandteil der Vermittlung von Handlungskompetenzen darstellt. Nicht zuletzt ergibt sich über das Erreichen der o.g. Ziele auch eine Kompetenzaufwertung der Hebammen, sowohl intrinsisch in der Selbstdefinition und Selbstwahrnehmung als auch in der externalen Zuschreibung.

Die Feinziele und Lerninhalte werden im Folgenden den Modulen zugeordnet dargestellt.

Die Gestaltung der Schulung orientiert sich an Seminarmethoden und Präsentationstechniken, die sich in der Erwachsenenbildung als sinnvoll erwiesen haben. Die Erkenntnisse zum didaktischen Handeln in der Erwachsenenbildung sollen hier nicht ausführlich dargestellt werden. Weiterführende Informationen zu didaktischen Theorien und Prinzipien findet man z.B. bei Siebert (2003), Arnold et al. (1999) oder Meier (2003). Herausgestellt sei hier jedoch folgendes:

Tietgens (1997, zit. nach Mandl et al. 2004) beschreibt drei wichtige Prinzipien zur Gestaltung des Lehrens, welche die Fallorientierung, die Aufgabenorientierung sowie die Integration von Medien umfassen. Im Rahmen der Fallorientierung wird ein Vorgehen an konkreten Beispielen empfohlen, durch die ein Transfer auf spätere Situationen gewährleistet wird. Um dies zu erreichen, sind Aktivität und Reflexion auf Seiten der Lernenden notwendig, die durch die Aufgabenorientierung erreicht werden sollen. Dies wird im Seminarablauf durch Einbringen von Beispielen aus der eigenen therapeutischen Tätigkeit mit betroffenen Frauen ebenso wie durch die Analyse und aufgabenorientierte Bearbeitung von Fallbeispielen sowie praktische Erprobung der EPDS-Anwendung in Kleingruppen gewährleistet. Kadelbach (1993) beschreibt darüber hinaus, dass durch Übung (instrumentelles Lernen) und Anwendung langfristige Speicherung, automatisierte Verfügbarkeit und variable Nutzbarkeit in Anwendungssituationen unterstützt werden soll. Mit Hilfe der Integration von Medien soll des Weiteren nach Tietjens (a.a.O.) und Mandl et al. (2004) die Anschaulichkeit und Realitätsnähe verbessert sowie die intrinsische Motivation erhöht und eine weitere Beschäftigung mit dem Lernmaterial angeregt werden. Hierzu werden im Seminarablauf Videosequenzen eingebunden, in denen betroffene Frauen zu Wort kommen, eine Hebamme bei der praktischen Anwendung der EPDS und die Mutter-Kind-Behandlung in einer psychiatrischen Abteilung gezeigt werden.

6.4.1.1 Modul 1: Psychische Störungen post partum - Früherkennung und Management

Im ersten Modul geht es darum, einen Überblick über die Vielfalt der Störungen zu bekommen und zu erfahren, mit welchen Strategien die Hebamme zur Früherkennung beitragen und Unterstützung leisten kann. Insbesondere die Einfachheit der Strategien, die keine weitere Übung erfordern, da sie zum „Beratungs-Repertoire“ der Hebamme gehören, und die Hinweise auf eine inhaltliche Gestaltung von Gesprächen und Begleitung geben, lässt die Hebammen ein Vertrauen darin gewinnen, dass der Umgang mit betroffenen Frauen keine unüberwindbare Hürde ist.

In den ersten Schulungen wurde zunächst die Theorie dargestellt und anschließend der Umgang mit diesen Störungen inklusive der Möglichkeiten der non-direktiven Beratung. Dabei zeigte sich, dass die Hebammen stark verunsichert sind, inwiefern sie sich den Umgang mit betroffenen Frauen zutrauen können und welche Anforderungen hiermit „auch noch“ auf sie zukommen. Die Umstrukturierung in Richtung sofort anwendbarer Handlungsanweisungen zeigte im Ergebnis eine erhöhte Bereitschaft der Hebammen, diese Vorschläge in ihre beratende Arbeit mit den Müttern einzubinden.

Lernziele von Modul 1:

- Internalisierung der Thematik als Zuständigkeitsbereich der Hebamme
- Kenntnis und Unterscheidung möglicher psychischer Störungen post partum
- Häufigkeit, Auftretenszeitpunkt, Verlauf und Prognose der einzelnen Störungsbilder benennen können
- Kompetenz zum Erstellen einer Verdachtsdiagnostik durch Kenntnis von Frühwarnsymptomen und Symptomen der ausgeprägten Störungsbilder aufbauen
- Die EPDS als Screening-Instrument zur Erfassung gefährdeter und betroffener Frauen kennen und einsetzen können
- Erwerb von mehr Sicherheit im Umgang mit betroffenen Frauen durch Kenntnis einfach anzuwendender Handlungsmöglichkeiten als Hebamme im Umgang mit den einzelnen Störungen

Inhalte von Modul 1

- Einführung in die Thematik mittels Fallbeispiel von misslungener Aufdeckung einer PPD (Frau A. aus Sauer 1997)

- Darstellung des (mangelnden) Hilfesuchverhaltens der Betroffenen
- Konsequenzen der mangelnden Aufdeckung für die Betroffenen und ihre Familie, v.a. Auswirkungen auf das Kind
- Darstellung der Bedeutung der Hebamme für die Früherkennung und Motivierung zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfemaßnahmen mit dem Ziel einer Verringerung der Krankheitsfolgen für die ganze Familie
- Verweis auf die Grenzen der Arbeit als Hebamme (keine therapeutische Eigenbehandlung der Frauen)
- Überblick über mögliche psychische Störungen post partum
- Symptomatik und Verlauf des Baby-Blues
- Handlungsmöglichkeiten der Hebamme bei Frauen mit einem Baby-Blues
- Abgrenzung des Baby-Blues von schwereren Störungsbildern
- Frühwarnsymptome und Symptomatik der ausgeprägten Störungsbilder der unterschiedlichen Formen von Wochenbettpsychosen, Epidemiologie der Wochenbettpsychosen
- Handlungsmöglichkeiten der Hebamme bei Frauen mit einer Wochenbettpsychose
- Frühwarnsymptome und Symptomatik einer ausgeprägten PPD, Epidemiologie der PPD
- Handlungsmöglichkeiten der Hebamme, wenn eine Frau gefährdet erscheint/ bereits eine postpartale Depression entwickelt hat
- Vorstellung der EPDS, ihres Einsatzes und ihrer Auswertung als Screeninginstrument zur Erfassung gefährdeter und betroffener Frauen
- Leitfaden zur Beantragung von Haushaltshilfen und Familienpflege
- Umgang mit Suizidalität
- Beurteilung der Notwendigkeit psychiatrischer Behandlung
- Kurzinfo zu Anlaufstellen und Ansprechpartnern
- Kurze Erläuterung des Managementplans von Beyond Blue (den jede Teilnehmerin neben einer Kopiervorlage der EPDS erhält)

Die genannten Inhalte (für die genaue Ausarbeitung der Inhalte in Form von Präsentationsfolien sei auf Kap. 6.4.2 verwiesen) lassen sich in 2 Zeitstunden als Vortrag zur Einführung in die Thematik präsentieren, vorausgesetzt es ist gewährleistet, dass alle Teilnehmerinnen anschließend eine Kopiervorlage der EPDS mit Anleitung zu ihrer Auswertung (Anhang 1) und den Managementplan von Beyond Blue erhalten. Ein schriftliches Manual (auf der Basis der präsentier-

ten Folien) gewährleistet die Nacharbeitung und Verinnerlichung der Lerninhalte und ist damit zur Gewährleistung des Lerntransfers ausdrücklich erwünscht. Dieses kann in gebundener Form auf Kosten des Seminaranbieters oder zum Unkostenbeitrag der Druckkosten angeboten werden (was von der Mehrzahl der Teilnehmerinnen bislang gerne angenommen wurde). Möglich ist auch eine Anforderung per E-Mail als pdf-Datei bei der Verfasserin.

6.4.1.2 Modul 2: Behandlungsmöglichkeiten und -einrichtungen im Umfeld – Vermittlung von Informationen an Betroffene

Hebammen sehen sich immer wieder vor die Situation der Weitervermittlung (potenziell) betroffener Frauen gestellt, sei es zur weiteren Diagnostik bei hohen EPDS-Werten, sei es bei klarem Leidensdruck der Frau direkt in eine stationäre oder ambulante Behandlung. Aus diesem Grund ist es notwendig, dass sie über ein Basiswissen der verfügbaren und sinnvollen Behandlungsoptionen verfügen, um die Frauen entsprechend beraten und geeignete Maßnahmen veranlassen zu können.

Lernziele von Modul 2:

- Kenntnis ambulanter und stationärer Behandlungsmöglichkeiten bei psychischen Störungen post partum
- Beratung betroffener Frauen über die Behandlungsmöglichkeiten
- Aufbau einer Motivation der Frau, weitergehende qualifizierte psychotherapeutische/ psychiatrische Unterstützung in Anspruch zu nehmen

Inhalte von Modul 2:

- Unterscheidung der Behandlungsempfehlungen nach Schweregrad der Erkrankung
- Psychotherapeutische Angebote
- Medikamentöse Behandlung
- Stillen und Medikamente
- Besonderheiten von Mutter-Kind-Abteilungen
- Möglichkeiten der Selbsthilfe
- Übersicht über ambulante und stationäre Behandlungs- und Interventionsmöglichkeiten bei psychischen Störungen post partum

6.4.1.3 Modul 3: Risikofaktoren – Kennen und Erkennen

Die Kenntnis der Risikofaktoren ermöglicht den Hebammen eine Sensibilisierung gegenüber gefährdeten Frauen, was zum einen die Früherkennung beginnender Störungen erleichtern kann, zum anderen die Psychoedukation und/ oder Weitervermittlung von Frauen schon in der Schwangerschaft, bei Vorerkrankungen auch ein präventives Vorgehen erst möglich macht.

Lernziele von Modul 3:

- Kenntnis möglicher Risikofaktoren für postpartale Depressionen und Wochenbettpsychosen
- Wahrnehmung gefährdeter Frauen anhand der Risikofaktoren
- Die mögliche Vorgehensweise bei Wahrnehmung von Risikofaktoren in der Schwangerschaft kennen und anwenden können
- Anwendung der Risikocheckliste von Beck (2002)

Inhalte von Modul 3:

- Risikofaktoren für Wochenbettpsychosen
- Risikofaktoren für postpartale Depressionen/ kategoriale Übersicht
- Vorerkrankungen bei PPD
- Persönlichkeitsfaktoren bei PPD
- Kindheitseinflüsse bei PPD
- Psychosoziale Faktoren bei PPD
- Partnerschaft und soziales Umfeld bei PPD
- Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei PPD
- Kindbezogene Faktoren/ Umgang mit dem Kind bei PPD
- Üben der Wahrnehmung von Risikofaktoren anhand von Fallbeispielen
- Vorstellung der Risikocheckliste von Beck (2002)
- Mögliche Vorgehensweise in der Schwangerschaft

6.4.1.4 Modul 4: Gesprächsführung im Umgang mit (potenziell) Betroffenen – eine Erweiterung der eigenen Kompetenzen

Beratungs- und Gesprächsführungskompetenzen der Hebamme sind unerlässlich, um sich betroffenen Frauen als (meist erste) Ansprechpartnerin und Vertrauensperson anbieten zu können. Hierbei ist ein sensibles Vorgehen unter Anwendung

der Regeln der non-direktiven Gesprächsführung ratsam und notwendig, um bei den Frauen nicht zusätzliche Schuld- und Schamgefühle hervorzurufen und ihnen ein Öffnen nach außen zu ermöglichen. Selbst die gut gemeinte Überweisung an den Facharzt, z.B. wegen fehlender Zuständigkeit oder dem Gefühl, für das Problem inkompetent zu sein, kann von einer depressiven Mutter als Ablehnung und Zurückweisung erlebt werden, wenn dies nicht einfühlsam vermittelt wird. Bei Suizidgedanken kann es u.U. sogar lebensbedrohlich sein, eine Gesprächsbereitschaft der Frau nicht aufzugreifen, da sie sich möglicherweise anderen Personen nicht mehr öffnen wird. Daher ist es sinnvoll, zumindest Grundzüge von non-direktivem Gesprächsverhalten im Umgang mit depressiven Patientinnen zu beherrschen. Die non-direktive Gesprächsführung kann auch als Begleitung während medikamentöser Behandlung und sonstiger Therapien, als alleinige Intervention bei leichten depressiven Störungen und zum Aufbau einer Motivation zur Inanspruchnahme anderweitiger Hilfen eingesetzt werden.

Lernziele von Modul 4:

- Kenntnis förderlicher und hinderlicher Verhaltensweisen in einem Gespräch
- Anwendung non-direktiver Beratungstechniken
- Aufbau einer angenehmen Gesprächsatmosphäre, um sich einer Mutter mit psychischen Problemen als Vertrauensperson und Ansprechpartnerin anzubieten
- Kenntnis der eigenen Grenzen, Unsicherheiten, Ängste und Abgrenzung vor Überschreitung der eigenen Kompetenzen und Möglichkeiten

Inhalte von Modul 4:

- Einführung in die non-direktive Gesprächsführung
- Förderliche und hinderliche Verhaltensweisen in einem Gespräch
- Vermeidbare Fehler
- Fragen zur (weiteren) Evaluierung der Befindlichkeit einer Mutter
- Praktische Erprobung von (non-direktiven) Beratungssituationen in Form kurzer Rollenspiele und Reflektion der eigenen Kompetenzen
- Diskussion und Reflektion von persönlichen Grenzen und Unsicherheiten
- Austausch mit Kolleginnen bezüglich deren Erfahrungen und Umgangsweisen mit der beschriebenen Problematik

6.4.2 Idealtypischer Ablauf eines 2-tägigen Schulungsseminars mit allen Modulen und Hinweise auf Modifizierungsmöglichkeiten

Im Folgenden wird der (idealtypische) Ablauf eines zweitägigen Seminars vorgestellt, welches alle vier Module beinhaltet und damit die intensivste und bestmögliche Schulung der Hebammen darstellt. Hierbei handelt es sich um einen inhaltlichen Vorschlag, der je nach Gruppenstruktur und –wünschen modifizierbar ist/sein muss. Wie schon unter 6.4.1 erwähnt, ist für andere Kontexte und Zeitbudgets eine andere Aufteilung der Inhalte sinnvoll und möglich; entsprechende Hinweise und Vorschläge sind in den Rahmen vermerkt. Die organisatorischen Rahmenbedingungen und thematischen Inhalte sind so dargestellt, dass andere Referenten hier manualartig alle benötigten Informationen finden, um selber Schulungen zum Thema durchführen zu können.

6.4.2.1 Die zeitliche Gestaltung eines 2-tägigen Seminars

Das Seminar umfasst insgesamt 16 Unterrichtsstunden (2 Tage á 8 Unterrichtsstunden, z.B. 10.00-13.15 Uhr und 13.45-17.00 Uhr mit zwei 15-minütigen Zwischenpausen und einer 30-minütigen Mittagspause). Auf einen pünktlichen Beginn, Einhaltung der Pausen und pünktliches Ende ist zu achten, da erfahrungsgemäß gerade die Zielgruppe der Hebammen bei Seminaren, zu denen sie keine Übernachtung vor Ort einplanen müssen, vor und nach dem Seminar noch Wochenbettbesuche oder andere Arbeitstermine eingeplant haben.

Abweichungen von dieser Unterrichtsstundenzahl sind je nach Kontext möglich. Dabei sollten jedoch für eine Einführung in das Thema mittels Modul 1 (z.B. Abendveranstaltung/ Vortrag) drei Unterrichtsstunden möglichst nicht unterschritten werden.

6.4.2.2 Organisatorische Anforderungen an den Veranstaltungsort

Folgende Arbeitsmaterialien werden benötigt:

- Moderatorenkoffer mit klassischem Inhalt
- Flipchart
- Moderationswand oder Whiteboard/ Tafel
- Overheadprojektor, idealer: Laptop und Beamer
- DVD-Player

- Neben dem Schulungsraum Räumlichkeiten zur Arbeit in Kleingruppen.

Bei Abendveranstaltungen/ Vorträgen werden lediglich OHP und DVD-Player oder Beamer und Laptop mit DVD-Abspielmöglichkeit benötigt.

6.4.2.3 Zielgruppe und Teilnehmerzahl

Zielgruppe sind Hebammen und Hebammenschülerinnen. Wenn andere Berufsgruppen angemeldet sind, sollte dies möglichst schon vor Seminarbeginn bekannt sein, da die hierdurch entstehende Heterogenität der Gruppe Probleme aufwerfen kann. Es kann nicht auf denselben Erfahrungskontext zurückgegriffen werden, ebenso wenig sind die vermittelten Strategien zum Umgang mit den betroffenen Frauen ohne Modifizierung auf andere Berufsgruppen zu übertragen. Ideal wäre, auf eine berufsgleiche Teilnehmergruppe zu achten.

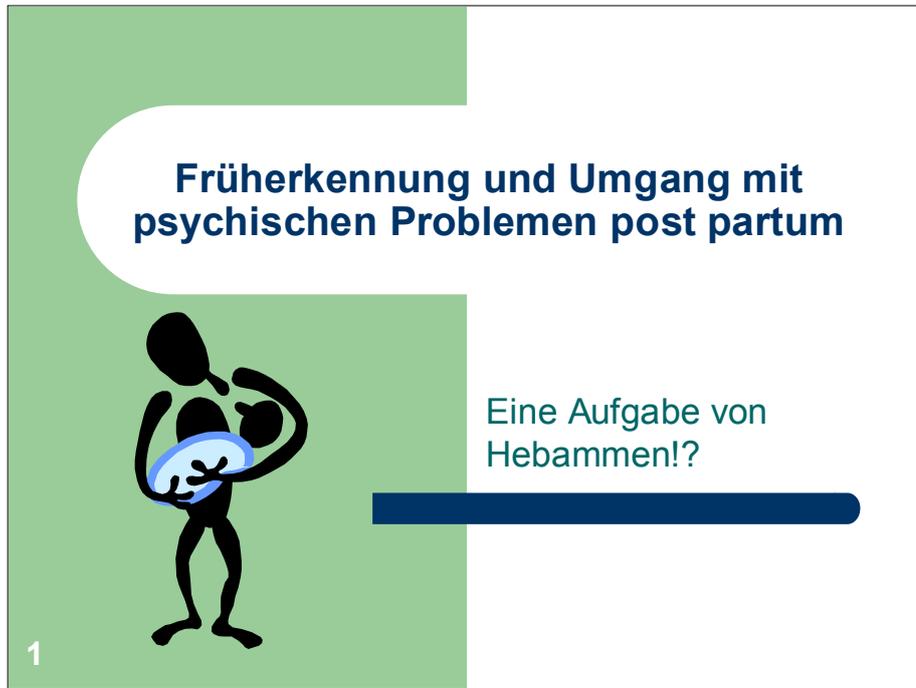
Wird die Veranstaltung von einer anderen Institution geplant, sollte möglichst schon bei der Ausschreibung darauf geachtet werden, dass der derzeitige Beruf der Teilnehmerinnen erfragt wird und der Referent vorher einen Überblick über die Teilnehmerstruktur bekommen kann. Es ist dann Aufgabe des Referenten, immer wieder während der Veranstaltung die Bedürfnisse „berufsfremder“ Teilnehmerinnen zu erfragen und einzubeziehen sowie zu versuchen, die vermittelten Handlungsstrategien auf deren Arbeitskontext zu übertragen.

Die empfohlene Mindestteilnehmerzahl beträgt 12, damit auch ein Arbeiten in Kleingruppen ergiebig bleibt; empfohlene Höchstteilnehmerzahl sind 18-24 Teilnehmerinnen, da sonst ausreichend Diskussionsgelegenheiten, Rollenspiele im Plenum oder die Beobachtung und Beratung von Kleingruppen durch den Seminarleiter nicht mehr gewährleistet werden können.

Bei Vorträgen ist die Teilnehmerzahl unbegrenzt; es sollte darauf hingewiesen werden, dass die Handlungsvorschläge auf den Arbeitsbereich der Hebammen bezogen sind und von den Zuhörern ggfs. ihren Arbeitsfeldern angepasst werden müssen. Der Referent sollte die Zuhörer deutlich auffordern, Zwischenfragen zu stellen.

6.4.2.4 Ankommen und Warmwerden, Einführung

Das Thema der Veranstaltung (Folie1) ist schon bei Ankunft der Teilnehmerinnen an die Wand projiziert.



Die Vorstellung des Referenten umfasst neben offizieller Begrüßung der Teilnehmerinnen, beruflichen und persönlichen Daten auch eine Bezugnahme auf das Thema: „Wie bin ich zu dem Thema gekommen?“ „Warum widme ich mich der Schulung von Hebammen zu diesem Thema?“ Als Bezugnahme dient hierbei das Interview mit Frau A. (Sauer 1997), welches eine Frau beschreibt, die jahrelang von Fachleuten unerkannt depressiv war und deren ältester Sohn in hohem Umfang in die Versorgung des Neugeborenen einbezogen wurde. Dieses Fallbeispiel dient der Verdeutlichung, dass a) Mütter auch jahrelang unerkannt leiden, ohne sich einem Arzt oder einer Hebamme aktiv anzuvertrauen, b) dem Erkenntniszuwachs aufseiten der Teilnehmerinnen, wie notwendig es aus diesem Grund ist, als Fachkraft auf die Mütter zuzugehen und Depressionen aktiv zu evaluieren, um den Müttern Hilfemaßnahmen anbieten zu können. Ziel dieses Einstiegs ist es, die Teilnehmer für das Thema „Früherkennung“ zu motivieren. Hierfür ist die Einstiegsphase nach Meier (2003) eine besonders wichtige Phase, die durch praxisnahe Beispiele und Fallgeschichten unterstützt werden kann.

Es folgt eine Vorstellung der Teilnehmerinnen einschließlich beruflichem Einsatzgebiet (z.B. Klinikhebamme oder freiberuflich) sowie Vorerfahrungen zum Thema. Die Teilnehmerinnen werden sodann gebeten, zwei Thesen hinsichtlich ihres Zuständigkeits- und Kompetenzerleben mittels einer „Ein-Punkt-Abfrage“ (Seifert 2001) auf einem zuvor vorbereiteten Flipchartpapier zu bewerten. Mittels einer erneuten Punktabfrage am Ende des Seminars ist so eine Selbsteinschätzung des Lernzuwachses möglich sowie eine Bezugnahme auf Möglichkeiten, noch vorhandene Unsicherheiten und Wissenslücken zu verringern.

Die Teilnehmerinnen werden gebeten, einen farbigen Klebepunkt an der Stelle zu platzieren, die ihrer Einschätzung am nächsten kommt. Wenn der Punkt bei „++“ aufgeklebt wird, so heißt dies, dass die Teilnehmerin vollständig zustimmt, wird er bei „- -“ aufgeklebt, dass sie die These komplett ablehnt. Dazwischen gibt es Variationsmöglichkeiten. Im Folgenden ein Beispiel für ein mögliches Ergebnis:

These 1 (rote Punkte):			
„Hebammen sind für die Früherkennung und das Management psychischer Störungen im Wochenbett (mit) zuständig.“			
++	+	-	- -
●●●●●●	●●●●●●●● ●●●	●●●●	●●

These 2 (grüne Punkte):			
„Ich fühle mich sicher in der Früherkennung und im Management von psychischen Störungen im Wochenbett.“			
++	+	-	- -
●●	●●●●●●	●●●●●●●● ●●●	●●●●

An die Besprechung des Ergebnisses schließt sich die inhaltliche Kurzvorstellung des Seminars an (Themen: Folie 2; Ziele: Folie 3, Notwendigkeit der Früherkennung: Folie 4+5).

Themen der Fortbildung



- Psychische Störungen post partum - Früherkennung und Management
- Behandlungsmöglichkeiten und -einrichtungen im Umfeld – Vermittlung von Informationen an Betroffene
- Risikofaktoren – Kennen und Erkennen
- Gesprächsführung im Umgang mit (potenziell) Betroffenen – eine Erweiterung der eigenen Kompetenzen

2

Zur Orientierung während des Seminarverlaufs wird eine zeitliche Planung dieser Themen auf einem Plakat gut sichtbar an einer Seitenwand des Schulungsraumes befestigt („Roter Faden“). Rahmenbedingungen wie Pausen werden angesprochen und gemeinsame Absprachen hinsichtlich inhaltlicher und organisatorischer Veränderungen vorgenommen, die im „Roten Faden“ markiert werden.

Ziele der Fortbildung



- Verminderung der eigenen Unsicherheit im Umgang mit Betroffenen
- Wahrnehmung der Störung als Basis für die Weitervermittlung
- Kompetenzzuwachs als (meist erste) Ansprechpartnerin und Vertrauensperson

3

Notwendigkeit von Früherkennung



- Entlastung der Betroffenen und Enttabuisierung
- Verhinderung von Verschlimmerung und Chronifizierung durch Motivation zur (frühen) Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten
- Prophylaxe von Störungen aufseiten des Kindes

4

Notwendigkeit von Früherkennung (Forts.)



Nur 25-35% aller Mütter mit einer postpartalen Depression suchen selbst professionelle Hilfe.
(Small et al. 1994, McIntosh 1993)

Das Angebot muss von den Professionellen kommen!

5

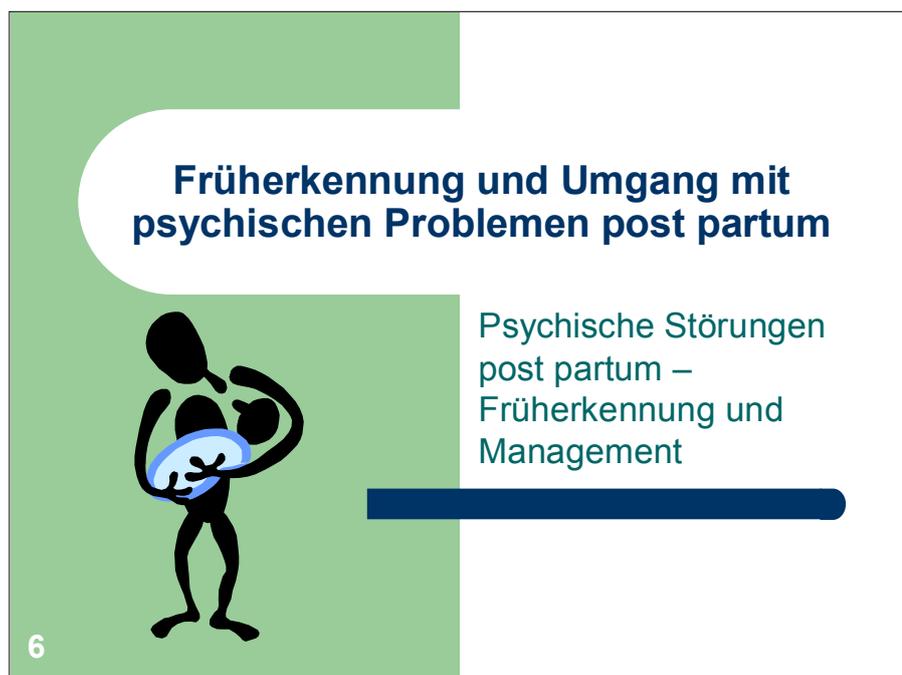
Der Zeitbedarf für diese Einheit wird mit einer Zeitstunde veranschlagt. Idealerweise wird den Teilnehmerinnen das Manual schon zu Beginn der ersten Einheit ausgehändigt, damit sie dort handschriftliche Ergänzungen und Anmer-

kungen vornehmen können. Damit werden die Teilnehmerinnen indirekt aufgefordert, das Material mit- und nachzuarbeiten; ihre aktive Lernrolle wird betont (Klein 2003).

Bei Abendveranstaltungen/ Vorträgen entfällt die Vorstellung der Teilnehmerinnen, die Punktabfrage und die Visualisierung des „Roten Fadens“; der Einsatz der Folie 2 wird durch Folie 7 ersetzt. Der Zeitbedarf verkürzt sich auf 10 Minuten.

6.4.2.5 Psychische Störungen post partum - Früherkennung und Management (Modul 1)

Bei diesem Block handelt es sich um Modul 1, welches als Einstieg in die Thematik oder alleinig bei einer Vortragsveranstaltung verwendet werden kann.



Es wird zunächst ein Überblick darüber gegeben, welche Themen im Einzelnen bei diesem Abschnitt zu erwarten sind (Folie 7).

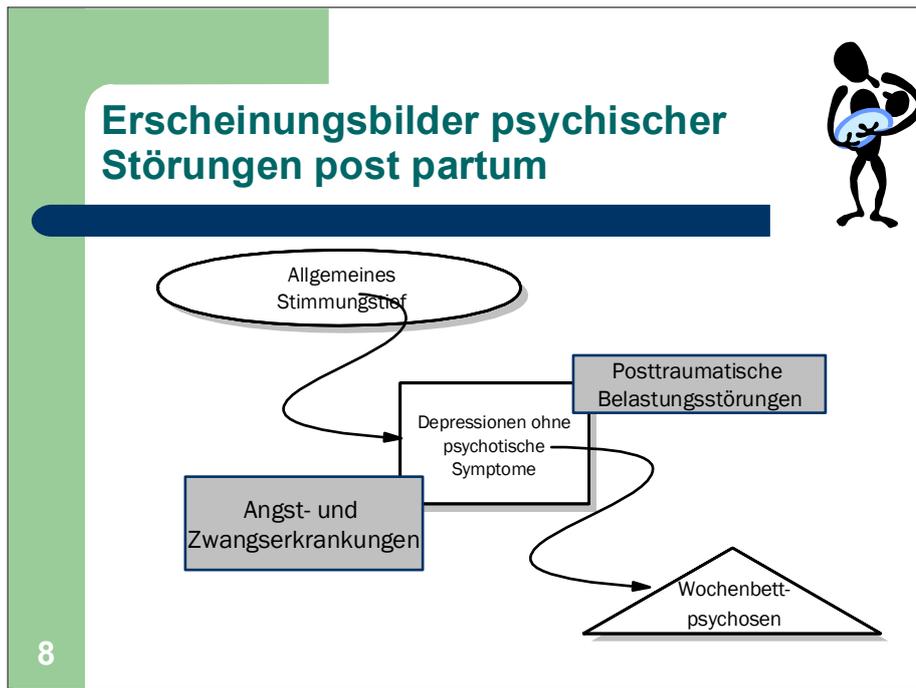


Themen/ Modul 1

- Warnanzeichen und manifeste Symptomatik der verschiedenen Störungsformen
- Häufigkeit, Auftretenszeitpunkt, Verlauf und Prognose
- Die EPDS als Screening-Instrument zur Erfassung gefährdeter und betroffener Frauen
- Handlungsstrategien für Hebammen im Umgang mit den jeweiligen Störungsbildern

7

Die Einführung in den Themenblock erfolgt mit einer Übersicht über die Vielfalt der Störungsbilder (Folie 8), von denen im Rahmen der Fortbildung nur der Baby-Blues, die PPD und die Wochenbettpsychosen behandelt werden. Bezüglich der Angst- und Zwangserkrankungen sowie der PTSD post partum wird zur weiteren eigenen Vertiefung der Teilnehmerinnen beispielhaft auf die Bücher von Dunne-wold/ Sanford (1996) sowie Rohde (2004) verwiesen. Diese Einschränkung erfolgt aufgrund der Erfahrung, dass die Hinzunahme weiterer Störungsbilder die Aufnahmekapazität der Teilnehmerinnen überfordert und zu Verwirrung in der Wahrnehmung der Störungsbilder führt. Andererseits ermöglichen (sichere) Wahrnehmungs- und Handlungskompetenzen bezüglich postpartaler Depressio-nen und Wochenbettpsychosen (erst) einen eigenständigen Transfer auch auf andere psychische Störungen im Wochenbett, so z.B. bezüglich der Weiterver-mittlung(smöglichkeiten) sowie der Gesprächsführung.



Es folgt die Überleitung zum Baby-Blues mittels zweier Fallbeispiele.

Fallbeispiel 1 aus Nispel 2001, S. 41:

„Ich glaube, ich habe mich nie vorher und nachher in meinem Leben so mies gefühlt. Der Dammschnitt tat höllisch weh. Ich war dauernd am Losheulen wegen jeder Kleinigkeit. Von den Ärzten und Schwestern bekam ich nur zu hören: ‚Das sind die Heultage. Das legt sich wieder.‘“

Eine andere Mutter beschreibt ihr Erleben des Baby-Blues folgendermaßen (Nispel 2001, S. 42):

„Trotz der schönen Geburt geht es mit meinen Kräften in den anschließenden Krankenhaustagen rasant nach unten. Ich kann nicht schlafen, erst vor Begeisterung, dann, weil ich so überdreht bin. Der viele Trubel und die Hektik durch Besuch, Telefon, Visite, Putzfrau etc. nerven mich, ich komme nicht recht zur Ruhe. Meine Tochter hat starke Gelbsucht und muss viele Stunden unter die UV-Lampe. Ich möchte bei ihr sein, habe aber das Gefühl, dass ich im Kinderzimmer ständig als hysterischer Störfaktor empfunden werde. Überhaupt habe ich mir den Klinikaufenthalt nach dem Info-Abend zur ‚sanften Geburt‘ harmonischer vorgestellt. Stattdessen habe ich oft das Gefühl, um alles, was mir wichtig ist, kämpfen zu müssen. Irgendwie fühle ich mich nicht gut unterstützt vom Personal. Anscheinend ist für Gespräche keine Zeit.“

Die Erfahrung der Hebammen mit diesem Erscheinungsbild wird betont und begründet, dass die Darstellung der Symptomatik des Baby-Blues (Folie 9) erfolgt, da hieraus schwerere, relevante Störungen hervorgehen können.

Symptome des Baby-Blues



- Weinerlichkeit
- Stimmungsschwankungen und Gefühlsausbrüche
- Schlafstörungen
- Appetitstörungen
- Konzentrationsschwäche
- Verwirrtheit
- Ängstlichkeit
- Reizbarkeit, Feindseligkeit

9

Da zum gleichen Zeitpunkt auch schon Wochenbettpsychosen entstehen können, werden die Hebammen angehalten, den Zustand gut zu beobachten und ggfs. psychiatrischen Rat hinzuzuziehen (Folie 10).

Auch den Baby-Blues beobachten!



Gehen die Symptome über das normale Maß eines Baby-Blues hinaus (z.B. bei extremer Verwirrung oder Unruhe), jetzt schon einen Psychiater hinzuziehen, um einen dramatischen Verlauf zu vermeiden!

Auch den persönlichen Eindruck mit berücksichtigen!

10

In den bisherigen Hebammenfortbildungen zeigte sich, dass viele Hebammen ihren Beruf mit hoher Motivation vollziehen und ein gutes Gespür für die Bedürfnisse und Veränderungen bei den Müttern haben. Daher werden sie bewusst ermutigt, ihrem Gefühl zu vertrauen. Gerade Hebammen beherrschen ihr Wissen oft intuitiv, ohne es umgehend kognitiv begründen zu können, eine Fähigkeit, die möglicherweise durch die Notwendigkeit kurzfristigster Entscheidungen bei Geburten zustande kommt. Ihr erster Eindruck, dass etwas nicht stimmt, ist oft richtig und sollte bewusst ermutigt werden. Ein Nebeneffekt ist der, dass die Hebammen mit ihren schon bestehenden Fähigkeiten gewürdigt werden, was ihre Motivation zur Erweiterung des eigenen Wissens weiter erhöht.

Es folgen mit Folie 11 die wichtigsten epidemiologischen Daten zum Baby-Blues.

Epidemiologie des Baby-Blues



Häufigkeit:
50-80% aller Mütter

Auftretenszeitpunkt:
bis 10 Tage post partum, meist am 3.-5. Tag

Dauer/ Verlauf:
wenige Stunden, maximal einige Tage

Bei einer Dauer von >14 Tagen
an Übergang zur PPD denken!

11

Mündliche Ergänzung:

Dem Baby-Blues kommt kein Krankheitswert zu, dieser ist aber für die Mütter dennoch belastend und kann erschreckend sein. Der Baby-Blues muss nicht behandelt werden, aber aus den Fallbeispielen ging z.B. hervor, dass es Dinge gibt, die für die Mütter hilfreich sind und solche, die als weniger hilfreich erlebt werden.

Im Folgenden wird den Hebammen anhand einiger Vorschläge aufgezeigt, welche Interventionen in dieser Situation hilfreich sein können (Folie 12).

Was kann die Hebamme beim Baby-Blues tun?



- über das Phänomen Babyblues aufklären
- über die normalen Belastungen nach der Geburt sprechen
- über die körperlichen Umstellungen und sozialen Veränderungen sprechen
- Möglichkeiten der Entlastung suchen
- Geburt durchsprechen

12

Mündliche Ergänzung:

Für die Frauen ist es wichtig, zu erfahren, dass die Stimmung (schnell) wieder vorüber geht. Es sollte der Frau verdeutlicht werden, dass die Umstellung auf das Kind viele Veränderungen mit sich bringt, und dass es normal ist, in dieser Situation Zweifel und Ängste zu haben. Frauen brauchen in dieser Phase viel Ermutigung und Unterstützung, dass sie ihre Sache gut machen, dass sie ein gesundes, normales Kind haben und dass sie eine gute Mutter sind. Viele Frauen brauchen regelrecht die „Erlaubnis“, dass sie noch Dinge für sich tun dürfen, sich Auszeiten gönnen, das Kind mal abgeben, vielleicht auch – je nach Erschöpfungszustand – nachts den Mann das Fläschchen geben lassen, um Schlaf zu bekommen. Hilfreich ist es auch, der Frau eine Bestätigung zu geben, dass ein schwieriger Geburtsverlauf nicht durch die Frau verschuldet ist. Selbst wenn die Fachleute meinen, die Geburt sei gut verlaufen, kann die Frau dies anders empfinden. Daher sollten die Hebammen aktiv nachfragen. Fatal ist es, der Frau zu sagen, es hätte alles anders laufen können, wenn ...

Es wird an dieser Stelle ein Beispiel aus meiner eigenen therapeutischen Praxis gegeben:

Bei Frau X wurde nach mehrstündiger Wehenschwäche ein massives Absinken der Herztöne des Kindes festgestellt. Es wurde in gemeinsamer Absprache mit der Hebamme eine Frist gesetzt, bis wann abgewartet werden soll, bis ein Kaiserschnitt gemacht wird. Das Kind wurde letztendlich per Notfallkaiserschnitt geholt und lag 2 Tage lang aufgrund andauernder Herzrhythmusstörungen in der Kinderklinik. Mit der Betreuung durch ihre Nachsorgehebamme war Frau X. sehr zufrieden, und vertraute auf die Empfehlung einer Vertretung, als diese in Urlaub ging. Die Vertretungshebamme ging mit Frau X noch mal die Geburt durch und schürte Zweifel, ob sie denn lange genug mit einer normalen Geburt gewartet

habe. Sie nahm ein Versagen der Ärzte an, die diesen Kaiserschnitt hätten „verhindern“ können und bestand darauf, die Geburtsunterlagen der Klinik anzufordern. Frau X, die ohnehin eine normale Geburt gewünscht hatte und um das Geburtserlebnis trauerte, konnte die Selbstzweifel und Schuldgefühle, in der Geburtssituation „falsche“ Entscheidungen getroffen zu haben, nicht bewältigen; sie wurde depressiv. Auf Anraten ihrer Nachsorgehebamme, die mittlerweile aus dem Urlaub zurück war, suchte sie um eine Therapie nach, konnte aber schon nach 2-stündiger Intervention, in der sie lernte, die Geburtserfahrung zu akzeptieren und zu integrieren, zufrieden entlassen werden.

Wenn die Hebamme die Wochenbettbetreuung bei einer Frau macht, kann es vorkommen, dass Sie merkt, dass der Baby-Blues bei einigen Frauen länger anhält. Auch hierzu werden Vorschläge gegeben, welche Handlungsmöglichkeiten zu empfehlen sind (Folie 13).

Was ist zu tun, wenn der Baby-Blues länger als 1-2 Wochen anhält?



Verdacht auf Postpartale Depression!

Maßnahmen:

- Entlastung durch Gesprächsangebot
 - intensiver Austausch mit der betroffenen Frau, ggfs. auch ihrem Partner und/ oder anderen Vertrauenspersonen
- Selbsthilfemaßnahmen vermitteln

13

Mündliche Ergänzung:

Es wird angeraten, ein etwaiges ungutes Gefühl zu äußern und sich Zeit zu nehmen für ein klärendes Gespräch. Dies stellt möglicherweise einen Grundstein dar, dass der betroffenen Frau das Ausmaß ihrer Gefühle bewusst wird; häufig ist dieses Gespräch schon als alleinige Intervention ausreichend, um eine Verschlimmerung depressiver Symptomatik zu verhindern.

Als Erläuterung zu den Selbsthilfemaßnahmen werden beispielhaft die folgenden Maßnahmen genannt und ansonsten auf die (auf einem Büchertisch ausgelegte) Literatur verwiesen:

- ausreichend Schlaf
- ausreichende, vollwertige Ernährung

- Zeit für sich alleine/ zur Erholung
- alte Interessen wieder aufnehmen (Hobbys, Freunde)
- Zeit mit dem Partner verbringen und Babysitterangebote durch Freunde und Verwandte in Anspruch nehmen
- Austausch mit anderen Müttern

Der Einbezug von Partner und/ oder anderer Vertrauenspersonen kann in manchen Situationen hilfreich sein, weil die depressive Frau möglicherweise in pessimistischem Denken und Antriebslosigkeit verhaftet ist, die es ihr nicht ermöglicht, objektiv über etwaige Lösungsmöglichkeiten nachzudenken.

Da oft Unsicherheit bei den Hebammen besteht, auf was sie in einem Gespräch achten sollten, werden auch diesbezüglich Anregungen gegeben (Folie 14).

Gesprächstipps für Hebammen bei länger andauerndem Baby-Blues



- Selbstvertrauen im Umgang mit dem Kind stärken
- über die Einstellung zum Stillen sprechen
- Ermutigung, sich mit anderen Personen über die Gefühle auszusprechen, auch in Mutter-Kind-Gruppen
- Bestärkung, *frühzeitig* Hilfe von außen anzunehmen (innerfamiliär oder bezahlte Hilfen)
- Anregen, Interessen und Aktivitäten außerhalb der Mutterrolle wieder aufzunehmen oder neu zu entwickeln

14

Sofern an dieser Stelle keine Fragen zum Baby-Blues und den Interventionsmöglichkeiten in der frühen Wochenbettbetreuung offen geblieben sind, wird zum anderen Ende des Spektrums der Störungen, den Wochenbettpsychosen übergeleitet und mit Folie 15 die möglichen Psychoseformen mit den wichtigsten epidemiologischen Fakten (Folie 16) aufgezeigt.

Wochenbettpsychosen



Schizophrene Psychose

Psychotische Depression

Schizoaffective Psychosen

Bipolare Störungen

Manie

15

Epidemiologie der Wochenbettpsychosen



Häufigkeit: 0,1-0,2%

Auftretenszeitpunkt: Beginn meist bis zur 4. Woche p.p., v.a. in den ersten 14 Tagen

Dauer: wenige Tage bis mehrere Monate

Rückfallgefährdung: ca. 50-80%, auch unabhängig von einer erneuten Schwangerschaft, variiert je nach Vorerkrankungen und Art der Psychose

Krankenhausaufenthalt meist nicht zu umgehen!
Möglichst unter Mitaufnahme des Kindes!

16

Mündliche Ergänzung:

Die Häufigkeitsverteilung der einzelnen Psychoseformen wird bislang kontrovers diskutiert, jedoch sind v.a. bei bipolaren und schizophrenen Störungen psychotische Vorerkrankungen nicht selten, auf die schon im Vorfeld geachtet werden kann/ sollte.

Rückfälle auch außerhalb eines Wochenbetts sind nicht selten, so dass Wochenbettpsychotikerinnen daher nicht prinzipiell von weiteren Schwangerschaften abgeraten werden sollte. Die beste Rückfallprognostik haben depressive Wochenbettpsychosen mit ca. 15%, die schlechteste schizophrene Wochenbettpsychosen mit nahezu 100%, ein Faktor, den die Hebammen für eine Beratung der Frauen ebenfalls kennen sollten.

Es folgt eine eingehendere Darstellung der ersten Anzeichen und Warnsymptome einer Wochenbettpsychose sowie der Symptomatik der unterschiedlichen Psychoseformen (Folie 17-21). Die Hebammen werden darauf hingewiesen, dass die Kenntnis der Symptome zwar wichtig ist, um die Befindlichkeit der Frau besser einschätzen zu können und mit der Vielfalt möglicher Symptome vertraut zu sein, dass jedoch die (umgehende) Diagnostik unbedingt einem Psychiater obliegt. Die Begriffe „paranoid“, „kataton“ und „Stupor“ sollten ggfs. erläutert werden.

Erste Anzeichen und Warnsymptome bei Wochenbettpsychosen



- Ruhelosigkeit
- paranoide Symptome
- katatone Erregung
- Konfusion
- Angst
- Schlafstörungen
- depressive Verstimmungen
- Wahnvorstellungen und Halluzinationen

Sensibilität für die Warnsymptome, aber nicht alle vorher erkennbar! Plötzliche Ausbrüche möglich!

17

Charakteristische Symptomatik depressiver Psychosen



- Angstzustände
- Antriebslosigkeit
- katatoner Stupor
- Schuldgefühle (v.a. bzgl. eines Versagens gegenüber den neuen Pflichten)
- Versündigungsideen/ Versündigungswahn

18

Charakteristische Symptomatik manischer + bipolarer Psychosen



Charakteristische Symptomatik manischer Psychosen:

- Antriebssteigerung
- Enthemmung
- motorische Unruhe
- Größenwahn

Charakteristische Symptomatik bipolarer Psychosen:

- depressive und manische Phasen wechseln sich ab

19

Charakteristische Symptomatik schizophrener Psychosen



- Halluzinationen
- Wahnvorstellungen, z.B.:
 - Schuld- und Versündigungsideen
 - wahnhafte Sorgen um Gesundheit und Verbleib des Kindes
 - Beeinflussungsgefühle
- Katatonie
- Stupor
- häufig schon in der Vorgeschichte schizophrene Episoden

20

Charakteristische Symptomatik schizoaffektiver Psychosen



- Vorliegen sowohl affektiver Symptome (manisch oder depressiv) als auch schizophrener Symptome gleichzeitig

21

An die Darstellung der Symptomatik schließen sich wiederum Handlungsvorschläge für die Hebamme an. Es wird darauf eingegangen, welche Hilfemaßnahmen die Hebamme bei Vorliegen einer Wochenbettpsychose veranlassen

sollte (Folie 22), des Weiteren wird auch allgemein der Umgang mit Wahnkranken erläutert (Folie 23), der oft sehr angstbelastet erlebt wird.

Was kann die Hebamme bei Wochenbettpsychosen tun?



- Arzt möglichst genau über den Zustand der Frau informieren
- ggfs. Einweisung in eine Klinik veranlassen
- Möglichkeit gemeinsamer Mutter-Kind-Aufnahme klären
 - sonst: Versorgung des Kindes durch Familienangehörige oder Pflegefamilie gewährleisten
- falls keine Selbst- oder Fremdgefährdung und Frau zu Hause verbleibt:
 - Rund-um-die-Uhr-Betreuung organisieren
 - medikamentöse Behandlung veranlassen

22

Akuter Handlungsbedarf! Hinzuziehung von Experten!

Umgang mit Wahnkranken



- Ruhe bewahren
- Wahninhalte ohne Diskutieren zur Kenntnis nehmen
- Vorwürfen der Betroffenen mit Distanz begegnen
- Klinik als Schutz und Hilfe anbieten
- mit Bezugspersonen Kontakt aufnehmen und Eindrücke schildern

23

Dass die Hebammen im Umgang mit Wahnkranken große Ängste haben, etwas falsch zu machen und „der Sache nicht gewachsen zu sein“ wurde in zahlreichen

Schulungen immer wieder deutlich, so dass ihnen mit den konkreten Anweisungen eine Hilfestellung und mehr Sicherheit zuteil wird. Auf die Besonderheiten im Umgang mit Manikern (Folie 24) und stuporös Depressiven (Folie 25) wird an dieser Stelle ebenso eingegangen.



Besonderheiten bei Manikern

- fremdanamnestische Daten einbeziehen, falls Gespräch nicht mehr möglich
- Sachlichkeit und Eindeutigkeit des eigenen Verhaltens
- unnötige Konfrontationen vermeiden
- Abschirmung der Patientin vor Außenreizen
- beim Gespräch mit aggressiv-gereizten Manikern möglichst Gegenwart einer dritten Person

Psychiatrieeinweisung aufgrund Selbst- oder Fremdgefährdung meist nicht zu umgehen.

24



Besonderheiten bei Stuporös-Depressiven

- trotz wachen Bewusstseins keine Reaktion auf Versuche, mit ihnen in Kontakt zu treten
- fremdanamnestische Daten heranziehen, da kein Gespräch möglich

Sofortige Einweisung notwendig, um die Vitalfunktionen zu erhalten!
(z.B. keine eigenständige Nahrungsaufnahme mehr)

25

Mündliche Ergänzung:

Eine Abkürzung der psychotischen Phase ist in jedem Fall erstrebenswert, auch im Hinblick auf das Kind und das gesamte Gleichgewicht der Familie. Wenn eben möglich, sollte aber auf die Freiwilligkeit der Aufnahme hingewirkt werden, um weitere Traumatisierungen der Frau zu vermeiden. Die hierfür benötigten Gesprächskompetenzen werden im Abschnitt „Gesprächsführung“ eingehender geübt.

Es wird an dieser Stelle Gelegenheit zur Diskussion gegeben, da erfahrungsgemäß die Hebammen hinsichtlich der Wochenbettpsychosen das Bedürfnis haben, eine Psychatrieeinweisung kritisch zu beleuchten und hier große Vorbehalte bestehen. Wichtig ist, die Diskussion dahingehend zu steuern, dass ein Psychiatrieaufenthalt Schutz und Hilfe bedeuten kann, damit die Hebammen dies entsprechend auch potenziell betroffenen Frauen vermitteln können. An der Entstigmatisierung psychiatrischer Erfahrungen kann (auch oder nur) über die Bewusstseinsveränderung damit vertrauter Fachleute gearbeitet werden.

Als Überleitung zum Störungsbild der PPD wird ein Filmausschnitt der DVD von Hornstein/ Klier (2004) gezeigt.¹⁰⁰ Der Film wurde von der deutschsprachigen Marcé-Gesellschaft entwickelt, um Hebammen über das Störungsbild postpartaler Depressionen zu informieren. Die DVD enthält einen Infoteil für Hebammen und Ärzte sowie einen Hauptfilm, in dem z.B. mehrere betroffene Mütter gezeigt werden, ein Gespräch einer Hebamme bei der Verwendung der EPDS und der stationäre Aufenthalt von Müttern in einer Mutter-Kind-Abteilung. Dieser Hauptfilm kann – so betonen die Verfasser – auch Müttern in der Geburtsvorbereitung gezeigt werden und dient u.a. dazu, die Störungen bekannt zu machen ebenso wie einen psychiatrischen Aufenthalt zu entmystifizieren.

In dem Film wird das Erscheinungsbild postpartaler Depressionen deutlich, ebenfalls die Möglichkeit des Screening mittels EPDS. Der Filmausschnitt wird bis Abschnitt 10:45 gezeigt, d.h. bis zum Ende des EPDS-Auswertungsgesprächs zwischen Hebamme und betroffener Frau. Die Hebammen erhalten hier einen Eindruck davon, wie sich die EPDS in ihre Arbeit einbeziehen lässt und dass das Screening mittels EPDS sich mit wenig Aufwand und ohne Verunsicherung der Frau durchführen lässt. Sie sind so schnell motivierbar, dies selber durchzuführen. Es wird schon an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass das Ergebnis der EPDS als Gesprächsgrundlage dienen kann, um die Frau zu weiterführenden

¹⁰⁰ Die Rechte an dem Film wurden mittlerweile an den Kohlhammer-Verlag abgetreten. Vonseiten der Marcé-Gesellschaft wurde das Recht zur öffentlichen Vorführung des Films Anfang 2005 zurückgezogen; dieses muss ggfs. beim Kohlhammer-Verlag angefragt werden.

Hilfemaßnahmen zu veranlassen, nicht jedoch, um die Betreuung selber zu übernehmen. Es folgt die systematische Darstellung der PPD mit epidemiologischen Daten (Folie 26), Frühanzeichen und Warnsymptomen (Folie 27-29), Symptomatik (Folie 30-32) und Einteilung der Schweregrade (Folie 33).

Epidemiologie der nicht-psychotischen Depressionen (PPD)



Häufigkeit: 10%-15% aller Mütter

Auftretenszeitpunkt: v.a. in den ersten 3 Monaten post partum, möglich jedoch im gesamten ersten Jahr

Dauer: Remission überwiegend innerhalb von 6 Monaten, in Einzelfällen mehrere Jahre andauernd

Behandlung: je nach Schweregrad und Ausprägung

Rückfallgefährdung: 50-85%

26

Frühanzeichen und Warnsymptome der PPD



- extreme Besorgnis (z.B. um die Gesundheit des Kindes)
- gedrückte Stimmung
- Schuldgefühle
- Interesselosigkeit – auch gegenüber dem Kind
- Angst, in Bezug auf die mütterlichen Fähigkeiten in Frage gestellt zu werden
- Unfähigkeit, Verabredungen einzuhalten
- Rückzug und Isolation

27

Frühzeichen und Warnsymptome der PPD (Forts.)



- extreme Müdigkeit und Erschöpfung
- Schlafstörungen
- somatische Symptome ohne körperliche Ursache
- schlechte Konzentration
- schlechter Appetit oder extreme Gewichtszunahme
- schlechtes Gedeihen des Kindes

28

Abgrenzung von normalen Anpassungsproblemen



Viele Symptome sind in der postpartalen Phase schwer von den normalen Anpassungsproblemen fast jeder Mutter zu unterscheiden!

Trotzdem sollte bei ihrem Auftreten auch die Möglichkeit des Vorhandenseins oder Beginns einer ernsthafteren psychischen Erkrankung in Erwägung gezogen werden!

29

Mündliche Ergänzung:

Die Warnsymptome *können* Anzeichen dafür sein, dass eine postpartale Depression vorliegt oder entsteht. V.a. beim Vorliegen mehrerer Symptome sollte die Hebamme besonders aufmerksam werden.

Diagnose einer Depression



Um die Diagnose einer Major Depression zu erfüllen, sollte man in jedem Fall Symptom A und/oder B haben:

A depressive Verstimmung/ Reizbarkeit
B vermindertes Interesse an Aktivitäten

30

Diagnose einer Depression (Forts.)



4 oder mehr der folgenden Symptome sollten für die Diagnose einer Major Depression hinzukommen:

- deutliche Veränderungen von Gewicht oder Appetit
- Schlafprobleme (zuwenig/ zuviel Schlaf)
- Müdigkeit
- Gefühl von Wertlosigkeit/ Schuld
- Unmöglichkeit klar zu denken oder sich zu konzentrieren
- wiederholte Gedanken an Tod/ oder Selbstmord
- psychomotorische Unruhe oder bleierne Schwere

31

Welche speziellen Symptome und inhaltlichen Besonderheiten im Kontext Wochenbett auftreten können (wie Ängste und Panikattacken, Zwangsgedanken, zwiespältige Gefühle dem Kind gegenüber, Versagensgefühle und Schuldgefühle als Mutter), wird in Form von mündlichen Beispielen berichtet und ergänzt. Darüber hinaus wird das „typische“ gehemmt-depressive Störungsbild beschrieben,

bei dem Mimik und Gestik verarmt, die Stimme leise und monoton und die Bewegungsabläufe verlangsamt sind und deutlich darauf hingewiesen, dass gerade im Wochenbett auch Angst und Panik oder Zwänge im Vordergrund stehen können.

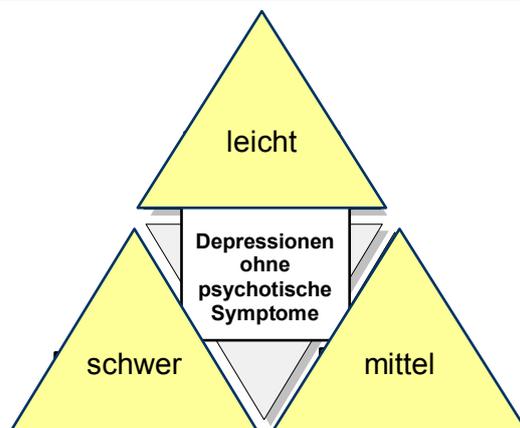
Weitere Fakten zur Diagnose einer Depression



- Es müssen nicht alle Symptome gleichzeitig vorliegen!
- Bei schweren Depressionen sind Suizidgedanken sehr häufig vorhanden!
- Die Symptome müssen mindestens 2 Wochen lang vorhanden sein oder ungewöhnlich schwer auftreten!

32

Schweregrade nicht-psychotischer Depressionen



Der Schweregrad beeinflusst die Auswahl der geeigneten Behandlung!

33

Mündliche Ergänzung:

Die Beurteilung des Schweregrades empfiehlt sich, um einschätzen zu können, welche Behandlungsmöglichkeiten in Frage kommen. In einer leichten depressiven Episode leidet die Betroffene unter den Symptomen und hat Schwierigkeiten, die normalen Aufgaben und soziale Aktivitäten fortzusetzen; bei einer mittelgradigen depressiven Episode gelingt die Fortsetzung sozialer, häuslicher und mütterlicher Aufgaben und Aktivitäten nur unter erheblichen Schwierigkeiten; in einer schweren depressiven Episode ist es unwahrscheinlich, dass die Patientin in der Lage ist, soziale, häusliche oder mütterliche Aufgaben fortzuführen, allenfalls sehr begrenzt.

Die wichtigsten Aufgaben als Hebamme benennt Folie 34; es wird die EPDS als standardmäßige Screeningmöglichkeit empfohlen, um dies zu unterstützen. Dabei wird deutlich darauf hingewiesen, dass alle Untersuchungen, die unstandardisierte Befragungen bevorzugten, wesentlich geringere Aufdeckungsraten einer PPD gegenüber der Verwendung der standardisierten EPDS aufwiesen, und dass damit der EPDS der Vorzug gegeben werden sollte.



Wichtigste Aufgaben als Hebamme

- Wahrnehmen des Vorliegens einer PPD
- Motivation der Betroffenen, weiterführende qualifizierte Hilfen in Anspruch zu nehmen
- dadurch Verhütung von Verschlimmerung und Chronifizierung
 - Prävention von Entwicklungsstörungen des Kindes
 - Prävention ehelicher Zusatzbelastungen

34 Ein frühes Eingreifen verhindert, dass Frauen sich jahrelang mit Problemen quälen, ohne Hilfe zu suchen.

Alle Teilnehmerinnen erhalten die EPDS-Vorlage von Klier (2004a - Anhang 1). Gemeinsam wird der Fragebogen durchgegangen, seine Auswertung und das beschriebene Einstufungsschema erläutert sowie auf Grenzen des Screenings hingewiesen (z.B. darauf, dass der klinische Eindruck Vorrang vor dem Screeningergebnis hat und dass einzelne Ergebnisse wie die Frage nach der Suizidalität besondere Aufmerksamkeit erfordern). Es wird Bezug genommen auf den

Filmausschnitt, in dem zu sehen war, mit welchen Formulierungen das Screening gegenüber der Mutter eingeführt werden kann und wie ein Auswertungsgespräch mit der Mutter erfolgen könnte. Konkrete Vorschläge für das Verhalten bei Vorliegen unterschiedlicher Scores enthalten die Folien 35-37.



EPDS-Score bis 9

- geringes Risiko für eine mögliche Depression
- die Frau informieren und beruhigen
- keine weiteren Maßnahmen erforderlich

Räumen Sie Ihrer klinischen Einschätzung und Ihrem gesunden Menschenverstand stets einen höheren Stellenwert ein als dem durch die EPDS ermittelten Score.

35



EPDS-Score von 10 bis 12

- mäßige Wahrscheinlichkeit für eine Depression
- nach möglichen Sorgen und Bedenken der Frau fragen
- die Kontaktaufnahme zu einer geschulten Fachkraft für Beratungsgespräche anbieten
- bei geringstem Verdacht, dass eine Frau eine postpartale Depression entwickelt, Überweisung an den Arzt erforderlich

36

EPDS-Score von über 13 = wahrscheinliche Depression



- nach möglichen Sorgen und Bedenken der Frau fragen/ darüber reden
- Kontaktaufnahme mit Fachkraft für Beratungsgespräche anbieten
- zur weiteren Untersuchung an einen Arzt überweisen, dabei auch körperliche Ursachen der Verstimmung ausschließen
- mit Einverständnis der Frau evtl. selbst mit dem Arzt in Verbindung setzen und Eindruck schildern
- über Selbsthilfegruppen und Psychotherapie informieren
- Literaturtipps zur Verfügung stellen

37

Mündliche Ergänzung:

Die EPDS ist bei einem Summenscore >12 in der Lage, 86-95% der Fälle mit PPD korrekt zu identifizieren, v.a. dann, wenn sich bei zwei aufeinander folgenden Messungen jeweils hohe Scores auf der Skala ergeben. Dies zeigt, wie das Ergebnis einzuschätzen ist: keine 100%-ige Sicherheit, aber eine hohe *Wahrscheinlichkeit*. Die EPDS kann und sollte mit 14-tägigen Abständen mehrfach angewendet werden, weil auch noch spätere Depressionen auftreten können. Hierzu bieten sich z.B. Termine an, bei denen die Hebamme im Rahmen der (Ab-)Stillberatung Kontakt zu der Mutter hat.

Es kann immer vorkommen, dass manche Frauen es ablehnen, die EPDS auszufüllen. Dies muss akzeptiert werden. Zudem darf das Screening nicht das persönliche Gespräch ersetzen, sondern ganz im Gegenteil kann es dieses gut einleiten.

Im nächsten Schritt erhalten die Hebammen weitere Handlungsvorschläge. Folie 38 benennt Möglichkeiten des Vorgehens, wenn eine Frau (bislang) keine anderweitige Beratung oder Therapie in Anspruch nimmt/ nehmen möchte, Folie 39-41 die Möglichkeiten der Beantragung einer Familienpflegerin als Unterstützungsmöglichkeit für die Frau.

Was kann die Hebamme tun bei postpartaler Depression?



Situation:

- Verdacht auf PPD durch EPDS erhärtet
- Zustand ändert sich durch Selbsthilfemaßnahmen nicht
- bislang keine Beratung/ Therapie

Maßnahmen:

- Betreuungszeit verlängern
- fortgesetzte Gespräche und Informationen anbieten
- mit Arzt über Verordnung einer Familienpflegerin sprechen
- Kontakt zu Familienpflegedienst aufnehmen
- regelmäßiger Austausch mit der Familienpflegerin
- Frau und Angehörige (nochmals) über andere Hilfsangebote informieren und zur Inanspruchnahme motivieren, auch mit Verweis auf kindliche Auswirkungen

38

Mündliche Ergänzung:

Manche Frauen lehnen alle Behandlungsangebote ab, profitieren aber schon von dem Bewusstsein, dass Hilfe verfügbar wäre, sollten sie diese wünschen. Sofern keine Selbst- oder Fremdgefährdung besteht, müssen die Wünsche der Frau - auch nach Nicht-Behandlung - akzeptiert werden.

Welche Leistungen werden von der Familienpflegerin übernommen?



- Haushaltsführung (wenn keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann)
- Betreuung von Kindern
- Ämtergänge
- Hilfestellung bei der Klärung von Problemen, Anträgen, Wahrnehmung von Hilfsangeboten

Ambulante Tages- oder Haushaltspflege kann auch für schwerer Betroffene eine Alternative zum Klinikaufenthalt sein!

39

Beantragung von Familienpflege



Schritt 1:

- Verordnung durch den Arzt inklusive Diagnose und benötigtem Betreuungsumfang
 - ohne Budgetbelastung für den Arzt möglich

Schritt 2:

- möglichst früh Kontakt aufnehmen zur Familienpflege/ Sozialstation in der Nähe
- helfen auch bei Fragen zur Kostenübernahme

40

Beantragung von Familienpflege (Forts.)



Schritt 3a:

- Bewilligung von der Krankenkasse einholen
- in dringenden Fällen telefonisch Kostenübernahme bestätigen lassen

Schritt 3b):

- bei Ablehnung durch die Krankenkasse an Jugendamt wenden
 - ggfs. Kostenübernahme nach § 20 KJHG

Schritt 4:

- Familienpflegerin kommt ins Haus
- schließt einen Pflegevertrag mit der Familie ab

41

Die nächsten Folien zeigen Verhaltensvorschläge im Gespräch mit einer betroffenen Mutter auf, wobei nach allgemeinen Verhaltenstipps (Folie 42) besonderer Schwerpunkt auf den Umgang mit dem Thema der Suizidalität gelegt wird (Folie 43-44).

Verhaltenstipps im Gespräch mit einer depressiven Mutter



- sich als Ansprechpartnerin anbieten
- Schuldgefühle, Ärger, Ambivalenz etc. ausdrücken lassen
- „Erlaubnis“ zum Abstillen geben falls gewünscht
- bei Besonderheiten von Geburtsverlauf/ Kind aktiv Gespräche anbieten und sich nicht von der „intakten“ Fassade täuschen lassen
- auf das Verhalten der Mutter gegenüber ihrem Kind achten
- vorsichtigen und unsicheren Frauen helfen, einen selbstsicheren, liebevollen Umgang mit ihrem Kind zu finden
- auf Vermeidung von Schlafmangel hinweisen

42

Umgang mit Suizidalität



- grundsätzlich jede Suizidäußerung ernstnehmen und aufgreifen
- bei geringstem Verdacht auf Suizidalität die Thematik selbst ansprechen
- die Frage nach der Suizidalität induziert diese nicht, sondern entlastet eher und führt die Patientin aus einer Notfallsituation heraus
- Angehörige zur „Mitarbeit“ gewinnen
- regelmäßige Hausbesuche vereinbaren

43

Umgang mit Suizidalität/ Forts.



- Gespräch anbieten (ohne zu dramatisieren)
- kein Moralisieren
- kein Versuch, der Suizidalen ihre Absicht dozierend auszureden
- Bindungen im Leben ansprechen
- Informationen über die Risikofaktoren gewinnen und das tatsächliche Suizidrisiko abschätzen:
 - bei nicht akut bedrohlicher Suizidalität belässt man die Frau in ihrer häuslichen Umgebung
 - bei länger bestehender Suizidalität Hinzuziehen eines Psychiaters dringend notwendig
 - bei akuter Suizidalität sofortige Unterbringung in einer psychiatrischen Abteilung notwendig

44

Mündliche Ergänzung:

Äußerungen von Hoffnungslosigkeit, Ausweglosigkeit, Hilflosigkeit, Resignation, Enttäuschung, Verbitterung, Lebensangst, Furcht vor Schuld, Verarmung, Gedanken über Versagen und Wertlosigkeit weisen auf eine mögliche Suizidalität. Suizidale Symptome bilden sich mit der Depression zurück, können sich aber durch die aktivierende Funktion einiger Antidepressiva zunächst evtl. sogar verschlimmern.

Modul 1 schließt mit Empfehlungen, wann eine psychiatrische Behandlung notwendig ist (Folie 45-46) und wie die Übergabe der Frau an psychiatrische Einrichtungen erfolgen kann (Folie 47).

Wann ist eine psychiatrische Behandlung notwendig?



- Desorientiertheit/ Verwirrtheit
- Angst, die Kontrolle zu verlieren über Suizidgedanken sowie über fremd-aggressive Gedanken
- Vorliegen akuter Suizidankündigungen oder schon erfolgte (abgebrochene) Suizidversuche
- Vereinsamung/ isolierte soziale Situation
- „Unerreichbarkeit“ der Patientin
- diagnostische Unklarheit mit dem Gefühl von Gefährlichkeit der Situation

Z.T. wird das Kind bei einem Suizidversuch mit in den Tod genommen!

45

Die psychiatrische Einweisung



- Einweisung möglichst mit Einwilligung der Patientin
- Mitaufnahme des Kindes wünschenswert
- exekutive Gewalt obliegt Polizei und Feuerwehr
- Veranlassung einer Einweisung manchenorts auch über Ordnungsamt, sozialpsychiatrischer Dienst, Psychiater oder Hausarzt

Rechtliches Kriterium für eine Zwangseinweisung:
Vorliegen von Selbst- oder Fremdgefährdung

46

Wenn die stationäre Aufnahme erwogen wird



- mit dem Arzt über Mitaufnahme des Kindes beraten
- mit der Frau über ihre Gefühle bzgl. gemeinsamer Aufnahme sprechen
- Betreuung konstruktiv abschließen oder klären, ob Betreuung auch in der Klinik weiterhin gewünscht/ möglich

47

Mündliche Ergänzung:

Bei einer Einweisung der Patientin kann es ratsam sein, vorab zu klären, ob die anvisierte Klinik Kapazitäten frei hat. Günstig ist es, den Zustand der Frau schriftlich festzuhalten; die Dokumentation kann eine schnell wirksame Therapie maßgeblich begünstigen. Es ist wünschenswert, wenn die Hebamme den Kontakt zur Mutter und ihren Angehörigen noch eine Weile bewahrt und sie unterstützt. Nach ein paar Tagen medikamentöser Behandlung ist die Frau dann meist in der Lage, ihr Kranksein nachzuvollziehen, und die Hebamme kann sich in Ruhe von der Frau verabschieden.

Der Zeitbedarf für Modul 1 wird mit 2 Zeitstunden veranschlagt. Bei Einfügen der Anwendungsübung zur EPDS 3 Zeitstunden. Bei Tagesveranstaltungen sollte nach Vorstellung der Wochenbettpsychosen eine ¼-stündige Pause einbezogen werden.

Abweichend von Modul 1 wird bei Vortragsveranstaltungen darauf hingewiesen, an wen betroffene Frauen weitervermittelt werden können (Folie 61). Hierzu wird der Verein „Schatten & Licht“ als Ansprechpartner benannt, da hier alle Informationen über Mutter-Kind-Abteilungen, spezialisierte Therapeuten/ Ärzte und regionale Selbsthilfegruppen erhältlich sind. Hinsichtlich der Thematik „Stillen und Medikamente“ wird an die Marcé-Gesellschaft verwiesen, um weitere Informationen zu erhalten.

6.4.2.6 Praktische Anwendung der EPDS in der Praxis

Die nächste Einheit – die zu Modul 4, der praktischen Anwendung und Gesprächsführung gehört - widmet sich der Erprobung des Umgangs mit der EPDS und ihrer Auswertung. Zunächst werden noch offene Fragen aus dem Referatsteil der ersten Einheit geklärt; die Aussagen zur Anwendung der EPDS und ihre Auswertung werden kurz wiederholt.

Die Erprobung der EPDS-Anwendung erfolgt nunmehr in drei Durchgängen, in denen jeweils mehr Aufgaben für die Hebamme hinzukommen. Ziel ist es, zunächst Sicherheit in der Auswertung zu erhalten, d.h. im praktischen Umgang mit der Skala und danach zunehmend auch auf das begleitende Gespräch mit der Mutter zu fokussieren. Die Hebammen erhalten je 3 Fragebögen (die nur die Fragen der EPDS enthalten, so wie sie auch den Müttern vorgelegt werden, d.h. ohne Bewertungspunkte hinter den jeweiligen Antwortmöglichkeiten und Auswertungsschema) sowie ein separates Auswertungsschema.

Im ersten Durchgang werden die Teilnehmerinnen gebeten, sich paarweise in „Murmelgruppen“ (Klein 2003) zusammensetzen (d.h. sich leise mit der jeweiligen rechten oder linken Nachbarin unterhalten, ohne den Platz zu verlassen). Sie werden gebeten, den Fragebogen nach eigener Phantasie auszufüllen und von der jeweiligen Partnerin auswerten zu lassen. Es wird bewusst darauf hingewiesen, dass es nicht darum geht, die eigene Befindlichkeit mitzuteilen, da dies ggfs. bei einigen Teilnehmerinnen in diesem kollegialen Kontext auf Widerstand stoßen könnte. Fragen, die bei der Auswertung aufgetaucht sind, werden anschließend im Plenum beantwortet und/ oder diskutiert.

Im zweiten Durchgang werden die Teilnehmerinnen gebeten, sich zu einem Rollenspiel paarweise mit einer neuen Partnerin zusammensetzen, im Raum weitmöglichst zu verteilen, um sich nicht gegenseitig zu stören und die EPDS der Kollegin vorzulegen, als wenn diese eine Mutter im Wochenbett wäre, d.h. mit den einleitenden Worten zu Sinn und Ziel dieses Screenings. Nach dem Ausfüllen wird wiederum die Auswertung vorgenommen. Danach werden die Rollen gewechselt. Es findet nach jeder Auswertung ein kurzer Austausch statt, wie die Kollegin die Einführung empfunden hat und ob sie in der Rolle als Mutter eine Bereitschaft verspürte, dieses Screening durchzuführen. Auch der zweite Durchgang wird im Gesamtplenum reflektiert, aufgetretene Fragen zur Durchführung geklärt und nochmals hervorgehoben, dass schon die Einführung der EPDS einer Vorüberlegung und bewussten Wortwahl bedarf, um bei den Frauen nicht auf Widerstand und/ oder Angst vor Stigmatisierung zu stoßen. Um eine gelungene

Einleitung der EPDS zu verdeutlichen, wird die schon bekannte Filmszene in Ausschnitten wiederholt (von 4:22 bis 5:47). Anders als im Filmausschnitt zu sehen, wird darauf hingewiesen, dass die Frauen nicht ermutigt werden sollten, den Fragebogen mit dem Mann zu besprechen, sondern dass sie ihn alleine ausfüllen sollten. Hilfreich kann es sein, den *ausgefüllten* Fragebogen mit dem Mann zu diskutieren.

Im dritten Durchgang mit wiederum neuen Partnerinnen erfolgt ein kompletter Durchgang von der Übergabe der EPDS an die „Mutter“ über die Auswertung bis hin zur Besprechung des Ergebnisses mit der Mutter. Hierzu werden vorab die Folien 35-37 wiederholt, um die möglichen Verhaltensweisen bei den jeweiligen Ergebnisscores in Erinnerung zu rufen. Auch dieser Durchgang wird anschließend im Plenum reflektiert, offene Fragen und etwaige Einwände erfragt und diskutiert.

Der Zeitbedarf für diesen Seminarabschnitt umfasst 2 Unterrichtsstunden.

6.4.2.7 Behandlungsmöglichkeiten und -einrichtungen im Umfeld – Vermittlung von Informationen an Betroffene (Modul 2)

Bei diesem zweiten Modul handelt es sich um Ergänzungen hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten und –einrichtungen im Umfeld.

Die Hebammen sollen ergänzende Informationen erhalten, welche Behandlungseinrichtungen betroffenen Frauen empfohlen werden können und zur Weitervermittlung verfügbar sind. Auch sollen detailliertere Kenntnisse über effektive Behandlungsmöglichkeiten dazu dienen, die Frauen diesbezüglich zu beraten und sie zur Inanspruchnahme einer Behandlung zu motivieren. Das Wissen um die Vereinbarkeit medikamentöser Behandlung und Stillen berührt dabei unmittelbar auch den Arbeitsbereich der Hebamme, die gemeinhin auch die Stillberatung durchführt und hier ganz besonders von der Mutter als Ansprechpartnerin zu Rate gezogen wird.

Früherkennung und Umgang mit psychischen Problemen post partum



Modul 2:
Behandlungsmöglichkeiten
und -einrichtungen im
Umfeld – Vermittlung von
Informationen an Betroffene

48

Nach der Vorstellung der Detailthemen dieses Moduls (Folie 49) wird eine Übersicht darüber gegeben, welche Behandlungsansätze sich bei welchem Schweregrad einer PPD empfehlen (Folie 50).

Themen/ Modul 2



- Psychotherapeutische Angebote
- Medikamentöse Behandlung
- Stillen und Medikamente
- Besonderheiten von Mutter-Kind-Abteilungen
- Möglichkeiten der Selbsthilfe
- Behandlungs- und Interventionsmöglichkeiten bei psychischen Störungen post partum - Übersicht

49



Behandlung je nach Schweregrad

bei leichten Depressionen:

- empathische Gespräche
- Selbsthilfetipps
- Selbsthilfegruppen

bei mittleren Depressionen:

- Psychotherapie und/ oder Medikamente
- Selbsthilfegruppen nach anfänglicher Besserung

bei schweren Depressionen und Psychosen:

- mindestens Medikamente
- ggfs. Klinikaufenthalt

50

Mündliche Ergänzung:

Viele Patientinnen wollen nicht zu einem Psychiater oder Psychologen überwiesen werden, sollten aber hierzu ermutigt werden. Dies geschieht u.a. durch Vermittlung von Informationen über die vermutete Erkrankung und über Behandlungsmöglichkeiten. Die Inanspruchnahme weiterer Behandlung bei schwereren Depressionen fällt oft leichter, wenn die Weiterbetreuung durch die Hebamme zugesichert wird (Herz et al. 1997).

Nach einigen Ausführungen zur Therapeutenauswahl und Finanzierungsaspekten einer Psychotherapie (Folie 51) folgt eine Darstellung der empfehlenswerten Therapieformen post partum: Therapieformen, die sich allgemein bei Depressionen bewährt haben (Folie 52) und solchen, die speziell bei postpartalen Depressionen zu empfehlen sind (Folie 53).

Allgemeines zur Psychotherapie



- Es gibt nicht *die* Therapiemethode!
- oberstes Kriterium der Therapeutenwahl:
 - die betroffene Mutter sollte sich aufgehoben und verstanden fühlen
- Einbezug des Partner in die Therapie empfehlenswert
- sofortige Therapieplätze oft nur bei nicht-kassenzugelassenen Therapeuten zu bekommen
 - klären, ob die betroffene Frau eine Therapie selbst bezahlen kann

Es empfiehlt sich die konkrete Zusammenarbeit mit einem Psychologen, so dass schnelle Überweisungen im Bedarfsfall möglich sind.

51

Bei Depressionen besonders bewährte Therapieformen



- kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren
- klientenzentrierte Gesprächstherapie
- Entspannungsverfahren
- seltener: psychodynamische Verfahren

Alle anderen Verfahren werden zumeist nicht von den Krankenkassen übernommen.

52



Spezielle Therapieformen bei PPD

- Interpersonelle Psychotherapie
 - Bearbeitung zwischenmenschlicher Probleme
 - im Wochenbett Fokus auf Rollenveränderungen
- Mutter-Kind-Therapie
 - Förderung der Mutter-Kind-Interaktion durch Videofeedback
 - auch Babymassage kann die Interaktion fördern
- Gruppentherapie für PPD-Mütter
 - (meist) Kombination kognitiv-verhaltenstherapeutischer Elemente, Psychoedukation und Entspannungs-/Stressreduktionstechniken bei paralleler Kinderbetreuung
 - Vorteil: Austausch mit Gleichbetroffenen, Reduktion von Versagensgefühlen und Scham; Aufbau sozialer Kontakte

53

Folie 54 zeigt sodann die Selbsthilfetipps auf, die Hebammen bei leichteren Depressionen den betroffenen Frauen weitergeben können.



Selbsthilfetipps für (leichter) Betroffene

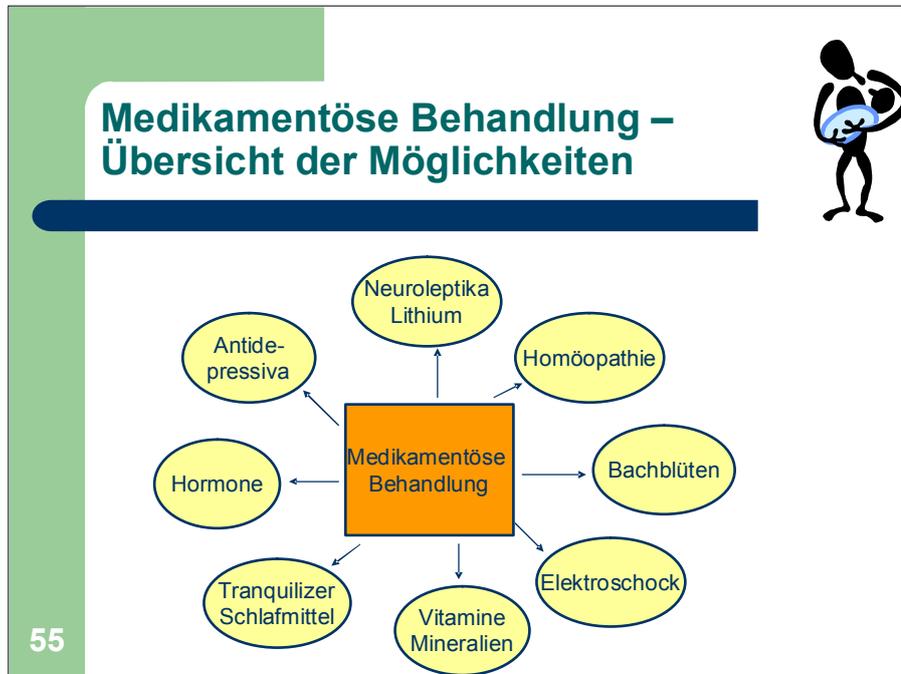
- Schlafmangel vermeiden
- auf eine ausgewogene Ernährung achten
- Vitamin B6 wirkt Serotoninmangel entgegen
- keine Pille nehmen
- Sport beeinflusst biochemisches Gleichgewicht positiv
- Schaffen eigener Freiräume
- Hilfsangebote von außen annehmen
- Kontakte pflegen zu anderen Müttern oder vorherigen Freunden
- Zeit nehmen für die Pflege der Partnerbeziehung
- von perfektionistischen Ansprüchen befreien
- auch Tagebuch führen kann befreiend wirken

54

Mündliche Ergänzung:

Es ist sinnvoll, der Frau Entlastungsmöglichkeiten anzubieten, aber oft sind die Frauen nicht in der Lage, diese anzunehmen (Perfektionismus, Versagensgefühle).

Es schließen sich Ausführungen zu medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten (Folie 55+56) sowie zu beachtenswerten Faktoren hinsichtlich einer Medikamentengabe während des Stillens an (Folie 57).



- ### Medikamentöse Behandlung - Empfehlungen
- bei Manikern und Schizophrenen:
 - schnell wirkendes Neuroleptikum
 - bei Depressiven (auch mit Wahn und/ oder Stupor):
 - Antidepressivum
 - v.a. zur Rückfallprophylaxe bei bipolaren Störungen:
 - Lithium
 - Tranquilizer und Schlafmittel bei Depressionen möglichst vermeiden
 - naturheilkundliche Methoden alternativ bei leichter PPD
 - Wirksamkeit von Psychotherapie und Medikamenten bei leichten und mittleren Störungen vergleichbar
- 56

Stillen und Medikamente



- viele Antidepressiva gehen nur in geringen Mengen auf das Kind über
 - Vor- und Nachteile abwägen
 - nur bei gesunden, termingerechten Säuglingen
 - ggfs. Monitoring des Säuglings durch Kinderarzt
 - Medikamenteneinnahme möglichst nach dem Stillen bzw. abends vor der Nachtpause
- Neuroleptika und Lithium erfordern Abstillen

Der ungerechtfertigte Rat zum Abstillen stellt ein traumatisierendes Eingreifen in die Mutter-Kind-Beziehung dar, was bei gewissenhafter Medikamentenauswahl vermieden werden kann.

57

Die Vorteile der gemeinsamen Mutter-Kind-Aufnahme im Falle eines stationären Aufenthaltes zeigt Folie 58 auf.

Vorteile der gemeinsamen Mutter-Kind-Aufnahme



- Vermeidung einer trennungsbedingten zusätzlichen Traumatisierung von Mutter und Kind
- Verminderung von Schuldgefühlen und Unsicherheit
- Förderung sensitiven und responsiven Verhaltens der Mutter gegenüber ihrem Kind
- Abkürzung des Aufenthaltes
- höhere Behandlungsmotivation
- Fremdbetreuung des Kindes entfällt
 - Entlastung der Familie

58

Um einen Eindruck davon zu vermitteln, wie eine Behandlung innerhalb einer psychiatrischen Mutter-Kind-Abteilung aussehen kann, wird der zweite Teil des Films von Hornstein/ Klier (2004) gezeigt.

Zum Abschluss dieses Moduls wird ein Überblick über die bei uns zur Verfügung stehenden ambulanten und stationären Einrichtungen/ Ansprechpartner (Folie 59+60) sowie die Kontaktdaten der Selbsthilfeinitiative „Schatten & Licht“ (Folie 61) und der deutschsprachigen Marcé-Gesellschaft (Folie 62) gegeben.

Die Teilnehmerinnen werden angehalten, sich für ihren Einsatzort die entsprechende Liste von Ansprechpartnern nach Seminarende selbst zu erstellen, um Therapeuten, Ärzte, Kliniken, Selbsthilfegruppen etc. schnell nachschlagen zu können, wenn diese benötigt werden sollten. Eine Kopie für die Aufstellung von Behandlungseinrichtungen und Ansprechpartnern im persönlichen Umfeld wird den Teilnehmerinnen im Anhang des Manuals mitgegeben.

Anlaufstellen für Betroffene: ambulante Dienste



- niedergelassene Psychiater/ Neurologen
- Sozialpsychiatrischer Dienst
 - Hausbesuche, Beratung, Diagnostik, Weitervermittlung, Hilfe bei der Veranlassung von Haushaltspflege
- Psychologische oder Heilkundliche Psychotherapeuten
- Beratungsstellen (Frauen-, Familien- u.a.)
- Krisenhilfe
 - Hausbesuche/ Kurzzeittherapie über ca. 10 Termine
- Familienpflege/ Haushaltspflege/ private Haushaltshilfe
- Selbsthilfegruppen für (postpartal) depressive Mütter

59

Anlaufstellen für Betroffene: stationäre Dienste



- Psychiatrische Kliniken
 - am besten mit Mutter-Kind-Station bzw. Ermöglichung der Mitaufnahme des Kindes
- Psychiatrische Ambulanzen
- Kliniken für Psychosomatik und Psychotherapie
 - keine umgehende Aufnahme, vorheriger Antrag durch Hausarzt oder Psychiater
 - von den Frauen oft als weniger stigmatisierend erlebt
- Tageskliniken
- Krisenzentren/ Krisenambulanz

60

Schatten & Licht



- Infos über Selbsthilfegruppen
- Therapeutenliste
- Liste der Kliniken mit Mutter-Kind-Abteilungen
- Fragen rund um die verschiedenen Störungsbilder

Schatten & Licht – Krise nach der Geburt e. V.

c/o Frau Sabine Surholt
Obere Weinbergstr. 3
D-86465 Welden

Tel.: 08293 / 965864
Fax: 08293 / 965868

Email: info@schatten-und-licht.de
www.schatten-und-licht.de

61



Marcé-Gesellschaft

Marcé –Gesellschaft
Heidelberger Str. 1a
69168 Wiesloch

Email: info@marce-gesellschaft.de
www.marce-gesellschaft.de

62

Der Zeitbedarf für dieses Modul beträgt 60 Minuten. Die verbliebene Zeit bis zum Ende des ersten Tages wird für eine Transferübung (siehe 6.4.2.10) und Klärung offener Fragen genutzt.

Kopiervorlage 1:

Raum für eigene Eintragungen:

Psychiatrische Ambulanzen:

Sozialpsychiatrischer Dienst:

Krisenhilfe:

(Spezialisierte) Psychiater:

(Spezialisierte) Psychologen/ Psychotherapeuten:

Mütterzentrum/ Mutter-Kind-Gruppen:

Frauenberatungsstellen:

Ambulante Familienpflagedienste:

Selbsthilfegruppen für (postpartal) Depressive:

Psychiatrische Kliniken:

Nächstgelegene Mutter-Kind-Abteilung:

6.4.2.8 Risikofaktoren – Kennen und Erkennen (Modul 3)

Der zweite Schulungstag beginnt mit einer gelenkten Imagination, in der die Teilnehmerinnen sich in eine Situation hineinversetzen sollen, in der sie familiär oder beruflich mit einer Frau zu tun hatten, die ein Störungsbild post partum aufwies. Danach sucht sich jede Teilnehmerin ein Symbol aus, welches ihr Gefühl im Zusammenhang mit dieser Begegnung am besten symbolisiert (hierzu eignen sich unterschiedlichste Postkartenmotive, aber auch Steine, Tarotkarten oder anderweitige als Symbole verwendbare Gegenstände). Es folgt ein Austausch in Zweiergruppen (20 Minuten), anschließend eine kurze Zusammenführung im Plenum. Inhaltlich erfolgt danach die Vorstellung der Risikofaktoren psychischer Störungen post partum.

Früherkennung und Umgang mit psychischen Problemen post partum

Modul 3:
Risikofaktoren – Kennen und Erkennen

63

Themen/ Modul 3



- Risikofaktoren für die Entstehung einer Wochenbettpsychose
- Risikofaktoren für die Entstehung einer PPD
- Screening auf Risikofaktoren – wann und wie?

64

Nach einer Übersicht über die Risikofaktoren einer Wochenbettpsychose (Folie 65) werden die im Zusammenhang mit PPD evaluierten Faktoren vorgestellt. Es folgt eine Übersicht über die Kategorien, in die sich die Risikofaktoren einstufen lassen (Folie 66), wobei jede Kategorie anschließend in den Einzelfaktoren erläutert wird (Folie 67-74).

Risikofaktoren für Wochenbettpsychosen



- vorherige Wochenbettpsychosen
- Vorgeschichte sonstiger Psychopathologie (v.a. affektive Psychosen)
- familiäre Belastung mit affektiven Psychosen

65

Mündliche Ergänzung:

Liegen diese Risikofaktoren vor, so ist es ratsam, die Frau über dieses Risiko aufzuklären, und möglichst schon in der Schwangerschaft einen Psychiater zu Rate zu ziehen, der über eine etwaige prophylaktische Behandlung entscheiden kann.

Risikofaktoren, die bei PPD als bedeutsam ermittelt wurden



- Vorerkrankungen
- Persönlichkeitsfaktoren
- Kindheitseinflüsse
- psychosoziale Faktoren
- Partnerschaft und soziales Umfeld
- Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- kindbezogene Faktoren/ Umgang mit dem Kind

66

Vorerkrankungen



- Depressionen während der Schwangerschaft
- Angst während der Schwangerschaft
- Vorgeschichte an psychischen Störungen
- vorherige PPD oder Wochenbettpsychose
- Depressionen und andere psychische Störungen bei Verwandten
- PMS (→ Empfindlichkeit für Hormonschwankungen?)

67

Mündliche Ergänzung:

Die Geschlechtshormone weisen Einflüsse auf Anzahl und Sensitivität der Rezeptoren auf. Hierdurch kann es gerade bei Frauen mit einer Empfindlichkeit für Hormonschwankungen zur Auslösung von Depressionen und Psychosen kommen.

Persönlichkeitsfaktoren



- Neurotizismus
- negativer Attributionsstil
- geringe Bewältigungsstrategien (z.B. Flucht, Vermeidung)
- geringes Selbstwertgefühl
- Perfektionismus

68

Kindheitseinflüsse



- Trennung von den Eltern in der frühen Kindheit
- sonstige frühe Verlusterlebnisse
- Missbrauchs- und Gewalterlebnisse in der Kindheit
- geringe elterliche Fürsorge
- problematische eigene Mutter-Kind-Beziehung

Mögliche Konsequenz: Erleben des Kindes als Konkurrent bei eigenen Bemutterungswünschen

69

Psychosoziale Faktoren



- Alter der Mutter
- Familienstand (ledig, geschieden, verwitwet)
- Parität (Erstgebärende?)
- Anzahl der Kinder (Überlastung?)
- niedriger Bildungsstand
- niedriger Beschäftigungsstatus der Mutter
- geringes Familieneinkommen
- Arbeit während der Schwangerschaft

70

Partnerschaft und soziales Umfeld



- (wahrgenommener) Mangel an sozialer Unterstützung
- geringe Unterstützung durch den Vater des Kindes
- schwierige Beziehung zum Ehemann
- geringe eheliche Zufriedenheit
- Dauer der Partnerschaft

71

Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett



- Life-Events vor der Geburt
- ungeplante/ unerwünschte Schwangerschaft
- geburtshilfliche Komplikationen und Komplikationen in der Schwangerschaft, z.B.:
 - ungeplanter Geburtsverlauf
 - Sauglocke, Zangenentbindung
 - Kaiserschnitt
 - Missbildungen/ Behinderungen des Kindes
 - Frühgeburt
- Baby-Blues

72

Kindbezogene Faktoren



- Stress mit der Versorgung des Kindes
 - Schreikinder
 - Koliken
 - Schlafprobleme
 - Essprobleme
- Temperament des Kindes



Unvorhersagbarkeit des kindlichen Verhaltens kann Ohnmacht und Hilflosigkeit auslösen!

73

Umgang mit dem Kind



- Unsicherheit bzgl. Bedürfnissen des Kindes
- Angst, etwas falsch zu machen
- Angst, der neuen Aufgabe nicht gewachsen zu sein
- Unzulänglichkeitsgefühle
- Selbstzweifel
- Resignation
- negative/ gemischte Gefühle gegenüber dem Kind
- Versagensgefühle

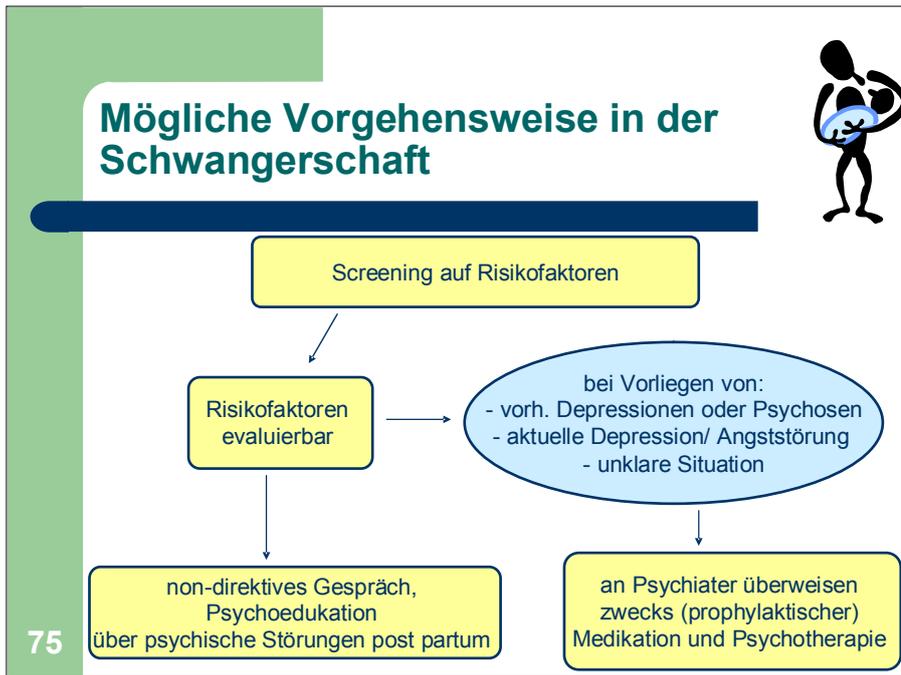
74

Mündliche Ergänzung:

Bei der Auslösung einer postpartalen Depression spielen hormonelle, biochemische, psychodynamische und psychosoziale Faktoren zusammen. Folgender Entstehungsweg wird vermutet: Genetisch und entwicklungsbedingt vulnerable Frauen entwickeln durch die hormonellen Schwankungen und auf der Basis daraus resultierender biochemischer Veränderungen eine Prädisposition für die Entstehung einer Depression oder Wochenbettpsychose. In den meisten Fällen kommt diese jedoch erst dann zum Ausbruch, wenn zusätzliche psychodynamische und psychosoziale Faktoren die Bewältigungsfähigkeiten der Person überschreiten.

Es schließt sich die Besprechung des PDPI von Beck an. Dieses wird den Hebammen in meiner deutschen Übersetzung (Kopiervorlage Abbildung 2) als Gesprächsleitfaden ausgehändigt, der sowohl in der Schwangerenvorsorge als auch im frühen Wochenbett zur Sensibilisierung gegenüber gefährdeten Müttern dienen kann. Es wird deutlich darauf hingewiesen, dass z.B. die Nachfrage nach vorherigen psychischen Erkrankungen eine bewusste Wortwahl erfordert, z.B. indem man der Mutter erklärt, dass es nach der Geburt zu Depressionen und Psychosen kommen kann, dass (familiäre) Vorerkrankungen das Risiko dafür erhöhen und dass es deshalb – um dieses Risiko einschätzen zu können – hilfreich wäre, mehr über die Frau zu wissen. Bei Feststellen von Risikofaktoren sollte sich ein Gespräch mit der Frau hierüber anschließen.

Das mögliche Vorgehen in der Schwangerschaft wird mit Hilfe von Folie 75 erläutert.



Mündliche Ergänzung:

Um Rückfälle zu verhindern, ist es wichtig, der Frau vor einer weiteren Entbindung Hilfsmöglichkeiten aufzuzeigen und auch den Partner über die Risikofaktoren und ersten Anzeichen einer Störung zu informieren sowie ihn zu motivieren, seiner Frau besonders viel emotionale Unterstützung und Unterstützung bei der Versorgung des Kindes zukommen zu lassen.

Die Teilnehmerinnen erhalten nun zwei Fallbeispiele von Frauen mit einer PPD, anhand derer sie in Kleingruppen (zu dritt oder viert) folgende Fragestellungen erörtern:

- Beschreiben Sie die im Wochenbett erkennbaren Symptome der Störung.
- Nennen Sie Gefährdungsfaktoren, die erkennbar gewesen wären, wenn in der Schwangerschaft/ im frühen Wochenbett ein Gespräch mit der Frau stattgefunden hätte.
- Erörtern Sie die mögliche Vorgehensweise einer Hebamme im Umgang mit der Betroffenen. Berücksichtigen Sie dabei, welche Unterstützungsmöglichkeiten der Betroffenen offeriert und welche Maßnahmen veranlasst werden können/ müssen.

Die Ergebnisse der Kleingruppenarbeit werden nach 45 Minuten im Plenum zusammengetragen.

Kopiervorlage 2:

Fallbeispiel Frau A. aus Sauer (1997):

Frau A. wurde als Älteste von drei Kindern geboren. Sie wurde streng katholisch erzogen und war ein sehr sensibles Kind. Frau A. fühlte sich als Kind einsam und alleingelassen. Zu den Eltern bestand kein Vertrauensverhältnis. Die Mutter war seit der Geburt des dritten Kindes immer krank, und Frau A. vermutet, dass es sich auch bei ihrer Mutter um eine postpartale Depression gehandelt hat. Schon sehr früh hat Frau A. deshalb Pflichten im Haushalt und bei der Versorgung der jüngeren Geschwister übernehmen müssen. Sie bemühte sich, brav zu sein und der Mutter wenig Kummer zu machen. Der Vater lehnte Frau A. völlig ab und beschimpfte sie. Einziger Vertrauter von Frau A. war der Großvater. Frau A. war schon in ihrer Jugend sehr krank. Sie litt von Anfang an unter Menstruationsstörungen und musste die Pille nehmen. Bis heute leidet sie unter dem prämenstruellen Syndrom mit verstärkter Esswut, Reizbarkeit und Traurigkeit. Des Weiteren zeigte Frau A. als Jugendliche ein Verhalten, das sie selbst „autistisch“ nennt: Sie konnte niemanden anschauen und hatte Angst, selber angeschaut zu werden. Tagelang litt sie unter Weinkrämpfen und verkroch sich in ihrem Zimmer. Dazu kamen Muskelschmerzen und Steifheit der Gelenke, die sie manchmal zu tagelanger Bettlägerigkeit zwangen.

Frau A. heiratete mit 23 Jahren. Das erste Kind war geplant. In der Schwangerschaft hatte Frau A. die gesamten neun Monate unter starker Übelkeit zu leiden. Die Geburt war schwierig und lebensbedrohlich: Aufgrund eines Arztefehlers bekam Frau A. wehenfördernde Mittel. Später erfolgte eine Zangengeburt bei noch nicht voll eröffnetem Muttermund. Das Kind wurde ihr nach der Geburt für einen Tag weggenommen und kam in ein Wärmebett. Aus Dankbarkeit, dass das Kind gesund war, hat Frau A. nach der Geburt dieses Kindes das Rauchen aufgegeben, obwohl sie eine sehr süchtige Raucherin war und ihr dies sehr schwer fiel. Da der Junge nicht gut saugen konnte, hat Frau A. ihn nicht gestillt. Zusätzlich litt er unter einer Nahrungsmittelallergie. Die Ehebeziehung war zu diesem Zeitpunkt sehr problematisch. Frau A. hatte wenig Unterstützung von ihrem Mann und konnte sich ihm mit Problemen nicht anvertrauen. Die Mutter, die nach der Geburt kommen wollte, um ihr zu helfen, sagte plötzlich ab, und Frau A. war mit der Versorgung des Kindes auf sich gestellt, ohne jegliche Vorkenntnisse zu haben.

Nach der Geburt dieses Kindes haben sich Depressionen eingestellt. Symptome der Depression von Frau A. waren ein ausgeprägtes Schlafbedürfnis, Beeinträchtigungen ihrer Fähigkeit, klar zu denken, Beeinträchtigungen ihrer Merkfähigkeit, Erinnerungslücken und Konzentrationsstörungen, Energielosigkeit, Minderwertigkeitsgefühle, Schuldgefühle, Appetitstörungen und Selbstmordgedanken.

Die Depression legte sich zu Beginn der zweiten Schwangerschaft. In dieser Schwangerschaft hatte Frau A. drei Monate unter Übelkeit zu leiden. Des Weiteren bekam sie eine Cerclage, aufgrund derer sie sich sehr schonen musste. Nach der Geburt des zweiten Kindes stellten sich erneut gesundheitliche und psychische Probleme ein. Diesmal traten auch Wahnzustände auf, Panikanfälle, Angst vor geschlossenen Türen und Angst, nach draußen zu gehen. Auch dieses Kind litt unter einer Nahrungsmittelallergie und war sehr krank. Aufgrund einer Brustentzündung stillte Frau A. sehr schnell ab. Nach der Geburt dieses zweiten Kindes wurde Frau A. von ihrer Mutter der Glaube wieder nähergebracht. Bis dahin hatte sie starke Schuldgefühle, weil sie so viel in ihrem Leben falsch gemacht hatte, und sie hatte Angst, deshalb sterben zu müssen. Nun bekehrte sie sich und übertrug ihre Schuld an Jesus. Damit hatte sie das Gefühl, von ihrer Eigenverantwortung für ihr Leben befreit zu sein, verlangte dafür aber nach einer starken Führung.

Beim dritten Kind litt Frau A. in der Schwangerschaft unter Schmerzen und hatte zudem große Angst vor einer erneuten Fehlgeburt, da sie zwischen dem zweiten und dritten Kind bereits zwei Fehlgeburten hatte. Körperlich ging es ihr zu diesem Zeitpunkt einigermaßen gut. Bis jetzt hatte Frau A. mit ihrem Ehemann und den zwei Kindern in einer kleinen 50-qm-Wohnung gelebt. Zwei Monate nach der Geburt des dritten Kindes zog die Familie um. Das Kind hatte Koliken, und Frau A. musste es die ganze Nacht herumtragen. Dadurch konnte sie wochenlang kaum schlafen. Da ihr Mann sich auf Prüfungen vorbereiten musste, hat Frau A. den Haushalt alleine bewältigen müssen. Kurz nach dem Umzug kam es zu einem erneuten Zusammenbruch. Frau A. war zu keiner Handlung mehr fähig, und ihr damals neunjähriger Sohn musste den Säugling wickeln und das Essen kochen. Durch den Umzug kam es auch zu einem fast völligen Verlust an Sozialkontakten. Nach dem Abstillen - Frau A. hat diese Tochter dreizehn Monate lang gestillt - trat wieder eine Verbesserung ihres Zustandes ein.

Bei dem letzten Kind hatte Frau A. seit dem sechsten Schwangerschaftsmonat Wehen. Nach der Totgeburt dieses Kindes haben sich jedoch keine erneuten Depressionen eingestellt. Frau A. sieht in ihrer Trauer nun einen Sinn. Zum ersten Mal seit langer Zeit verspürt sie wieder Leben in sich.

Frau A. hat heute große Schuldgefühle aufgrund ihrer jahrelangen Depressionen, da sie einen negativen Einfluss auf die Entwicklung ihrer Kinder befürchtet.

Kopiervorlage 3:

Fallbeispiel Frau B. aus Sauer (1997):

Frau B. ist als Älteste von drei Kindern aufgewachsen. Ihr Bruder wurde ihr gegenüber immer bevorzugt, weil er der einzige Junge und das Nesthäkchen war. Ihre Schwester war das Lieblingskind des Vaters und habe es immer gut verstanden, sich einzuschmeicheln und alles zu bekommen, was sie wollte. Frau B. wurde ihren Geschwistern immer als Vorbild in bezug auf ihre schulischen Leistungen hingestellt. Freunde und Vergnügen wurden von ihren Eltern als zweitrangig betrachtet, und Frau B. wurde zu stetigem pflichtbewusstem Lernen angehalten. Akzeptiert wurde sie nur, wenn sie gute Noten nach Hause brachte. Zu ihren Eltern hatte Frau B. kein Vertrauensverhältnis. Der Vater habe sofort herumgeschrien und sei ausfallend geworden, die Mutter habe sich bei Konflikten zurückgezogen und geweint. Sie sei ansonsten häufig sehr ungeduldig mit den Kindern gewesen. Probleme konnten nie besprochen werden.

Frau B. hatte in ihrer Ausbildung zur Arzthelferin zum ersten Mal psychische Probleme, die jedoch nicht in der Intensität der nachfolgenden Depression verliefen. Kurz vor dem Abschluss wollte Frau B. die Ausbildung abbrechen, da sie sich durch die Prüfungsvorbereitungen akut überfordert fühlte und glaubte, ihren selbstgesetzten Ansprüchen, die Prüfung mit Auszeichnung zu bestehen, nicht gerecht werden zu können.

Nach der Ausbildung hat Frau B. geheiratet. Das erste Kind war geplant, und die Schwangerschaft und Entbindung verliefen ohne Komplikationen. Das Stillen hat Frau B. erschöpft, aber psychisch fühlte sie sich bei diesem Kind ausgeglichen. Die stetige Müdigkeit erlebte Frau B. als große Belastung, ihr Ehemann hat ihr jedoch sehr viel im Haushalt und bei der Versorgung des Kindes geholfen. Nach dem Erziehungsurlaub nahm Frau B. ihre Berufstätigkeit wieder auf und überließ ihren Sohn einer Tagesmutter. Das zweite Kind war ungeplant und wurde schon 1½ Jahre nach dem ersten geboren. Frau B. hatte zunächst große Zweifel, wie sie alles schaffen solle, war ängstlich, angespannt und beunruhigt. Durch Blutungen in der Frühschwangerschaft musste Frau B. ihre Berufstätigkeit wieder aufgeben. Die Entbindung, bei der ihr Mann anwesend war, verlief komplikationslos. Frau B. bekam ein Rooming-in-Zimmer; sie hatte weder ein allgemeines Stimmungstief noch Stillprobleme. Das Kind selbst war unproblematisch, hat wenig geschrien und auch nachts gut durchgeschlafen. Durch mangelndes Ausschlafen-Können mit den zwei kleinen Kindern kam es dennoch zu ständiger Müdigkeit und Gereiztheit. Frau B. hat zudem ihren Haushalt hundertprozentig in Ordnung halten wollen und sich keine Erholungspausen gegönnt. Von ihrem Mann hat sie für ihre Leistung kaum Anerkennung bekommen.

Vier Monate lang hat Frau B. ihren Sohn gestillt, bis sie aus Erschöpfung abstillte. Ihr Mann - von Beruf Sanitäter - hatte zu der Zeit oft Nachtdienst, so dass sie sich häufig alleingelassen fühlte. Frau B. wurde zunehmend nervöser und konnte nachts schlecht schlafen. Zu diesem Zeitpunkt war sie nicht mehr in der Lage, den Haushalt und die Kinder alleine zu versorgen. Am liebsten hätte sie den ganzen Tag geschlafen; sie war lustlos und hat viel geweint. Bedingt durch ihre Depression kam es auch zu Ehekonflikten und sexuellen Schwierigkeiten. Des Weiteren war Frau B. voller Panik, mit den Kindern alleine zu sein und hatte Angst, mit ihnen nicht fertig zu werden. Wenn ihr Mann zur Arbeit musste, bedrängte sie ihn deshalb, zu Hause zu bleiben. In dieser Zeit hat der Ehemann Frau B. sehr liebevoll beigestanden und einen Großteil des Haushalts erledigt. Ihre Eltern und die Schwiegermutter reagierten zunächst ebenfalls verständnisvoll auf die Probleme von Frau B., machten ihr jedoch nach einiger Zeit Vorwürfe, sich zusammenzureißen. Das geringe Verständnis war eine zusätzliche Belastung.

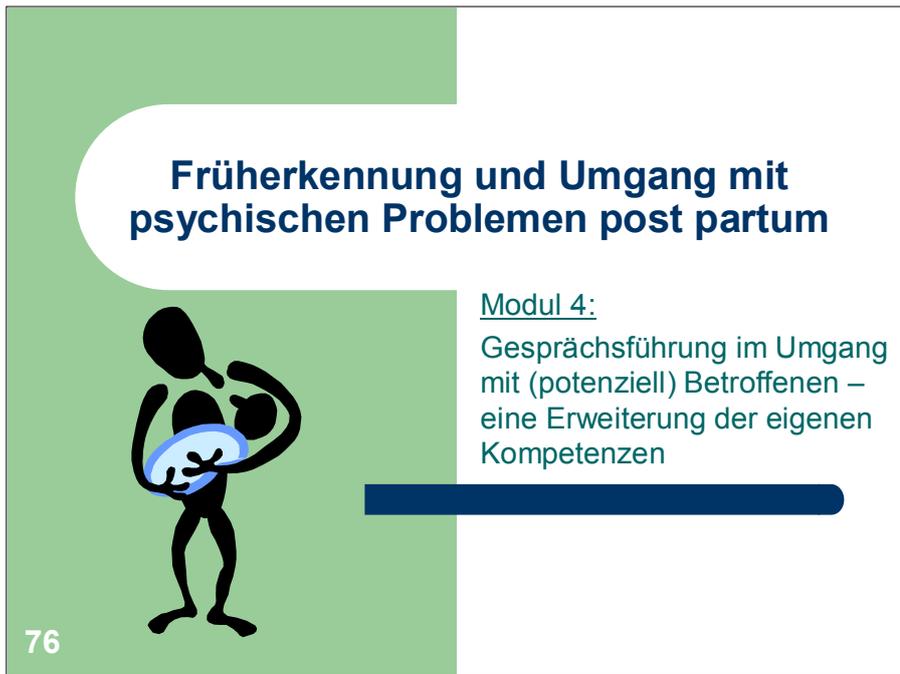
Frau B. ging nach einiger Zeit zu einem Psychiater, der ihr ein Antidepressivum verschrieb. Dieses nahm sie acht Wochen lang, ohne dass sich ihr Zustand besserte. Frau B. hat dann eine Therapie bei der Caritas begonnen, wo sie Einzel- und Paargespräche wahrgenommen hat. Nach zwei Monaten ließen ihre Depressionen nach. Nach ihrer Besserung ist Frau B. ein- bis zweimal pro Woche alleine ausgegangen, was zu ihrer weiteren Stabilisierung beigetragen hat, da sie das Allein- und Angebundensein mit den Kindern als große Belastung empfand.

Zur Zeit unseres Erstgesprächs hatte Frau B. einen depressiven Rückfall. Sie war zuvor an einer schweren Grippe erkrankt, in deren Verlauf sie sehr abmagerte. Auch die Kinder waren krank. Dazukam, dass der Ehemann von Frau B. durch den Umbau des Hauses seiner Mutter zeitlich stark beansprucht war, denn die Familie wollte bald dort einziehen. Frau B. hatte große Angst vor den Belastungen dieses Umzugs und trauerte um das jetzige Haus, in dem sie sich sehr wohl fühlte. Auch die hohe Verschuldung durch den Umzug machte ihr große Sorgen. Über ihre Ängste hatte Frau B. bislang nicht mit ihrem Mann gesprochen.

Der Zeitbedarf für dieses Modul beträgt einschließlich der Tages-Einstiegsübung drei Unterrichtsstunden.

6.4.2.9 Gesprächsführung im Umgang mit (potenziell) Betroffenen – eine Erweiterung der eigenen Kompetenzen (Modul 4)

Einleitend wird wiederum zunächst ein Überblick darüber gegeben, was die Teilnehmer inhaltlich im nächsten Themenblock erwartet.

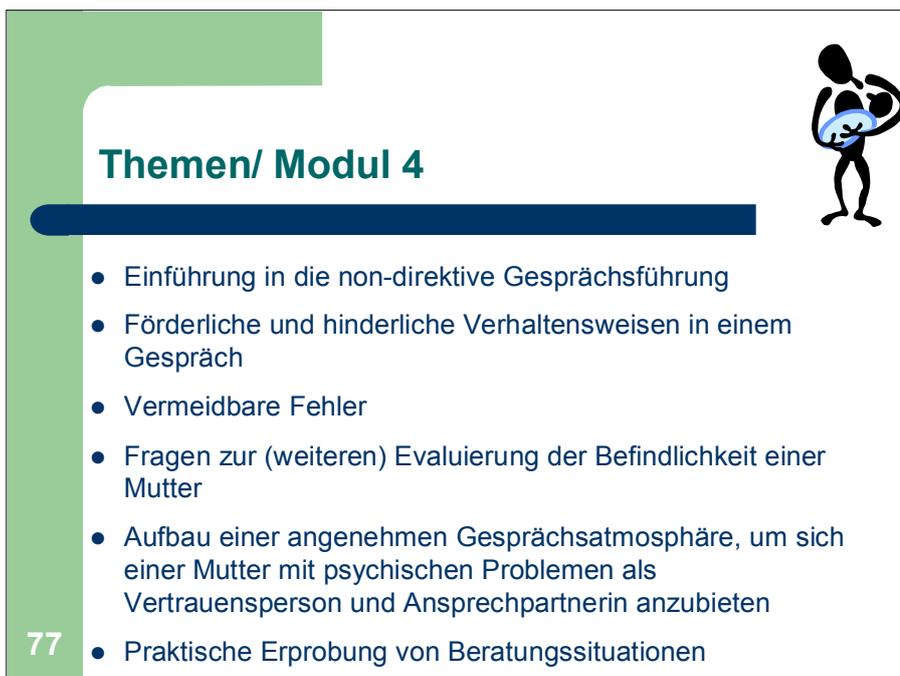


Früherkennung und Umgang mit psychischen Problemen post partum

Modul 4:
Gesprächsführung im Umgang mit (potenziell) Betroffenen – eine Erweiterung der eigenen Kompetenzen



76



Themen/ Modul 4



- Einführung in die non-direktive Gesprächsführung
- Förderliche und hinderliche Verhaltensweisen in einem Gespräch
- Vermeidbare Fehler
- Fragen zur (weiteren) Evaluierung der Befindlichkeit einer Mutter
- Aufbau einer angenehmen Gesprächsatmosphäre, um sich einer Mutter mit psychischen Problemen als Vertrauensperson und Ansprechpartnerin anzubieten
- Praktische Erprobung von Beratungssituationen

77

Der Einstieg in dieses vierte Modul erfolgt über ein Rollenspiel im Plenum. Eine Teilnehmerin wird gebeten, eine Mutter mit Baby-Blues während ihres Krankenhausaufenthaltes zu verkörpern, der Referent übernimmt die Beraterrolle und baut alle erdenklichen Fehler der Gesprächsführung ein (siehe Kopiervorlage „Hilfreiches Gesprächsverhalten – hinderliche Reaktionsweisen). Die Teilnehmerinnen werden gebeten, sich zu notieren, was ihnen auffällt. Danach erfolgt ein neues Rollenspiel zu einem Gespräch mit einer depressiven Mutter während eines Hausbesuches, welches nach den Regeln der non-direktiven Gesprächsführung geführt wird (siehe Kopiervorlage „Hilfreiches Gesprächsverhalten – förderliche Reaktionsweisen). Die Beobachtungen werden anschließend im Plenum zusammengetragen und diskutiert, so dass die Teilnehmerinnen durch die direkte Beobachtung hilfreiche und weniger hilfreiche Gesprächsweisen reflektieren können. Danach erhalten alle Teilnehmerinnen die Kopiervorlage 4: „Hilfreiches Gesprächsverhalten“, welche unter Benennung praktischer Beispiele zu den jeweiligen Verhaltensweisen im Plenum besprochen wird.

Mündliche Ergänzung:

Schon zu Beginn des Gespräches entsteht eine „therapeutische Beziehung“; selbst die gut gemeinte Überweisung an den Facharzt, z.B. wegen fehlender Zuständigkeit oder dem Gefühl, für das Problem inkompetent zu sein, kann von einer depressiven Patientin als Ablehnung und Zurückweisung erlebt werden, wenn dies nicht einfühlsam vermittelt wird. Bei Suizidgedanken kann es u.U. sogar lebensbedrohlich sein, eine Gesprächsbereitschaft der Frau nicht aufzugreifen, da sie sich möglicherweise anderen Personen nicht mehr öffnen wird. Daher ist es sinnvoll, zumindest Grundzüge von non-direktivem Gesprächsverhalten im Umgang mit depressiven Patientinnen zu beherrschen und sich nicht auf eine mangelnde Zuständigkeit zu berufen.

Gerade für Mütter, die Schuld- und Versagensgefühle entwickeln, weil sie eben nicht die strahlende Mutter sind, die einem die Medien immer vorspiegeln, ist es äußerst wichtig, so akzeptiert zu werden, wie sie derzeit empfinden. Dies allein hat schon entlastende Wirkung.

Diese Art der Gesprächsführung kann auch als Begleitung während medikamentöser Behandlung und sonstiger Therapien, als alleinige Intervention bei leichten depressiven Störungen und zum Aufbau einer Motivation zur Inanspruchnahme anderweitiger Hilfen eingesetzt werden. Eine psychotherapeutische, persönlichkeitsverändernde Arbeit kann hingegen von der Hebamme nicht geleistet werden!

Kopiervorlage 4 (in Anlehnung an Schwäbisch/ Siems 1974):

Hilfreiches Gesprächsverhalten

Mit welchen konkreten Verhaltensweisen kann ich einer anderen Person helfen, ihr Problem zu klären und eventuell eine Lösung zu finden?

Durch welche Verhaltensweisen kann mein Gesprächspartner gehemmt werden, seine Gefühle und Gedanken auszudrücken?

Fördernde Verhaltensweisen sind alle Reaktionen, die dem Gesprächspartner vermitteln,

- dass seine Gefühle und Gedanken verstanden, akzeptiert und nicht wertend gehört und aufgenommen werden,
- dass man aktiv engagiert und beteiligt am Gespräch ist,
- dass man sich offen mit seinen eigenen Gedanken und Gefühlen in das Gespräch einbringt.

Im Einzelnen:

a) aktives aufmerksames und akzeptierendes Zuhören. Gemeint ist kein passives Schweigen, sondern ein engagiertes Zuhören.

Signale, die die Bereitschaft ausdrücken, zuzuhören und zu verstehen, sind z.B. Kopfnicken, zugewandter, freundlicher Blick, den Körper jemandem zuneigen, Äußerungen wie "ja", "hm", "genau", "aha" usw.

Signale, die ein Nichtverstehen oder Andersdenken anzeigen, wären z.B. Kopfschütteln, Blick abwenden, sich zurücksetzen, Arme verschränken, Äußerungen wie "nein", "aber", "ach was", sofort unterbrechen, sofort nachfragen, sofort klären oder richtig stellen wollen.

Erst wenn wir unserem Gesprächspartner vermitteln, dass wir seine Gefühle verstehen, helfen wir ihm, sie auch selbst anzunehmen; dies macht die Gedanken frei für neue Einsichten. Wenn ein Mensch seine negativen Gefühle nicht akzeptiert, werden sie immer wieder die Gedanken dieser Person in Beschlag nehmen.

Verständnisfragen sind hingegen erlaubt und sinnvoll. Es ist wichtig, dass die Patientin und/ oder ihre Angehörigen sich weiterhin akzeptiert fühlt - mit allem, was sie sagt und preisgibt.

b) Paraphrasieren. Man wiederholt den Inhalt der Aussage des Gesprächspartners noch einmal mit eigenen Worten, um sicherzugehen, dass man ihn auch richtig verstanden hat.

c) Verbalisierung der gefühlsmäßigen Erlebnisinhalte. Man teilt dem Gesprächspartner mit, welche Gefühle man aus der Äußerung herausgehört hat. Man paraphrasiert also den gefühlsmäßigen Inhalt seiner Aussage und nicht die Darstellung äußerer Sachverhalte.

d) Wahrnehmungsüberprüfung. Man sagt dem Gesprächspartner, wie man sein Verhalten hier und jetzt wahrnimmt und fragt nach, ob die Vermutungen zutreffen. z.B.: "Ich habe den Eindruck, dass Sie sehr viel Angst haben. Stimmt das?"

e) Informationssuche. Damit sind Fragen gemeint, die sich genau auf das beziehen, was der Gesprächspartner geäußert hat. Fragen, die neue Themenbereiche anschneiden, würden den Gesprächspartner in seinem Gedankenfluss hemmen.

f) Mitteilung der eigenen Gefühle. Man kann auch äußern, wie man selbst dem besprochenen Problem gegenüber fühlt. Damit macht man transparent, was man selber denkt und fühlt. Der Versuch, den Gesprächspartner zu überzeugen, dass er diese Gedanken und Gefühle übernehmen sollte, wird ihn jedoch in seinem Gefühlsausdruck hemmen!

Man darf die Patientin und/oder Angehörigen aber nicht mit den eigenen Problemen belasten. Ein Mitteilen, wie man selbst ein solches Problem gelöst hat, kann dagegen hilfreich sein.

*"Partnerzentrierte" Gesprächsführung heißt auch, dass wir es dem Partner überlassen, eine neue Einsicht zu bekommen. Selbst wenn wir die Lösungsmöglichkeit schon klar vor Augen haben, ist es besser, wenn der Gesprächspartner selbst auf sie kommt. Erst dann, wenn er die Lösung von sich aus äußert, kann er auch gefühlsmäßig zu ihr stehen - es ist **seine Lösung!***

Hindernde Reaktionsweisen sind alle Reaktionen, die

- dem Gesprächspartner seine Gefühle „nehmen“, d.h. ihm vermitteln, dass er diese Gefühle nicht haben oder äußern darf,
- dem Gesprächspartner Gefühle der Unterlegenheit und Bedeutungslosigkeit vermitteln und/oder
- dem Gesprächspartner vermitteln, dass man ihm nicht zutraut, dass er mit unserer Hilfe alleine eine Lösung für sein Problem finden wird.

Im Einzelnen:

a) Wechsel des Themas ohne Erklärung. Damit vermittelt man dem Gesprächspartner, dass man an seinen Äußerungen nicht interessiert ist.

b) Beenden des Blickkontaktes. Gemeint ist hiermit die optische Beschäftigung mit anderen Menschen oder Dingen und nicht das Wegschauen, damit sich der Gesprächspartner beim Nachdenken besser konzentrieren kann.

c) Interpretationen. Wenn man den Gesprächspartner belehrt, welche Motive hinter seinem Verhalten stehen. Damit spielt man sich zum „Guru“ auf, der schon weiß, was mit dem anderen los ist.

d) Ratschläge und Überredung. Der Gesprächspartner will zunächst verstanden werden und nicht mit Rezepten überschüttet werden. Alle Befehle und Aufforderungen („Mach doch mal...“) bringen ihn dazu, seine Gefühle gegenüber dem Problem nicht mehr zu äußern und vermitteln ihm ein Gefühl der Unterlegenheit und des Versagens. Außerdem wird der andere dadurch entmündigt. Hilfreich kann es aber sein, wenn man selbst erzählt, wie man das Problem lösen würde (oder schon einmal gelöst hat) und es dann aber dem Gesprächspartner überlässt, zu entscheiden, ob diese Lösungen für seine Situation hilfreich und nützlich sind.

e) Verneinung der Gefühle, Bagatellisierungen. Hemmend wirken sich z.B. Äußerungen aus wie „Sie haben gar keinen Grund, diese Gefühle zu haben!“, „Nun stellen Sie sich mal nicht so an.“, „So schlimm kann das doch gar nicht sein.“ oder auch das gutgemeinte „Na, das wird schon wieder!“

Der Gesprächspartner bekommt dadurch das Gefühl, dass er keine Berechtigung für solche Gefühle hat. Er wird die Gefühle zu unterdrücken versuchen oder Scheingründe suchen, um doch für die Gefühle eine "Berechtigung" zu erhalten. Es kostet unnötige Zeit und Kraft, die Gefühle zu rechtfertigen, anstatt diese Kraft für die Lösung der Probleme einzusetzen.

f) Emotionale Verpflichtungen. Äußerungen wie „Wie können Sie nur so denken ...“ oder „Eigentlich müssten Sie dankbar sein...“ erzeugen beim Gesprächspartner Scham- und Minderwertigkeitsgefühle, und er wird nicht mehr offen äußern, was er denkt und fühlt.

g) Die Benutzung der offenen Äußerungen als Kampfmittel. Wenn man eine Information, die einem der andere in einem offenen Gespräch anvertraut, später gegen ihn verwendet („Aber neulich haben Sie doch gesagt ...“), erschüttert man das Vertrauen des Gesprächspartners, und er wird sich nicht mehr offen äußern können.

Durch die Art des Zuhörens und einfaches "Dasein" kann das Gesprächsklima so beeinflusst werden, dass der Gesprächspartner in Ihnen jemanden findet, dem er sich anvertrauen kann. Ein solches Gespräch schafft die Möglichkeit, sich mal auszusprechen, Schuldgefühle und Ärger auszudrücken. Es gibt der Patientin/ ihren Angehörigen Gelegenheit, sich selbst klarer zu werden über negative Gefühle und Empfindungen, die ihr Problem sind und sie beschäftigen und die unbewältigten Probleme im Gespräch mit einem anderen Menschen zu strukturieren und zu bewältigen.

Es folgt mit Folie 78 eine Ergänzung, welche Fehler im Umgang mit depressiven Müttern vermieden werden sollten und Beispiele, mit welchen Fragen die Befindlichkeit der Mutter (weiter) evaluiert werden könnte (Folie 79).

Fehler im Umgang mit depressiven Müttern



- vorschneller Versuch von „Problemlösungen“
 - auch: wichtige Lebensentscheidungen treffen lassen
- voreilige Genesungsversprechungen
- Appelle, sich zusammenzureißen
- Aufklärungs- oder Zerstreuungsversuche, Ablenkung
- sich von der Hoffnungslosigkeit anstecken lassen
- Gereiztheit und Vorwurfshaltungen als persönlichen Angriff und nicht als Symptome der Krankheit sehen
- die Frau mit Fachausdrücken überfordern

78

Mündliche Ergänzung:

Die genannten Verhaltensweisen können die Verzweiflung und Schuldgefühle der Mutter eher verstärken. Wichtig ist demgegenüber, immer wieder die positiven Seiten zu bestärken, der Frau ihre Fähigkeiten als Mutter und ihre sonstigen Stärken hervorzuheben, um ihr Selbstwertgefühl wieder aufzubauen. Des Weiteren sollte der betroffenen Frau die Depression als behandelbare Erkrankung vermittelt und Hoffnung auf Besserung gemacht werden. Dies hat eine entlastende Erklärung; Selbstvorwürfe wegen der Unfähigkeit, den Zustand abzustellen, werden verringert.

Das Gespräch mit der Patientin sollte unter vier Augen stattfinden. Störungen von außen, z.B. eine immer wieder ins Zimmer platzende Mutter/ Schwiegermutter sollten freundlich, aber bestimmt verboten werden.

Fragen zur Evaluierung der Befindlichkeit einer Mutter - Beispiele



- offene Fragen zum Gesprächseinstieg:
 - „Wie laufen die Dinge denn so?“
 - „Unterscheiden sich Ihre Erwartungen im Hinblick auf das Baby von ihren jetzigen Erfahrungen?“
 - „Machen Sie sich über ihren derzeitigen Zustand Sorgen?“
- Fragen zur Suizidalität:
 - „Haben Sie, wenn es Ihnen so schlecht geht, manchmal das Gefühl, dass alles keinen Sinn mehr hat?“
 - „Haben Sie manchmal den Gedanken, dass Ihr Kind ohne Sie besser dran ist?“
- Frage nach Zwangsgedanken:
 - „Es ist nicht selten für neue Mütter, aufdringliche, unerwünschte Gedanken zu haben, dass sie ihr Baby schädigen könnten. Haben Sie solche Gedanken bei sich beobachten können?“

79

Mündliche Ergänzung:

Wichtig ist nach dem Befinden der Frau zu fragen und sich nicht nur auf den Eindruck zu verlassen, weil es vielen postpartal depressiven Frauen immer noch gelingt, nach außen eine intakte Fassade zu wahren und zu lächeln.

Man sollte jedoch nicht fragen, ob die Frau glaubt, eine „postpartale Depression“ zu haben, sondern nach Symptomen und Gefühlen, da die Frauen unter PPD möglicherweise etwas ganz anderes verstehen.

Entlastend ist es auch, nach Phantasien (z.B. Schuld, Unzulänglichkeit, Selbstmord- und Kindsmord-Gedanken) zu fragen.

Nunmehr erhalten die Teilnehmer die Gelegenheit zur Erprobung der eigenen Kompetenzen in der non-direktiven Gesprächsführung in Form kurzer Rollenspiele. Es werden Dreiergruppen gebildet mit je einer Beraterin, einer Patientin und einer Beobachterin. Den Arbeitsauftrag, eine Beratungssituation im Krankenhaus, enthält Folie 80. Alternativ kann dieser auch auf einem Flipchart visualisiert werden. Die Teilnehmerinnen verteilen sich auf unterschiedliche Räume, um sich nicht gegenseitig zu stören; nach 45 Minuten erfolgt ein kurzes Blitzlicht zu diesen Rollenspielen im Plenum.

Rollenspiel: Eine Beratungssituation im Krankenhaus



- Situation:
 - Die Hebamme findet die Wöchnerin in Tränen aufgelöst vor.
 - Nach einem Notfall-Kaiserschnitt hat die Frau das Gefühl, um die Geburt betrogen worden zu sein.
 - Die Hebamme reagiert auf die Frau mit den Mitteln der non-direktiven Gesprächsführung.
- Gesprächsdauer: ca. 5 Minuten, danach max. 10 Minuten Reflektion über
 - das Empfinden in den jeweiligen Rollen
 - Schwierigkeiten, Unsicherheiten, Ängste
 - Beobachtungen von außen
- Rollentausch

80

Mündliche Ergänzung:

Schon in der Klinik oder bei Hausbesuchen kann und sollte auf das Verhalten der Mutter gegenüber ihrem Kind geachtet werden. Vorsichtigen und unsicheren Frauen kann die Hebamme dabei helfen, einen selbstsichereren Umgang mit ihrem Kind zu finden. Dabei ist es wichtig, nicht nur Pflorgetechniken beizubringen, sondern den liebevollen Umgang zwischen Mutter und Kind zu fördern, der Mutter Reaktionen ihres Kindes zu zeigen, Spiele mit dem Neugeborenen etc. Dies stärkt das Selbstvertrauen der Mutter und hilft bei der Förderung der Mutter-Kind-Interaktion.

Wenn schon in der Klinik bei Verstimmungen eine entlastende Aussprache stattgefunden hat, hat die Frau zudem eher die Motivation, sich auch bei späteren Beschwerden an die Hebamme zu wenden, wenn sie Unterstützung braucht.

Um das non-direktive Gesprächsverhalten stärker zu verankern, erfolgt ein zweiter „Beratungsdurchgang“ in neuen Dreiergruppen, die den Arbeitsauftrag „Hausbesuch bei einer Mutter mit mittelschwerer Depression“ erhalten (Folie 81). Die Zusammenschau im Plenum erfolgt nach 1 Zeitstunde.

Rollenspiel: Hausbesuch bei einer Mutter mit mittelschwerer Depression

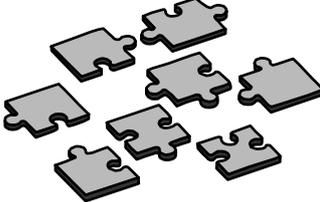


- Situation:
 - Die Hebamme wird 6 Wochen nach der Entbindung wegen Stillschwierigkeiten um einen Besuch gebeten.
 - Sie findet die Frau apathisch vor. Es gelingt ihr nicht, auf die Signale des Kindes sensitiv einzugehen.
 - Die Hebamme bemüht sich um eine Thematisierung der Probleme der Frau und versucht ihr zu helfen.
- Gesprächsdauer: ca. 10 Minuten; anschließend max. 10 Minuten Reflektion über
 - das Empfinden in den jeweiligen Rollen
 - Schwierigkeiten, Unsicherheiten, Ängste
 - Beobachtungen von außen
- Rollentausch

81

Die Nachbesprechung des zweiten Übungsganges wird zum Anlass genommen, Grenzen und Befürchtungen der Hebamme in die Diskussion und Reflektion mit einzubinden. Sollten diese nicht spontan von den Teilnehmerinnen benannt werden, wird unter dem Hinweis, welche Fragen in anderen Seminaren häufig gestellt wurden, anhand von Folie 82 eine Diskussion eingeleitet.

Häufig gestellte Fragen



- Bin ich für derartige Interventionen überhaupt zuständig?
- Bin ich kompetent genug, um mit der Frau zu sprechen?
- Ich will keine "schlafenden Hunde wecken"! Was kann ich auslösen, wenn ich meine Beobachtungen anspreche?
- Ein solches Gespräch macht mir Angst! Worauf lasse ich mich da ein?
- Wie kann ich mich gegen zu große zeitliche und emotionale Ansprüche der betroffenen Frau schützen?

82

Das Modul schließt mit der abschließenden Empfehlung ab, auch die persönlichen Anteile zu reflektieren (privat, im Rahmen von Supervision o.ä.), weil diese sich immer auch im Beratungsverhalten gegenüber einer Frau niederschlagen. Wichtig ist auch als Leitprinzip für das Handeln der Hebamme in der Früherkennung, dass sie die Betreuung der Frau nur solange durchführt, wie sie sich damit sicher fühlt und dass sie sich in allen Zweifelsfällen Hilfe durch andere Personen/ Einrichtungen hinzuholen bzw. die Frau weitervermitteln muss (Folie 83). Die Grenzen der Betreuung und Beratung durch die Hebamme müssen ggfs. auch gegenüber der betroffenen Mutter verdeutlicht werden.



Last but not least

- Reflektion des eigenen Mutterschaftsbildes
 - „Ideale“ Mutterschaftsvorstellungen können das Beratungsverhalten gegenüber einer depressiven Mutter beeinflussen.

Verlieren Sie die Individualität der Mutter nicht aus dem Auge!

“The guiding principle always must be *when in doubt, consult and refer.*” (Kennedy et al. 2002). Zu deutsch:

Das Leitprinzip muss immer sein, sich im Zweifelsfall Rat zu suchen und die Frau weiterzuvermitteln!

83

Noch verbliebene Fragen zur gesamten Thematik sollten jetzt noch im Plenum geklärt werden, bevor es an den Abschluss des Seminars geht.

Der Zeitbedarf für dieses Modul beträgt 4 Unterrichtsstunden.

6.4.2.10 Abschluss und Transfer

Insbesondere der Transfer ist für die Effektivität eines Seminars von großer Bedeutung. Klein beschreibt hierzu:

„Wissen allein hat (meist) nicht viel Sinn, wenn es nicht in konkrete Handlung umgesetzt wird. Denn: Wissen ist nicht gleich Können. Können erlangt man nur durch konkretes Tun. Manche Dinge können sofort umgesetzt werden, an-

deres braucht Training, ich muss es also öfter tun. Vor allem aber muss man sofort damit anfangen. Je mehr Zeit nach einem Seminar verstreicht, umso geringer ist die Chance, dass etwas in Handlung umgesetzt wird“ (Klein 2003, S. 174).

Um einen hohen Transfer zu gewährleisten, ist es auch am Ende des ersten Seminartages ratsam, diesen mit einem Resümee zu beschließen, welches die behandelten Inhalte den Teilnehmerinnen nochmals vor Augen führt. Hierzu wird die „Fischernetz“-Methode verwendet (aus Klein 2003). Auf Pinnwände/ Flipchart sind Netze gezeichnet, auf denen in einer Ecke „Meine 2 wichtigsten Lernerfahrungen ...“ steht. Die Teilnehmerinnen erhalten jeweils 2 Moderationskarten und werden gebeten, ihre 2 wichtigsten Lernerfahrungen des Tages aufzuschreiben und in das Netz zu heften. Die Karten werden anschließend vorgelesen. Die Teilnehmerinnen sind auf diese Weise aufgefordert, den Inhalt des Tages zu reflektieren, auf ihre Vorerfahrungen hin zu vergleichen und sich die für sie besonders relevanten Themen vor Augen zu führen. Dies kommt einer inneren Kurzwiederholung gleich, wobei die Teilnehmeraktivierung nach Meier (2003) die Wiederholung lernwirksamer macht als eine Zusammenfassung durch den Referenten.

Vor dem eigentlichen Abschluss des Seminars am Ende des zweiten Seminartages erfolgt eine erneute Ein-Punkt-Abfrage zu denselben Fragen wie bei Beginn des Seminars, d.h. die Hebammen werden erneut gebeten, die These „Hebammen sind für die Früherkennung und das Management psychischer Störungen im Wochenbett (mit) zuständig.“ Sowie die These „Ich fühle mich sicher in der Früherkennung und im Management von psychischen Störungen im Wochenbett.“ einzuschätzen. Beide Plakate (Beginn- und Endeinstufung) werden für alle gut sichtbar nebeneinander aufgehängt.

Zum Abschluss des gesamten Seminars wird nun eine Methode verwendet, die – in modifizierter Form - aus Klein (2003) stammt, das Ausfüllen eines Transfer-Fragebogens. Mit diesem Fragebogen können die Teilnehmerinnen zunächst für sich selbst klären, was sie von den Seminarinhalten, dem Gelernten und Erfahrenen umsetzen wollen. Die hierfür notwendigen Schritte schriftlich festzuhalten, schafft eine größere Verbindlichkeit. Es wird empfohlen, sich eine Partnerin zu suchen, mit der zu einem festgelegten Zeitpunkt eine Nachreflektion stattfinden kann. Die Fragen werden auch auf dem Flipchart oder einer Folie visualisiert, anhand derer zunächst der Fragebogen erläutert wird.

Nach dem Ausfüllen tun sich die Teilnehmerinnen zu zweit mit der Partnerin zusammen, mit der sie auch die Nachreflektion durchführen wollen und tauschen sich über die festgehaltenen Vorhaben aus.

Kopiervorlage 5:

Transferfragebogen

1) Was will ich umsetzen?

Themen:  _____

Methoden: _____

2) Wie?

3) Wann? 

4) Mit wem?

5) Welche Vorarbeiten sind notwendig?

6) Welches Material brauche ich?   

7) Welche Schwierigkeiten könnten auftreten? 

8) Strategien zur Überwindung: 

9) „Patenschaft“ _____

Name: _____ 

 : _____ Termin: _____

Das Seminar schließt damit, dass alle Teilnehmerinnen gebeten werden, auch vor der Gesamtgruppe kurz mitzuteilen, was sie in Zukunft umsetzen wollen, wo noch Schwierigkeiten gesehen werden und wie diese angegangen werden sollen/ können. Aufgabe der Seminarleitung ist an dieser Stelle, den (bisherigen) Lernprozess – auch unter Bezugnahme auf die Einpunkt-Abfrage vor Beginn und am Ende des Seminars - zusammenzufassen, den Transfer bzw. die Transfernotwendigkeit in den beruflichen Alltag zu untermauern und auf mögliche Anschlussaktivitäten zu verweisen.

Der Zeitbedarf beträgt 1 Unterrichtsstunde.

6.5 Erste Erfahrungen mit den bisherigen Schulungen

Im Oktober 1994 fand die erste Fortbildung von Hebammen zu der Thematik „Früherkennung und Umgang mit postpartalen Depressionen“ statt. Die Hebammen kamen aus den unterschiedlichsten Arbeitskontexten (Kliniken, ambulante Nachsorge, Lehrhebamme) und brachten unterschiedliches Vorwissen in Bezug auf Beratungskompetenzen mit.

Dieses zweitägige Wochenende zeigte auf, dass ein großes Bedürfnis der teilnehmenden Hebammen nach weiterführendem Wissen und Handlungsanweisungen hinsichtlich Wochenbettpsychosen und schwerer depressiver Störungen bestand. Diese Störungen sind zum einen am auffälligsten und treten zu einem früheren Zeitpunkt auf; dadurch werden sie für die Hebammen eher sichtbar. Zum anderen lösen sie die größte Verunsicherung aufseiten Außenstehender und den größten Leidensdruck bei den Betroffenen aus. Eine Hauptmotivation der Hebammen, an einer derartigen Schulung teilzunehmen, war zu lernen, mit ihrer Hilflosigkeit umzugehen und zu erfahren, wie sie sich in bisher erlebten Fällen kompetent hätten verhalten können und sollen. Großer Bedarf bestand daher auch an dem Austausch von eigenen Erfahrungen, wobei die Übung zur Imagination (vgl. 6.4.2.8) gute Impulse setzen konnte.

Durch die jahrelange Berufserfahrung hatten die Hebammen meist schon viele betroffene Frauen gesehen, ihre Symptome wahrgenommen und auch die Faktoren beobachtet, die zu postpartalen Störungen führen. Zwar hatten sie dies nicht systematisch theoretisch reflektiert, es war aber als implizites Wissen durchaus vorhanden. So ergab sich in unterschiedlichsten, voneinander unabhängigen Schulungen immer wieder die Beobachtung der Hebammen, dass postpartale

Depressionen sehr häufig bei "lehrerinnenhaften" Frauen auftreten; damit meinen sie Frauen, die sich besonders gründlich in Form von Geburtsvorbereitung und theoretischer Reflexion auf ihr Kind vorbereiten und die in hohem Maße zwanghaft-perfektionistisch strukturiert sind. Dies bestätigt die Erkenntnisse, die auch in diversen Studien (vgl. 4.2.2.2) vorgefunden wurden.

Die Hebammen konnten auch beobachten, dass die betroffenen Frauen häufig eine ambivalente Beziehung zu ihren Müttern hatten und dass die Störung vielfach dann auftrat, wenn die Frauen zu Hause von ihren eigenen Müttern betreut wurden. Das war in den beschriebenen Fällen, die die Hebammen beispielhaft vorbrachten, überdurchschnittlich häufig der Fall.

Bei der praktischen Erprobung von Beratungssituationen ergaben sich bei dem ersten Fortbildungswochenende hingegen große Schwierigkeiten. Die Hebammen glaubten, das Beraten nicht mehr üben zu müssen, weil sie dies in vielen Situationen wie z.B. bei Stillschwierigkeiten ohnehin anwenden. Jedoch zeigte sich in der Beobachtung dieser Gesprächssituationen, dass direktiv vorgegangen wurde, was bei medizinischen Problemen durchaus sinnvoll ist, aber nun auf die Beratung depressiver Mütter übertragen wurde. Auf die Regeln der non-direktiven Gesprächsführung zu achten, fiel den Hebammen äußerst schwer.

Schwierig wurde es auch im Umgang mit einer psychotischen Patientin (ebenfalls im Rollenspiel erprobt). Hier wurde anhand des Widerstands gegenüber Rollenspielen in der anschließenden Reflektion deutlich, dass die Hebammen lieber gar nicht versuchen *wollen* zu beraten, da sie es als nicht mehr in ihren Kompetenzbereich fallend erleben und große Angst haben, durch ihr Gespräch etwas auszulösen, mit dem sie nicht umgehen können.

In der Beobachtung der einzelnen Gesprächssituationen ließ sich feststellen, dass die Beratung der Hebammen insgesamt (also auch bei den „harmlosen“ Gesprächssituationen, z.B. bei einer Mutter mit Baby-Blues) sehr problematische Faktoren aufwies: So wurde viel mit Interpretationen gearbeitet, häufig wurde mit Beschwichtigungen und mit Fragen auf andere Themen übergelenkt. In Beratungssituationen, bei denen die Hebamme versuchte, der Frau unterbewusste Motivationen und Gefühle bewusst zu machen und Lösungswege mit ihr herauszuarbeiten, machte sich schnell Resignation breit, da deutlich wurde, dass sich innerhalb eines kurzen Gespräches Persönlichkeitsstrukturen einer Frau nicht grundlegend verändern lassen. Es zeigte sich hier ein sehr hoher Beratungsanspruch und Anspruch an die eigene „Leistung“ als Hebamme, und es wurde als Versagen erlebt - und verbalisiert -, keine spontanen und grundlegenden Verän-

derungen bewirken zu können. Es erfordert Geduld von beiden Seiten, wenn sich eine Betroffene die weiteren Schritte selbst erarbeitet, und die eigenen Grenzen und Möglichkeiten müssen deutlich abgesteckt werden, sollen nicht Ohnmacht und Hilflosigkeit bei den Hebammen überhand nehmen.

Von Seiten der Hebammen finden sich auch Vorurteile gegen derartige Interventionen: Angst und Unsicherheit, mit den hervorgerufenen Emotionen nicht umgehen zu können, Angst den Verlauf nicht mehr kontrollieren zu können. Nicht zuletzt gibt es auch eigene innere Widerstände, sich auf die Problematik der Frau einzulassen oder ein anderes Krankheitsmodell, z.B. dass Depressionen eine biologische Ursache haben, so dass ein Eingreifen und eine Hilfe auf der Gesprächsebene gar nicht sinnvoll erscheinen.

Die Reflektionsrunde zeigte dementsprechend, dass die Hebammen sich in ihrer Berufsrolle überfordert fühlten und im Grunde die Aufgabe der Beratung einer betroffenen Mutter sehr stark von sich wiesen. Es ging im weiteren Verlauf dann stärker darum, wie sie lernen könnten, sich zu distanzieren, wie sie sich abgrenzen und eine Frau zur Inanspruchnahme von anderweitiger Unterstützung motivieren können. Deutlich wurde auch, dass die Hebammen sehr stark von einem medizinischen Verständnis des „Machens“/ „Machen-Könnens“ geprägt waren. Sie waren es gewohnt, z.B. durch ihr Handeln im Kreissaal die Verantwortung für die Frau/ Gebärende mit zu übernehmen und ihr zu sagen, was sie tun sollte. Aus diesem Grund war es schwer, in Beratungssituationen aus diesem Berufsverständnis herauszutreten und zu erfahren, dass man nicht immer etwas „machen“ und verändern kann. Hieraus resultierte auch das stark in Richtung Informationsweitergabe geprägte Gesprächsverhalten, ohne auf die unterschwellig thematischen Angebote der Frau einzugehen. Die Gefahr bei Gesprächen über psychische Faktoren war die mangelnde Kontrollierbarkeit des weiter folgenden Gesprächsverlaufes, dem durch Vermeidung schwieriger Themen aus dem Weg gegangen wurde. Es erschien den Hebammen insgesamt zu bedrohlich, die gewohnte Kontrolle abzugeben. Sie wehrten sich deutlich gegen eine - als psychische wie zeitliche Überforderung erlebte - Erweiterung ihres Verantwortungsbereiches. Die Teilnehmerinnen hatten das Bedürfnis, sich gegen ihre Patientinnen abzugrenzen und ihnen zu verdeutlichen, dass sie nicht für alles zuständig seien. Es machte sich im weiteren Verlauf mittels eines Rollenspiels im Plenum großes Erstaunen darüber breit, wie durch wenig Interventionen - durch aktives, ruhiges Zuhören, Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte und Paraphrasieren - in kurzer Zeit ein Gespräch zu einem für beide Seiten befriedigenden Abschluss ge-

bracht werden kann. Zwar ist damit oftmals nicht das gesamte Problem aus der Welt geschaffen, aber die Frau fühlt sich akzeptiert und verstanden und die Hebamme muss sich nicht über ihre Möglichkeiten und Kompetenzen hinaus einlassen.

An dieses Wochenende schlossen sich weitere selbst oder durch Orts-/ Landes-Hebammenverbände organisierte Wochenenden und mehrtägige Unterrichtsveranstaltungen an zwei Hebammenschulen an, bei denen im Vorhinein auf die Möglichkeiten und Grenzen von Hebammen im Umgang mit den Frauen hingewiesen wurde, und es der Entscheidung der Teilnehmerinnen anheim gestellt wurde, welche der vermittelten Inhalte sie in ihre Berufspraxis übertragen wollten. Die Erfahrung zeigte, dass hiermit eine wesentliche Entlastung von einem „ich muss“ zu einem „ich will“ stattfand. Wie auch Holden (1996) herausstellte, sollte es für die mit der Früherkennung vertrauten Fachleute keine Verpflichtung geben, die Beratung leichter betroffener Frauen selber zu übernehmen. Wenn sich jemand mit dem Umgang überfordert fühlt, sollte ohne schlechtes Gewissen und unter Reflektion von/ Verweis auf die eigenen Grenzen eine Überweisung an andere Professionelle stattfinden.

In der Folge wurden – mit zunehmendem Bekanntheitsgrad – vorrangig Vorträge und kurze Workshops zur Thematik angefragt, so dass das Schulungskonzept umgestaltet wurde/ werden musste. Hierdurch wurden deutlich mehr Hebammen angesprochen, da durch den damit verbundenen geringeren Zeitaufwand der „Einsatz“ zunächst nicht so hoch erscheint. Somit galt es, eine Darstellungsform zu finden, die den Hebammen dennoch – neben theoretischem Grundwissen – einen schnellen Überblick über das Verhalten gegenüber betroffenen Frauen und ihre Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit diesen gibt. Dies war der Grundstein für die Entwicklung von Modul 1, bei dem die Schulung auf die vorrangige Vermittlung der theoretischen Inhalte mit konkreten Handlungsvorschlägen für die Hebamme eingegrenzt wurde. Durch eine Verbreitung der theoretischen Wissensinhalte kann dann – erst im zweiten Schritt – auch genügend Interesse geweckt werden, praktische Beratungskennnisse zu erwerben, wenn eine intensivere Beschäftigung mit dem Thema gewünscht wird. Den anderen Hebammen bleibt es freigestellt, betroffene Frauen weiterzuvermitteln, was bei einer klaren Abgrenzung der Zuständigkeitsgebiete von den betroffenen Frauen nicht als Abweisung erlebt werden muss.

Für die weitere Verbreitung der Erkenntnis, dass eine Früherkennung dieser Störungen Aufgabe der Hebammen sein kann und muss, erscheint es sinnvoller, Lücken zu lassen und weitere Fortbildungsmöglichkeiten aufzuzeigen – falls gewünscht – als sich auf einige wenige besonders engagierte Hebammen zu fokussieren. Diejenigen Hebammen, die sich mit der Problematik auseinandersetzen, sind zum größten Teil durch eigene Erfahrungen mit betroffenen Frauen und jahrelange Berufserfahrung hochgradig sensibilisiert und auf einem hohen Vorwissenstand. Die anderen Hebammen, denen die Problematik noch nicht begegnet ist, sind auf diesem Wege schwer zu erreichen. Um eine großflächige Kenntnis zur Thematik zu erreichen, wäre zudem die Einbindung der Thematik und Vermittlung von Kenntnissen über psychische Störungsbilder post partum in die Ausbildung an (allen) Hebammenschulen erforderlich.

Seit der Einführung der neuen Hebammen-Berufsordnung NRW vom 04. Mai 2002 sind hebammenspezifische, evidenzbasierte Fortbildungen im Umfang von 20 Unterrichtsstunden je Jahr für alle Hebammen verpflichtend geworden. Voraussetzung ist die Teilnahme an Veranstaltungen, deren Anerkennung durch den Hebammen-Landesverband NRW zuvor bewilligt wurde, für das beschriebene Fortbildungskonzept im März 2005. Es bleibt zu hoffen, dass über diesen Weg noch mehr Hebammen motivierbar sind, sich mit der Thematik psychischer Störungen post partum zu beschäftigen, u.a. diejenigen, die ansonsten generell seltener oder thematisch andersgelagerte Fortbildungen besuchen würden und nun im Sekundäreffekt den Nutzen ihrer Anerkennung sehen. (Auch) diese Hebammen für die Früherkennung psychischer Störungen post partum zu sensibilisieren, kann eine besondere Herausforderung und breitere Bewusstmachung der Thematik bedeuten.

7 Ausblick

Obwohl psychische Störungen post partum häufig auftreten, werden sie in der BRD in der Ausbildung von Hebammen, Medizinern, Psychologen, Sozialpädagogen etc. noch stiefmütterlich behandelt. Viele Fachkräfte haben nach wie vor ein unzureichendes Wissen über postpartale Störungsbilder. Dies hat Konsequenzen für den Umgang mit betroffenen Frauen und die Behandlungsformen, die sie erfahren. Aus diesem Grund ist es unerlässlich, dass alle Fachkräfte, die mit schwangeren Frauen und Müttern im ersten Lebensjahr eines Kindes in Berührung kommen, möglichst schon in der Ausbildung ein Wissen über diese Störungen erwerben bzw. sich ein solches in Form von berufsbegleitenden Weiterbildungen aneignen.

Die Schulung von (ausgebildeten) Hebammen ist ein erster, wichtiger Schritt. Sie befähigt die Hebammen, die Störung der Frauen zu erkennen und sie – auf der Basis des erworbenen Wissens – an andere Behandlungseinrichtungen weiterzuvermitteln und/ oder die Beratung bei leichteren Störungen selbst zu übernehmen. Durch die Kenntnis und Anwendung von Screeningverfahren wird die Aufdeckung versteckter Depressionen unterstützt und das (anschließende) Gespräch mit den Frauen über ihre Befindlichkeit initiiert. Insbesondere bewirkt die Schulung aber darüber hinaus, dass die Hebammen sich im Umgang mit den Frauen sicherer fühlen. Da sie nun wissen, wie sie mit den Störungen umgehen können (Störungen, die sie z.T. auch vorher schon wahrgenommen, aber aus Angst und Unsicherheit nicht immer thematisiert haben), fühlen sie sich nun in der Lage, das Problem mit der Mutter anzusprechen und ihr bei der Lösung zu helfen. Wie die Untersuchungen hinsichtlich der Rolle der Kinderärzte zeigten (vgl. 6.2.1.2) ist dies oft der entscheidende Punkt: Aus Unsicherheit erfolgt ein Wegschauen, es bestehen Befürchtungen vor dem Öffnen von „Pandora’s Box“ (Gerrard et al. 1993), wenn Depressionen oder andere psychische Störungen thematisiert werden. Wenn die Fachleute diesbezüglich mehr Sicherheit bekommen, besser wissen, wie sie mit den als betroffen wahrgenommenen Frauen umgehen können, wie sie diese unterstützen können, ohne sich selber damit zu überfordern, wird auch ein Teil der Tabuisierung abgebaut, die über diesem Thema liegt. Die Frauen werden spüren, dass die Fachleute weniger Hemmungen haben, mit ihnen über ihre (depressiven) Gefühle zu reden, und es ist zu vermuten, dass sie über kurz oder lang von sich aus deren Hilfe auch aktiv suchen werden. Insofern ist dieses Schulungskonzept auch ein Schritt auf dem

Weg der Enttabuisierung psychischer Störungen post partum und mit dazu geeignet, das Hilfesuchverhalten der Frauen zu beeinflussen.

Es darf jedoch nicht dem Zufall überlassen bleiben, ob eine Mutter an eine auf diesem Gebiet kompetente und ausgebildete Hebamme trifft. Die Anerkennung der Fortbildungen auf die Pflichtfortbildungsstunden kann hier ein Weg sein, noch mehr Hebammen für eine Fortbildung über psychische Störungen post partum zu interessieren und motivieren. Erstrebenswert ist jedoch v.a. auch die Aufnahme der Thematik in die Ausbildungscurricula von Hebammen (und Mediziner), ggfs. unter vorheriger Schulung der Lehrhebammen für diese Aufgabe. Schulungen anderer Berufsgruppen müssen sich anschließen, um eine möglichst umfassende Erkennung und Versorgung der betroffenen Mütter zu gewährleisten.

Auch die Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit im Umfeld von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett soll noch einmal hervorgehoben werden. Immer wieder begegnete mir auch in den Fortbildungen eine große Unsicherheit der Hebammen, an wen sie die Frauen weitervermitteln sollen. Dabei wurde thematisiert, dass jenseits der üblichen Sprechstundenzeiten keine Unterstützung von Ärzten oder ambulanten wie stationären psychiatrischen Einrichtungen zu erhalten sei. Die Hebammen fühlen sich zwangsläufig allein gelassen mit der Verantwortung, einer Verantwortung, für die sie nicht ausgebildet sind, denn es kann und soll nicht ihre Aufgabe sein, die längerfristige Betreuung der akut betroffenen, möglicherweise sogar psychotischen Mutter, selbst zu übernehmen. Einige (wenige) Städte haben für solche Situationen Richtlinien und Netzwerke erlassen. So entstand in Hamburg im Rahmen eines „Runden Tisches“ ein Zusammenschluss aller relevanten Professionen zum Thema „Rund um die Geburt“, um von den Erfahrungen der unterschiedlichen Arbeitsbereiche zu profitieren. Ein Ziel dieser Kooperation ist es, Informationen über psychische Störungen post partum bei den Betroffenen und den zuständigen Berufsgruppen (Hebammen, Gynäkologen/ innen, Kinderärzte/innen, Allgemeinärzte/ innen, Psychotherapeuten/ innen) weiter zu verbessern und das Hilfesystem für Ratsuchende transparenter zu machen (Stadtunkte, o.V. 2005). Auch Gesundheitskonferenzen der Städte könnten ein Forum des interdisziplinären Austauschs bieten und die Koordination der Hilfsangebote verbessern, damit die Initiative – auch der Kontaktaufnahme z.B. zu Ärzten – nicht nur den Hebammen überlassen bleibt. Dies ist gerade auch auf der Basis des Studienergebnisses von Nagel-Brotzler et al. (2005) notwendig, die – wie unter 6.2.1.3 beschrieben - eine Unzufriedenheit der Hebammen mit den therapeutischen Möglichkeiten des Umfeldes feststellten,

z.T. weil sie von psychiatrischer Seite in ihrer Wahrnehmungskompetenz psychischer Störungen angezweifelt wurden (was sich durch einen gleichberechtigten, interdisziplinären Austausch verringern lassen könnte), z.T. weil lange Wartezeiten für psychotherapeutische Maßnahmen bestehen.

In den letzten Jahren wurde das Augenmerk vorrangig auf eine Erweiterung der Angebote zur gemeinsamen stationären Mutter-Kind-Behandlung gelegt; diese Entwicklung ist ohne Frage begrüßenswert und notwendig. Andererseits darf die ambulante Behandlungssituation darüber nicht vergessen werden. Es müssen schnell verfügbare, ambulante psychotherapeutische Angebote zur Weitervermittlung der Frauen bereitstehen. Nur unter dieser Voraussetzung werden sich (noch) mehr Hebammen für eine Früherkennung betroffener Frauen zuständig fühlen. Eine Früherkennung macht nur dann einen Sinn, wenn sich daraus Konsequenzen für die (Weiter-)Behandlung ergeben und die erkannten Frauen auch an adäquate Behandlungseinrichtungen weitervermittelt werden können. Solange es keine ausreichenden Behandlungsmöglichkeiten gibt, an die vermittelt werden kann, erleben viele Hebammen es als zusätzliche Belastung und Überforderung, psychische Störungen im Wochenbett aufzudecken und weisen diese Zuständigkeit von sich. Die Befürchtung, mit der Problematik allein gelassen zu werden, ist – wie die Erfahrung vieler Hebammen zeigt – dabei nicht unberechtigt.

Notwendig ist auch, dass parallel zu den Bestrebungen, Hebammen stärker in die Früherkennung einzubeziehen, eine Bewusstseinsveränderung bei den anderen beteiligten Berufsgruppen stattfindet, damit sie die Hebammen a) in ihrer Wahrnehmungskompetenz schätzen und b) einer Kooperation aufgeschlossen gegenüber stehen, was auch eine schnelle Übernahme der Behandlungsverantwortung bedeuten kann. So ist ein oft genanntes Argument in den Schulungen, dass derzeit Psychiater nach Feierabend nicht erreichbar sind, dass Kliniken keine Aufnahme ermöglichen und dass schnelle Psychotherapien nur dann ermöglicht werden können, wenn die Frauen die Kosten (meist bei nicht kassenzugelassenen Psychologen oder heilkundlichen Psychotherapeuten) selbst übernehmen. Aus diesem Grund wird oft eine Früherkennung vernachlässigt (und aus Hilflosigkeit gegenüber den dann nur unzureichenden Handlungsmöglichkeiten unbewusst selbst offensichtlich depressive Mütter übersehen).

Die Bereitschaft der Psychiater zur Kooperation wurde von den Hebammen immer wieder als sehr unbefriedigend geschildert. Diese verharren in ihrer sprechstundengebundenen Kommstruktur, zu der viele Mütter – aufgrund depressiver Antriebslosigkeit, nicht zuletzt aber auch aufgrund der massiven Stigmatisie-

rungsängste – nicht in der Lage sind (wenn überhaupt ein schneller Termin zu bekommen wäre). Auch die psychiatrischen Kliniken kommen ihrem Auftrag nicht immer nach. In mehreren Fortbildungen berichteten Teilnehmerinnen, dass – trotz Aufnahmepflicht – Kliniken angaben, voll belegt zu sein und eine Wochenbettpsychotikerin nicht aufnehmen zu können (selbst ohne Kind nicht). In einem Fall berichtete ein Allgemeinmediziner davon, dass er nach Sprechstunden-Ende eine Mutter selbst in eine 50 km entfernte Klinik gefahren habe, weil sie vor Ort nicht aufgenommen wurde.

M.E. wäre es auch zu empfehlen, die Hausärzte stärker in die Betreuung und Versorgung betroffener Frauen einzubinden, die z.B. in den Niederlanden oder England ohnehin eine viel größere Rolle in der Versorgung betroffener Frauen einnehmen, während bei uns die Gynäkologen stärker hervorgehoben werden. In Diskussionen mit den Hebammen im Rahmen der Fortbildungen stellten diese fest, dass die Hausärzte noch am verlässlichsten auch jenseits der normalen Sprechstundenzeiten erreichbar sind - auch in Form von Hausbesuchen - und – was besonders wichtig scheint - sich für die (Mit-)Behandlung verantwortlich fühlen. Im Notfall sind sie auch zur psychiatrischen (Zwangs-)Einweisung einer akut psychotischen oder suizidalen Mutter berechtigt. Zudem kennen sie meist die Betroffenen und ihre Familien, sind somit als Vertrauenspersonen für die ganze Familie von großem Wert.

Eine befriedigende Kooperation der verschiedenen Berufsgruppen ist derzeit noch selten erreicht, und wenn, dann dem Engagement der Hebammen überlassen, die sich mit der Thematik befasst haben und Kontakte im Sinne ihrer Patientinnen aktiv gesucht und geknüpft haben. Eine Umsetzung des erworbenen Wissens zur Früherkennung betroffener Frauen wird sich aber nur dann flächendeckend erreichen lassen, wenn auch die anderen Berufsgruppen ihre Verantwortung im Rahmen dieser Thematik erkennen und übernehmen.

Sinnvoll scheint auch - wie z.B. im Rahmen der Studie von Mac Arthur et al. (2003) nachgewiesen – dass den Hebammen ein größerer Freiraum gelassen wird, wie viele Hausbesuche sie bei den Frauen durchführen, so dass im Falle einer (leichten oder mittleren) Depression ein Kontingent an Hausbesuchen ohne Abrechnungsprobleme zur Verfügung steht. Da dies eine bedarfsabhängige Verlagerung der insgesamt zur Verfügung stehenden Nachsorgetermine bedeutet, entstehen hierdurch keine weiteren Kosten, so dass dieser Weg auch in unserem Gesundheitssystem praktikabel wäre. Notwendig erscheint auch eine verlängerte ärztliche und/ oder hebammengestützte postpartale Betreuung. Eine weitere

Nachsorge nach 3-6 Monaten post partum könnte dabei helfen, auch später entstehende Störungen aufzudecken, bevor das Leiden der Mütter (und ihrer Familien) chronisch wird.

Notwendig ist nicht zuletzt eine weitere Enttabuisierung psychischer Störungen (post partum, aber auch allgemein), nicht zuletzt durch frühzeitige Aufklärung im Rahmen der Geburtsvorbereitung und Schwangerenvorsorge ebenso wie durch die Medien, denn gerade das Tabu um dieses Thema macht vielen Frauen die Suche nach effektiver Hilfe unmöglich. Die öffentliche Haltung, Stigmatisierungen und Vorurteile sowie das psychosoziale Umfeld haben einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf das Krankheitserleben und die Krankheitsverarbeitung betroffener Frauen sowie ihre Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten. Hier muss auf die Störung aufmerksam gemacht werden, ein Bewusstsein für die Problematik geweckt werden, Symptome und Risikofaktoren beschrieben und die Auswirkungen auf das tägliche Leben verdeutlicht werden, wenn mittel- bis langfristig für alle Betroffenen die Situation erleichtert werden soll.

8 Literaturverzeichnis

- Abbott, R./ Dunn, V.J./ Robling, S.A./ Paykel, E.S. (2004): Long-term outcome of offspring after maternal severe puerperal disorder. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(5), S. 365–373.
- Acheson, L.S./ Danner, S.C. (1993): Postpartum care and breast-feeding. In: *Primary Care*, 20(3), S. 729-747.
- Ahokas, A./ Aito, M./ Rimon, R. (2000): Positive treatment effect of estradiol in postpartum psychosis: a pilot study. In: *Journal of Clinical Psychology*, 61(3), S. 166-169.
- Ahokas, A./ Kaukoranta, J./ Wahlbeck, K./ Aito, M. (2001): Estrogen deficiency in severe postpartum depression: successful treatment with sublingual physiologic 17beta-estradiol: a preliminary study. In: *Journal of Clinical Psychology*, 62(5), S. 332-336.
- Alder, E.M./ Cox, J.L. (1983): Breast feeding and post-natal depression. In: *Journal of Psychosomatic Research*, 27(2), S.139-144.
- Altshuler, L.L./ Hendrick, V./ Cohen, L.S. (2000): An update on mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. In: *The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 2(6), S. 217-222.
- Angermeyer, M.C. (1989): Soziales Netzwerk und Schizophrenie: Eine Übersicht. In: Angermeyer, M.C./ Klusmann, D. (Hg.): *Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie*. Berlin u.a.: Springer, S. 188-206.
- Angermeyer, M.C./ Klusmann, D. (Hg.) (1989): *Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie*. Berlin u.a.: Springer.
- Appleby, L. (1996): Suicidal behaviour in childbearing women. In: *International Review of Psychiatry*, 8(1), S.107-115.
- Appleby, L./ Gregoire, A./ Platz, C./ Prince, M./ Kumar, R. (1994): Screening women for high risk of postnatal depression. In: *Journal of Psychosomatic Research*, 38(6), S. 539-545.
- Appleby, L./ Hirst, E./ Marshall, S./ Keeling, F./ Brind, J./ Butterworth, T./ Lole, J. (2003): The treatment of postnatal depression by health visitors: impact of brief training on skills and clinical practice. In: *Journal of Affective Disorders*, 77(3), S. 261–266.
- Appleby, L./ Warner, R./ Whitton, A./ Faragher, B. (1997): A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. In: *British Medical Journal (BMJ)*, 314(7085), S. 932-936.
- Aradine, C.-R./ Ferketich, S. (1990): The psychological impact of premature birth on mothers and fathers. Special Issue: Psychiatric disorders associated with childbearing. In: *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 8(2), S. 75-86.
- Arieti, S./ Bemporad, J. (1983): *Depression: Krankheitsbild, Entstehung, Dynamik und psychotherapeutische Behandlung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Arizmendi, T.G./ Affonso, D.D. (1984): Research on psychosocial factors and postpartum depression: a critique. In: *Birth*, 11(4), S. 237-245.
- Armstrong, K./ Edwards, H. (2003): The effects of exercise and social support on mothers reporting depressive symptoms: A pilot randomized controlled trial. In: *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(2), S. 130–138.
- Armstrong, K.L./ Van Haeringen, A.R./ Dadds, M.R./ Cash, R. (1998): Sleep deprivation or postnatal depression in later infancy: separating the chicken from the egg. In: *Journal of Paediatrics and Child Health*, 34(3), S. 260-262.

- Arnold, L.M. (1999): A case series of women with postpartum-onset obsessive-compulsive disorder. In: *The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 1(4), S. 103-108.
- Arnold, R./ Krämer-Stürzl, A./ Siebert, H. (1999): *Dozentenleitfaden: Planung und Unterrichtsvorbereitung in Fortbildung und Erwachsenenbildung*. Berlin: Cornelsen.
- Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (1997): *Empfehlungen zur Therapie der Depression*. AVP-Sonderheft 8, Köln.
- Asch, S.S./ Rubin, L.J. (1974): Postpartum reactions: some unrecognised variations. In: *Am J Psychiatry*, 131(8), S. 870-874.
- Astbury, J./ Brown, S./ Lumley, J./ Small, R. (1994): Birth events, birth experiences and social differences in postnatal depression. In: *Australian Journal of Public Health*, 18(2), S. 176-184.
- Atkinson, L.S./ Baxley, E.G. (1994): Postpartum fatigue. In: *American Family Physician*, 50(1), S. 113-118.
- Austin, M.P. (1992): Puerperal affective psychosis: is there a case for lithium prophylaxis? In: *The British Journal of Psychiatry*, 161(5), S. 692-694.
- Austin, M.-P. (2004): Antenatal screening and early intervention for "perinatal" distress, depression and anxiety: where to from here? In: *Archives of Women's Mental Health*, 7(1), S. 1-6.
- Austin, M.-P./ Lumley, J. (2003): Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(1), S. 10-17.
- AWMF online (2002): *Leitlinie Psychotherapie der Depression*. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 051/023, Entwicklungsstufe 1. Online veröffentlicht, Zugriff am 14.04.2005 unter www.leitlinien.net/
- Ayers, S./ Pickering, A.D. (2001): Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. In: *Birth*, 28(2), S. 111-118.
- Bachmair, S./ Faber, J./ Hennig, C./ Kolb, R./ Willig, W. (1998): *Beraten will gelernt sein. Ein praktisches Lehrbuch für Anfänger und Fortgeschrittene*. – 7. Auflage – München: Psychologie-Verlags-Union.
- Bäumli, J./ Pitschel-Walz, G. (Hg.) (2003): *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“. Stuttgart; New York: Schattauer.
- Ballard, C./ Davies, R. (1996): Postnatal depression in fathers. In: *International Review of Psychiatry*, 8(1), S. 65-71.
- Ballard, C.G./ Davis, R./ Cullen, P.C./ Mohan, R.N./ Dean, C. (1994): Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. In: *The British Journal of Psychiatry*, 164(6), S. 782-788.
- Ballard, C.G./ Stanley, A.K./ Brockington, I.F. (1995): Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. In: *The British Journal of Psychiatry*, 166(4), S. 525-528.
- Ballestrem von, C.L./ Strauß, M./ Häfner, S./ Kächele, H. (2001): Ein Modell für das Screening von Müttern mit postpartaler Depression. In: *Nervenheilkunde*, 20(6), S. 352-355.
- Ballestrem von, C.L./ Strauß, M./ Kächele, H. (2002): Screening and utilization of treatment in mothers with postnatal depression. In: Kaschka, W.P. (Hg.): *Perspectives in Affective Disorders*. Reihe: *Advances in Biological Psychiatry*, Bd. 21, Basel u.a.: Karger, S. 25-34.
- Ballestrem von, C.L./ Strauß, M./ Kächele, H. (2005): Contribution to the epidemiology of postnatal depression in Germany – implications for the utilization of treatment. In: *Archives of Women's Mental Health*, 8(1), S. 29-35.

- Barnett, B./ Parker, G. (1986): Possible determinants, correlates and consequences of high levels of anxiety in primiparous mothers. In: *Psychological Medicine*, 16(1), S. 177-185.
- Battegay, R. (1991): *Depression: psychophysische und soziale Dimension, Therapie*. - 3., überarb. und erg. Auflage - Bern; Stuttgart; Toronto: Huber.
- BDA-Manual Depression (2002). Hrsg. vom Arbeitskreis zur Erarbeitung von diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen zur Behandlung des depressiven Syndroms in der Hausarztpraxis im Auftrag vom und in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Hausärzteverband. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, Emsdetten. Online veröffentlicht, Zugriff am 11.02.2005 unter www.ifap.de/bda-manuale/depressions/
- BDH (2004): *Die Familienhebamme. Ergebnisbericht der AG Familienhebammen*. Karlsruhe: Bund Deutscher Hebammen e.V. Online veröffentlicht, Zugriff am 15.08.2005 unter www.bdh.de/mitserv/downloads/htm
- Beck, A.T./ Rush, A.J./ Shaw, B.F./ Emery, G. (1996): *Kognitive Therapie der Depression*. - 5. Auflage - Weinheim: Beltz, 1996.
- Beck, C.T. (1992): The lived experience of postpartum depression: a phenomenological study. In: *Nursing Research*, 41(3), S. 166-170.
- Beck, C.T. (1995): Screening methods for postpartum depression. In: *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 24(4), S. 308-312.
- Beck, C.T. (1996): A meta-analysis of predictors of postpartum depression. In: *Nursing Research*, 45(5), S. 297-303.
- Beck, C.T. (1998a): A checklist to identify women at risk for developing postpartum depression. In: *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 27(1), S. 39-46.
- Beck, C.T. (1998b): The effects of postpartum depression on child development: a meta-analysis. In: *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(1), S. 12-20.
- Beck, C.T. (1999): Maternal depression and child behaviour problems: a meta-analysis. In: *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), S. 623-629.
- Beck, C.T. (2001): Predictors of postpartum depression: an update. In: *Nursing Research*, 50(5), S. 275-285.
- Beck, C.T. (2002): Revision of the postpartum depression predictors inventory. In: *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 31(4), S. 394-402.
- Beck, C.T./ Gable, R.K. (2000): Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing. In: *Nursing Research*, 49(5), S. 272-282.
- Beck, C.T./ Gable, R.K. (2001): Further validation of the Postpartum Depression Screening Scale. In: *Nursing Research*, 50(3), S. 155-164.
- Beck, C.T./ Reynolds, M.A./ Rutowsky, P. (1992): Maternity blues and postpartum depression. In: *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 21(4), S. 287-293.
- Becker, W./ Haen, E./ Härter, M./ de Jong-Meyer, R./ Linden, M./ Niebling, W./ Pientka, L./ Sandholzer, H./ Windeler, J. (2003): *Leitlinien-Clearingbericht „Depression“*. äzq-Schriftenreihe, Bd. 12. Niebüll: videel.
- Bell, A.J./ Land, N.M./ Milne, S./ Hassanyeh, F. (1994): Long-term outcome of postpartum psychiatric illness requiring admission. In: *Journal of Affective Disorders*, 31(1), S. 67-70.
- Bell, A.J./ Land, N.M./ Milne, S./ Hassanyeh, F. (1995): Postpartum depression - a specific concept? In: *The British Journal of Psychiatry*, 166(6), S. 826-827.
- Bellew, M./ Hill, A.-B. (1991): Schematic processing and the prediction of depression following childbirth. In: *Personality and Individual Differences*, 12(9), S. 943-949.

- Belschner, W./ Kaiser, P. (1990): Darstellung eines Mehrebenenmodells primärer Prävention. In: Filipp, S.-H.: Kritische Lebensereignisse. – 2., erw. Auflage - München: Psychologie-Verlags-Union, S. 174-195.
- Benkert, O. (1997): Psychopharmaka: Medikamente, Wirkung, Risiken. – 3., verb. Auflage – München: Beck.
- Bennett, E.A. (1981): Coping in the puerperium: the reported experience of new mothers. In: *Journal of Psychosomatic Research*, 25(1), S. 13-21.
- Bennett, D.E./ Slade, P. (1991): Infants born at risk: consequences for maternal postpartum adjustment. In: *British Journal of Medical Psychology*, 64(Pt. 2), S. 159-172.
- Benvenuti, P./ Cabras, P.L./ Servi, P./ Rossetti, S./ Marchetti, G./ Pazzagli, A. (1992): Puerperal psychoses: a clinical case study with follow-up. In: *Journal of Affective Disorders*, 26(1), S. 25-30.
- Benvenuti, P./ Ferrara, M./ Niccolai, C./ Valoriani, V./ Cox, J.L. (1999): The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italian sample. In: *Journal of Affective Disorders*, 53(2), S. 137-141.
- Bergant, A. (2004): Schwangerschaft und psychische Vulnerabilität. Unveröffentlichter Vortrag, 2. Symposium der Marce-Gesellschaft am 22.-23.10.2004 in Frankfurt.
- Bergant, A.M./ Lanczik, M. (1997): Die postpartale Dysphorie. In: *psycho*, 23(7), S. 430-432.
- Bergant, A.M./ Heim, K./ Ulmer, H./ Illmensee, K. (1999): Early postnatal depressive mood: associations with obstetric and psychosocial factors. In: *Journal of Psychosomatic Research*, 46(4), S. 391-394.
- Bergant, A.M./ Moser, R./ Heim, K./ Ulmer, H. (1998a): Burden of childbirth. Associations with obstetric and psychosocial factors. In: *Archives of Women's Mental Health*, 1(2), S. 77-81.
- Bergant, A.M./ Nguyen, T./ Heim, K./ Ulmer H./ Dapunt, O. (1998b): Deutschsprachige Fassung und Validierung der „Edinburgh postnatal depression scale“. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 123(3), S. 35-40.
- Bergant, A.M./ Nguyen, T./ Moser, R./ Ulmer, H. (1998c): Prävalenz depressiver Störungen im frühen Wochenbett. In: *Gynäkologisch-geburtshilfliche Rundschau*, 38(4), S. 232-237.
- Bergemann, N. (2004): Psychopharmakotherapie während Schwangerschaft und Stillzeit: Die Behandlung schizophrener Erkrankungen. Unveröffentlichter Vortrag, 2. Symposium der Marce-Gesellschaft am 22.-23.10.2004 in Frankfurt.
- Bick, D./ Mac Arthur, C. (1994): Identifying morbidity in postpartum women. In: *Modern Midwife*, 4(12), S. 10-13.
- Bick, D./ Mac Arthur, C./ Knowles, H./ Winter, H. (2001): Evidenzbasierte Wochenbettbetreuung und -pflege – Praxishandbuch für Hebammen und Pflegenden. Bern: Hans Huber.
- Bifulco, A./ Brown, G.W./ Moran, P./ Ball, C./ Campbell, C. (1998): Predicting depression in women: the role of past and present vulnerability. In: *Psychological Medicine*, 28(1), S. 39-50.
- Bifulco, A./ Figueiredo, B./ Guedeney, N./ Gorman, L.L./ Hayes, S./ Muzik, M./ Glatigny-Dallay, E./ Valoriani, V./ Kammerer, M.H./ Henshaw, C.A.; TCS-PND Group (2004): Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross-cultural study. In: *The British Journal of Psychiatry*, 184(Suppl. 46), S. 31-37.
- Bishop, L.M. (2002): Coping with postnatal depression: a personal perspective. In: *Medical Journal of Australia (MJA)*, 177(Suppl. 7), S. 106.

- Bloch, M./ Daly, R.C./ Rubinow, D.R. (2003): Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. In: *Comprehensive Psychiatry*, 44(3), S. 234-246.
- Bloch, M./ Schmidt, P.J./ Danaceau, M./ Murphy, J./ Nieman, L./ Rubinow, D.R. (2000): Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. In: *American Journal of Psychiatry*, 157(6), S. 924-930.
- BMBF - Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hg.) (2001): *Es ist, als ob die Seele unwohl wäre ... Depression – Wege aus der Schwermut. Forscher bringen Licht in die Lebensfinsternis.* Bonn: BMBF Publik.
- Boath, E./ Cox, J./ Lewis, M./ Jones, P./ Pryce, A. (1999) : When the cradle falls: the treatment of postnatal depression in a psychiatric day hospital compared with routine primary care. In: *Journal of Affective Disorders*, 53(2), S. 143–151.
- Böker, H. (Hg.) (2000): *Depression, Manie und schizoaffektive Psychosen: Psychodynamische Theorien, einzelfallorientierte Forschung und Psychotherapie.* Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Bölter, D./ Kirschbaum, M./ Beckmann, D. (1986): Eine Verlaufsuntersuchung über Stimmungsschwankungen in den ersten fünf Tagen nach der Entbindung. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 36(2), S. 75-82.
- Bohus, M./ Schehr, K./ Berger-Sallawitz, F./ Novelli-Fischer, U./ Stieglitz, R.-D./ Berger, M. (1998): Kinder psychisch kranker Eltern. Eine Untersuchung zum Problembewusstsein im klinischen Alltag. In: *Psychiatrische Praxis*, 25(3), S. 134-138.
- Boyce, P.M. (2003): Risk factors for postnatal depression: a review and risk factors in Australian populations. In: *Archives of Women`s Mental Health*, 6(Suppl.2), S. 43–50.
- Boyce, P.M./ Todd, A.L. (1992): Increased risk of postnatal depression after emergency caesarean section. In: *The Medical Journal of Australia*, 157(3), S.172-174.
- Boyce, P./ Hickey, A./ Gilchrist, J./ Talley, N.J. (2001): The development of a brief personality scale to measure vulnerability to postnatal depression. In: *Archives of Women`s Mental Health*, 3(4), S. 147–153.
- Boyce, P./ Hickie, I./ Parker, G. (1991): Parents, partners or personality? Risk factors for post-natal depression. In: *Journal of Affective Disorders*, 21(4), S.245-255.
- Boyce, P./ Stubbs, J./ Todd, A. (1993): The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Australian sample. In: *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27(3), S. 472-476.
- Brandes, M./ Soares, C.N./ Cohen, L.S. (2004): Postpartum onset obsessive-compulsive disorder: diagnosis and management. In: *Archives of Women`s Mental Health*, 7(2), S. 99–110.
- Brandstädter, J./ von Eye, A. (Hg.) (1982): *Psychologische Prävention: Grundlagen, Programme, Methoden.* Bern; Stuttgart; Wien: Huber.
- Brazelton, T.B. (1994): *Eine Familie werden. Wie sich Beziehungen entwickeln und verändern.* München: Deutscher Taschenbuch Verlag (dtv).
- Brennan, P.A./ Hammen, C./ Andersen, M.J./ Bor, W./ Najman, J.M./ Williams, G.M. (2000): Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: relationships with child outcomes at age 5. In: *Developmental Psychology*, 36(6), S. 759-766.
- Bright, D.A. (1994): Postpartum mental disorders. In: *American Family Physician*, 50(3), S. 595-598.
- Brisch, K.H. (1999): *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. - 2. Auflage -* Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brockington, I. (2001a): Die Psychiatrie der Mutterschaft – ein neues Fachgebiet. In: Klier, C./ Demal, U./ Katschnig, H. (Hg.): *Mutterglück und Mutterleid. Diagnose und Therapie der postpartalen Depression.* Wien: Facultas, S. 11-20.

- Brockington, I. (2001b): Mutter-Kind Einheiten in Kliniken. In: Klier, C.M./ Demal, U./ Katschnig, H. (Hg.): Mutterglück und Mutterleid. Diagnose und Therapie der postpartalen Depression. Wien: Facultas, S. 73-77.
- Brockington, I. (2004): Postpartum psychiatric disorders. In: *The Lancet*, 363(9405), S. 303-310.
- Brockington, I.-F./ Meakin, C.J. (1994): Clinical clues to the aetiology of puerperal psychosis. In: *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 18(3), S. 417-429.
- Brockington, I.-F./ Kelly, A./ Hall, P./ Deakin, W. (1988): Premenstrual relapse of puerperal psychosis. In: *Journal of Affective Disorders*, 14(3), S. 287-292.
- Brockington, I.-F./ Martin, C./ Brown, G.-W./ Goldberg, D./ Margison, F. (1990): Stress and puerperal psychosis. In: *The British Journal of Psychiatry*, 157(3), S. 331-334.
- Broekman, B. (2003): „Damit sie wieder was zu lachen hat!“ Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Entwicklungsbeeinträchtigungen. Online veröffentlicht am 08.01.2003, Zugriff am 03.01.2005 unter www.ipsis.de/themen/thema_kinder_kranker_eltern.htm
- Brüderl, L. (1988): Auseinandersetzung mit Problemen und Anforderungen im Prozeß der Familienwerdung. In: Brüderl, L. (Hg.): Belastende Lebenssituationen: Untersuchungen zur Bewältigungs- und Entwicklungsforschung. Weinheim; München: Juventa Verlag, S. 76-95.
- Brugha, T.S./ Sharp, H.M./ Cooper, S.-A./ Weisender, C. / Britto, D./ Shinkwin, R./ Sherrif, T./ Kirwan, P. H. (1998): The Leicester 500 Project. Social support and the development of postnatal depressive symptoms, a prospective cohort survey. In: *Psychological Medicine*, 28(1), S. 63-79.
- Brugha, T.S./ Wheatley, S./ Taub, N.A./ Culverwell, A./ Friedman, T./ Kirwan, P./ Jones, D.R./ Shapiro, D.A. (2000): Pragmatic randomized trial of antenatal intervention to prevent post-natal depression by reducing psychosocial risk factors. In: *Psychological Medicine*, 30(6), S. 1273-1281.
- Buist, A./ Westley, D./ Hill, C. (1999): Antenatal prevention of postnatal depression. In: *Archives of Women`s Mental Health*, 1(4), S. 167-173.
- Buist, A./ Barnett, B.E.W./ Milgrom, J./ Pope, S./ Condon, J.T./ Ellwood, D.A./ Boyce, P.M./ Austin, M.-P.V./ Hayes, B.A. (2002): To screen or not to screen — that is the question in perinatal depression. In: *The Medical Journal of Australia*, 177(7), S. 101-105.
- Buist, A./ Minto, B./ Szego, K./ Samhuel, M./ Shawyer, L./ O`Connor, L. (2004): Mother-baby psychiatric units in Australia – the Victorian experience. In: *Archives of Women`s Mental Health*, 7(1), S. 81–87.
- Burt, V.K./ Suri, R./ Altshuler, L./ Stowe, Z./ Hendrick, V.C./ Muntean, E. (2001): The use of psychotropic medications during breast-feeding. In: *American Journal of Psychiatry*, 158(7), S. 1001-1009.
- Campagne, D.M. (2004): The obstetrician and depression during pregnancy. In: *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 116(2), S. 125-130.
- Campbell, S.B./ Cohn, J.F./ Flanagan, C./ Popper, S./ Meyers, T. (1992): Course and correlates of postpartum depression during the transition to parenthood. In: *Development and Psychopathology*, 4(1), S. 29-47.
- Campbell, S.B./ Cohn, J.F./ Meyers, T. (1995): Depression in first-time mothers: mother-infant interaction and depression chronicity. In: *Developmental Psychology*, 31(3), S. 349-357.
- Caplan, G. (1989): Bevölkerungorientierte Familienpsychiatrie. Stuttgart: Enke.

- Cazas, O./ Glangeaud-Freudenthal, N.M.-C. (2004): The history of Mother-Baby Units (MBUs) in France and Belgium and of the French version of the Marcé checklist. In: *Archives of Women's Mental Health*, 7(1), S. 53–58.
- Chabrol, H./ Teissedre, F./ Saint-Jean, M./ Teisseyre, N./ Rogé, B./ Mullet, E. (2002): Prevention and treatment of post-partum depression: a controlled randomized study on women at risk. In: *Psychological Medicine*, 32(6), S. 1039-1047.
- Chandra, P.S./ Venkatasubramanian, G./ Thomas, T. (2002): Infanticidal ideas and infanticidal behavior in Indian women with severe postpartum psychiatric disorders. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(7), S. 457–461.
- Chaudron, L.H./ Szilagyi, P.G./ Kitzman, H.J./ Wadkins, H.I.M./ Conwell, Y. (2004): Detection of postpartum depressive symptoms by screening at well-child visits. In: *Pediatrics*, 113(3), S. 551–558.
- Chen, C.-H./ Tseng, Y.-F. / Chou, F.-H. / Wang, S.-Y. (2000): Effects of support group intervention in postnatally distressed women. A controlled study in Taiwan. In: *Journal of Psychosomatic Research*, 49(6), S. 395-399.
- Chisholm, D./ Conroy, S./ Glangeaud-Freudenthal, N./ Oates, M.R./ Asten, P./ Barry, S./ Figueiredo, B./ Kammerer, M.H./ Klier, C.M./ Seneviratne, G./ Sutter-Dallay, A.-L. and the TCS-PND Group (2004): Health services research into postnatal depression: results from a preliminary cross-cultural study. In: *The British Journal of Psychiatry*, 184 (Suppl. 46), S. 45-52.
- Chuong, C.J./ Burgos, D.M. (1995): Medical history in women with premenstrual syndrome. In: *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 16(1), S. 21-27.
- Cicchetti, D./ Rogosch, F.A./ Toth, S.L. (1998): Maternal depressive disorder and contextual risk: contributions to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. In: *Development and Psychopathology*, 10(2), S. 283-300.
- Ciampi, L. (1982): *Affektlogik: Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung.* Stuttgart: Klett-Cotta.
- Clark, R./ Tluczek, A./ Wenzel, A. (2003): Psychotherapy for postpartum depression: a preliminary report. In: *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(4), S. 441-454.
- Clement, S. (2001): Psychological aspects of caesarean section. In: *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 15(1), S. 109-126.
- Clifford, C./ Day, A./ Cox, J.L./ Werrere, J. (1999): A cross-cultural analysis of the use of the Edinburgh Post-Natal Depression Scale (EPDS) in health visiting practice. In: *Journal of Advanced Nursing*, 30(3), S. 655-664.
- Coble, P.A./ Reynolds, C.F./ Kupfer, D.J./ Houck, P.R./ Day, N.L./ Giles, D.E. (1994): Childbearing in women with and without a history of affective disorder. I. Psychiatric symptomatology. In: *Comprehensive Psychiatry*, 35(3), S. 205-214.
- Cogill, S.R./ Caplan, H.L./ Alexandra, H./ Robson, K.M./ Kumar R. (1986): Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. In: *British Medical Journal*, 292(6529), S. 1165–1167.
- Cohen, M.M./ Ansara, D./ Schei, B./ Stuckless, N./ Stewart, D.E. (2004): Posttraumatic stress disorder after pregnancy, labor, and delivery. In: *Journal of Women's Health*, 13(3), S. 315-324.
- Cohen, N.J./ Lojkasek, M./ Muir, E./ Muir, R./ Parker, C.J. (2002a): Six-month follow-up of two mother-infant psychotherapies: convergence of therapeutic outcomes. In: *Infant Mental Health Journal*, 23(4), S. 361–380.
- Cohen, M.M./ Schei, B./ Ansara, D./ Gallop, R./ Stuckless, N./ Stewart, D.E. (2002b): A history of personal violence and postpartum depression: is there a link? In: *Archives of Women's Mental Health*, 4(3), S. 83–92.

- Cohen, L.S./ Sichel, D.A./ Dimmock, J.A./ Rosenbaum, J.F. (1994): Postpartum course in women with preexisting panic disorder. In: *Journal of Clinical Psychiatry*, 55(7), S. 289-292.
- Cohen, L.S./ Sichel, D.A./ Faraone, S.V./ Robertson, L.M./ Dimmock, J.A./ Rosenbaum, J.F. (1996): Course of panic disorder during pregnancy and the puerperium: A preliminary study. In: *Biological Psychiatry*, 39(11), S. 950-954.
- Cohn, J.F./ Tronick, E.Z. (1983): Three-Month-Old Infants' Reaction to Simulated Maternal Depression. In: *Child Development*, 54(1), S. 185-193.
- Collins, N.L./ Dunkel-Schetter, C./ Lobel, M./ Scrimshaw, S.C. (1993): Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(6), S. 1243-1258.
- Cooper, B. (1980): Die Rolle von Lebensereignissen bei der Entstehung von psychischen Erkrankungen. In: *Der Nervenarzt*, 51(6), S. 321-331.
- Cooper, P.J./ Murray, L. (1995): Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. In: *The British Journal of Psychiatry*, 166(2), S. 191-195.
- Cooper, P.J./ Murray, L. (1997): Prediction, detection, and treatment of postnatal depression. In: *Archives of Disease in Childhood*, 77(2), S. 97-99.
- Cooper, P.J./ Murray, L. (1998): Postnatal Depression. In: *British Medical Journal (BMJ)*, 316(7148), S. 1884-1886.
- Cooper, P.-J./ Campbell, E.-A./ Day, A./ Kennerley, H./ Bond, A. (1988): Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth: A prospective study of prevalence, incidence, course and nature. In: *The British Journal of Psychiatry*, 152(6), S. 799-806.
- Cooper, P.J./ Murray, L./ Hooper, R./ West, A. (1996): The development and validation of a predictive index for postpartum depression. In: *Psychol Med*, 26, S. 627-634.
- Cooper, P.J./ Murray, L./ Wilson, A./ Romaniuk, H. (2003): Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. 1. Impact on maternal mood. In: *The British Journal of Psychiatry*, 182(5), S. 412-419.
- Cox, J.L. (1996): Perinatal mental disorder – a cultural approach. In: *International Review of Psychiatry*, 8(1), S. 9-16.
- Cox, J.L./ Chapman, G./ Murray, D./ Jones, P. (1996): Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in non-postnatal women. In: *Journal of Affective Disorders*, 39(3), S. 185-189.
- Cox, J.L./ Holden, J.M./ Sagovsky, R. (1987): Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. In: *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), S. 782-786.
- Cox, J.L./ Murray, D./ Chapman, G. (1993): A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. In: *The British Journal of Psychiatry*, 163(1), S. 27-31.
- Coyle, N./ Jones, I./ Robertson, E./ Lendon, C./ Craddock, N. (2000): Variation at the serotonin transporter gene influences susceptibility to bipolar affective puerperal psychosis. In: *The Lancet*, 356(9240), S. 1490-1491.
- Craddock, N./ Brockington, I./ Mant, R./ Parfitt, E./ McGuffin, P./ Owen M. (1994): Bipolar affective puerperal psychosis associated with consanguinity. In: *The British Journal of Psychiatry*, 164(3), S. 359-364.
- Creedy, D.K./ Shochet, I.M./ Horsfall, J. (2000): Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. In: *Birth*, 27(2), S. 104-111.

- Crockenberg, S.C./ Leerkes, E.M. (2003): Parental acceptance, postpartum depression, and maternal sensitivity: mediating and moderating processes. In: *Journal of Family Psychology*, 17(1), S. 80-93.
- Cuijpers, P./ Van Straten, A./ Smit, F. (2005): Preventing the incidence of new cases of mental disorders: a meta-analytic review. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(2), S. 119-125.
- Cummings, E.M./ Davies, P.T. (1994): Maternal depression and child development. In: *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(1), S. 73-112.
- Currie, M.L./ Rademacher, R. (2004): The pediatrician's role in recognizing and intervening in postpartum depression. *The Pediatric Clinics of North America*, 51(3), S. 785-801.
- Cutrona, C.E./ Troutman, B.R. (1986): Social support, infant temperament, and parenting self efficacy: A mediational model of postpartum depression. In: *Child Development*, 57(6), S. 1507-1518.
- Czarnocka, J./ Slade, P. (2000): Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. In: *British Journal of Clinical Psychology*, 39(1), S. 35-51.
- Da Costa, D./ Larouche, J./ Dritsa, M./ Brender, W. (2000): Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. In: *Journal of Affective Disorders*, 59(1), S. 31-40.
- Dalton, K. (1992): *Mütter nach der Geburt. Wege aus der Depression*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Davidson, J./ Robertson, E. (1985): A follow-up study of post partum illness, 1946-1978. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71(5), S. 451-457.
- Davies, B.R./ Howells, S./ Jenkins, M. (2003): Early detection and treatment of postnatal depression in primary care. In: *Journal of Advanced Nursing*, 44(3), S. 248-255.
- Davis, L./ Edwards, H./ Mohay, H./ Wollin, J. (2003): The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. In: *Early Human Development*, 73(1-2), S. 61-70.
- Deater-Deckard, K./ Pickering, K./ Dunn, J.F./ Golding, J. and the Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood Study Team (1998): Family structure and depressive symptoms in men preceding and following the birth of a child. In: *American Journal of Psychiatry*, 155 (6), S. 818-823.
- Demyttenaere, K./ Lenaerts, H./ Nijs, P./ Van Assche, F.A. (1995): Individual coping style and psychological attitudes during pregnancy and predict depression levels during pregnancy and during postpartum. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91(2), S. 95-102.
- Deneke, C. (2004a): Säuglinge und Kleinkinder mit psychisch kranken Eltern. In: *Frühe Kindheit*, 7 (2), S. 20-27.
- Deneke, C. (2004b): Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsprobleme und präventive Ansätze. In: *proJugend*, 10(1), S. 4-9.
- Dennis, C.-L. (2003): The effect of peer support on postpartum depression: a pilot randomized controlled trial. In: *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(2), S. 115-124.
- Dennis, C.L. (2004): Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale? In: *Journal of Affective Disorders*, 78(2), S. 163-169.
- Dennis, C.-L. (2005): Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. In: *British Medical Journal (BMJ)*, 331(7507), S. 15-22.

- Deuchar, N./ Brockington, I. (1998): Puerperal and menstrual psychoses: the proposal of a unitary etiological hypothesis. In: *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 19(2), S. 104-110.
- Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: DSM-III-R (Revision) (1991). Deutsche Bearbeitung und Einführung von Wittchen, H.-U./ Saß, H./ Zaudig, M./ Köhler, K. - 3., korr. Aufl. - Weinheim; Basel: Beltz.
- Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-IV) (1996). Deutsche Bearbeitung von Saß, H./ Wittchen, H.-U./ Zaudig, M., Göttingen: Hogrefe.
- Dickopf-Kaschenbach, K./ Briel, P./ Held, T. (2000): Behandlung psychisch erkrankter Mütter mit ihren Säuglingen auf einer offenen, gemischtgeschlechtlichen, allgemein psychiatrischen Station - ein Integrationsmodell. Poster auf dem 4. Kongress "Psychiatrische Erkrankungen bei Frauen", Schwerpunktthema: Psychiatrie und Psychosomatik in der Gynäkologie, 16.-18.11.2000. Online veröffentlicht, Zugriff am 12.01.2005 unter www.femina.uni-bonn.de/kongress_4/poster/poster05.htm
- Dilling, H./ Mombour, W./ Schmidt, M.H. (Hg.) (1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien/ Weltgesundheitsorganisation. - 2., korr. Aufl. - Bern u.a.: Huber.
- Dimitrovsky, L./ Perez-Hirshberg, M./ Itskowitz, R. (1987): Locus of control and depression pre- and postpartum. In: *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 5(4), S. 235-244.
- Dix, C. (1991): Eigentlich sollte ich glücklich sein. Hilfe und Selbsthilfe für überforderte Mütter. Reinbek bei Hamburg: rororo.
- Dobie, S.A./ Walker, E.A. (1992): Depression after childbirth. In: *The Journal of the American Board of Family Practice*, 5(3), S. 303-311.
- Dowlatshahi, D./ Paykel, E.-S. (1990): Life events and social stress in puerperal psychoses: Absence of effect. In: *Psychological Medicine*, 20(3), S. 655-662.
- Dunnewold, A./ Sanford, D.G. (1996): „Ich würde mich so gerne freuen!“ Verstimmungen und Depressionen nach der Geburt. Hilfen für Mütter und Väter. Stuttgart: TRIAS – Thieme Hippokrates Enke.
- Eberhard-Gran, M./ Eskild, A./ Tambs, K./ Opjordsmoen, S./ Samuelsen, S.O. (2001): Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(4), S. 243-249.
- Eberhard-Gran, M./ Eskild, A./ Tambs, K./ Samuelsen, S.O./ Opjordsmoen, S. (2002): Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(6), S. 426-433.
- Eberhard-Gran, M./ Tambs, K./ Opjordsmoen, S./ Skrandal, A./ Eskild, A. (2003): A comparison of anxiety and depressive symptomatology in postpartum and non-postpartum mothers. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(10), S. 551-556.
- Edborg, M./ Lundh, W./ Seimyr, L./ Widström, A. M. (2003): The parent-child relationship in the context of maternal depressive mood. In: *Archives of Women's Mental Health*, 6(3), S. 211-216.
- Edwards, D.R.L./ Porter, S.A.M./ Stein, G.S. (1994): A pilot study of postnatal depression following caesarean section using two retrospective self-rating instruments. In: *Journal of Psychosomatic Research*, 38(2), S. 111-117.
- Egan, G. (1993): Helfen durch Gespräch. Ein Trainingsprogramm für helfende Berufe. Weinheim; Basel: Beltz.
- Ehlert, U./ Patalla, U./ Kirschbaum, C./ Piedmont, E./ Hellhammer, D.H. (1990): Postpartum blues: salivary cortisol and psychological factors. In: *Journal of Psychosomatic Research*, 34(3), S.319-325.

- Eisend, M. (2004): Metaanalyse – Einführung und kritische Diskussion. Diskussionsbeiträge des Fachbereichs Wirtschaftswissenschaft der Freien Universität Berlin. Betriebswirtschaftliche Reihe Nr. 2004/8. Online veröffentlicht, Zugriff am 14.11.2004 unter www.wiwiss.fu-berlin.de/files/K6UAD7B/Metaanalyse_DP.pdf
- Elliott, S.A. (1989): Psychological strategies in the prevention and treatment of postnatal depression. In: Baillieres of Clinical Obstetrics and Gynaecology, 3(4), S. 879-903.
- Elliott, S.A./ Henshaw, C.A. (2002): Emotional effects of childbirth. A resource pack for midwives, primary care and mental health professionals. – 2. Auflage - Marcé Society: London.
- Epperson, C. N. (1999): Postpartum major depression: detection and treatment. In: American Family Physician, 59(8), S. 2247-2254 + 2259-2260.
- Epperson, N./ Czarkowski, K.A./ Ward-O'Brien, D./ Weiss, E./ Gueorguieva, R./ Jatlow, P./ Anderson, G.M. (2001): Maternal sertraline treatment and serotonin transport in breast-feeding mother-infant pairs. In: American Journal of Psychiatry, 158(10), S. 1631-1637.
- Evans, J./ Heron, J./ Francomb, H./ Oke, S./ Golding, J. (2001): Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. In: British Medical Journal (BMJ), 323(7307), S. 257-260.
- Evins, G.G./ Theofrastous, J.P./ Galvin, S.L. (2000): Postpartum depression: a comparison of screening and routine clinical evaluation. In: American Journal of Obstetrics and Gynecology, 182(5), S. 1080-1082.
- Faisal-Cury, A./ Tedesco, J.J.A./ Kahhale, S./ Menezes, P.R./ Zugaib, M. (2004): Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. In: Archives of Women's Mental Health, 7(2), S. 123–131.
- Fallgatter, A.J./ Schnizlein, M./ Pfuhlmann, B./ Heidrich, A. (2002): Klinische Aspekte der Wochenbettpsychosen. Übersicht mit drei Fallbeispielen. In: Nervenarzt, 73 (7), S. 680–685.
- Fedor-Freybergh, P.G. (1987): Pränatale und perinatale Psychologie und Medizin. Begegnung mit dem Ungeborenen. München: Saphir.
- Felice, E./ Saliba, J./ Grech, V./ Cox, J. (2004): Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. In: Journal of Affective Disorders, 82(2), S. 297–301.
- Feng, J./ Zheng, J./ Bennett, W.P./ Heston, L.L./ Jones, I.R./ Craddock, N./ Sommer, S.S. (2000): Five missense variants in the amino-terminal domain of the glucocorticoid receptor: no association with puerperal psychosis or schizophrenia. In: American Journal of Medical Genetics, Part B: Neuropsychiatric Genetics, 96(3), S. 412–417.
- Ferguson, S.S./ Jamieson, D.J./ Lindsay, M. (2002): Diagnosing postpartum depression: can we do better? In: American Journal of Obstetrics and Gynecology, 186(5), S. 899-902.
- Fervers-Schorre, B. (1983): Postpartale Sexualstörungen. Das Bild der Weiblichkeit: Vom Kind zur Mutter. In: Sexualmedizin, 12(6), S.232-237.
- Fiedler, P. (1991): Kritische Lebensereignisse, soziale Unterstützung und Depression. In: Mundt, C. (Hg.): Depressionskonzepte heute: Psychopathologie oder Pathopsychologie? Berlin u.a.: Springer, S. 280-295.
- Field, T.-M. (1984): Early interactions between infants and their postpartum depressed mothers. In: Infant Behavior and Development, 7(4), S. 517-522.
- Field, T./ Grizzle, N. (1996): Massage and relaxation therapies' effects on depressed adolescent mothers. In: Adolescence, 31(124), S. 903-911.

- Field, T./ Healy, B./ Goldstein, S./ Perry, S./ Bendell, D. (1988): Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with nondepressed adults. In: *Child Development*, 59(6), S. 1569-1579.
- Filipp, S.-H. (1990): *Kritische Lebensereignisse. – 2., erw. Auflage - München: Psychologie-Verlags-Union.*
- Fisch, R.Z./ Tadmor, O.P./ Dankner, R./ Diamant, Y.Z. (1997): Postnatal depression: a prospective study of its prevalence, incidence and psychosocial determinants in an Israeli sample. In: *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 23(6), S. 547-554.
- Fisher, J.R.W./ Feekery, C.J./ Rowe-Murray, H.J. (2002): Nature, severity and correlates of psychological distress in women admitted to a private mother–baby unit. In: *Journal of Paediatrics and Child Health*, 38(2), S. 140–145.
- Fones, C. (1996): Posttraumatic stress disorder occurring after painful childbirth. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(3), S. 195-196.
- Fontaine, K.R./ Jones, L.C. (1997): Self-esteem, optimism, and postpartum depression. In: *Journal of Clinical Psychology*, 53(1), S. 59-63.
- Fossey, L./ Papiernik, E./ Bydlowski, M. (1997): Postpartum blues: a clinical syndrom and predictor of postnatal depression? In: *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 18(1), S. 17–21.
- Freeman, M.P./ Keck, P.E./ McElroy, S.L. (2001): Postpartum depression with bipolar disorder. In: *American Journal of Psychiatry*, 158(4), S. 652.
- Fthenakis, W.E. (1985): Die Rolle des Vaters während der Schwangerschaft und der Geburt. In: Fthenakis, W.E.: *Väter. Band 1: Zur Psychologie der Vater-Kind-Beziehung.* München: Deutscher Taschenbuch Verlag (dtv).
- Gaebel, W./ Falkai, P. (2001): *Behandlungsleitlinie Affektive Erkrankungen. Reihe: Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Band 5.* Darmstadt: Steinkopff.
- Galler, J.R./ Harrison, R.H. (2000): Maternal depressive symptoms affect infant cognitive development in Barbados. In: *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(6), S. 747-757.
- Gambaroff, M. (1984): *Utopie der Treue.* Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Gamble, J./ Creedy, D./ Moyle, W./ Webster, J./ McAllister, M./ Dickson, P. (2005): Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. In: *Birth*, 32(1), S. 11-19.
- Garfield, P./ Kent, A./ Paykel, E.S./ Creighton, F.J./ Jacobson, R.R. (2004): Outcome of postpartum disorders: a 10 year follow-up of hospital admissions. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(6), S. 434–439.
- Geisel, E. (1997): *Tränen nach der Geburt: Wie depressive Stimmungen bewältigt werden können.* München: Kösel.
- Georgiopoulos, A.M./ Bryan, T.L./ Yawn, B.P./ Houston, M.S./ Rumans, T.A./ Therneau, T.M. (1999): Population-based screening for postpartum depression. In: *Obstetrics and Gynecology*, 93(5), S. 653-657.
- Georgiopoulos, A.M./ Bryan, T.L./ Wollan, P./ Yawn, B.P. (2001): Routine screening for postpartum depression. In: *Journal of Family Practice*, 50(2), S. 117-122.
- Gerrard, J./ Holden, J.M./ Elliott, S.A./ McKenzie, P./ McKenzie, J./ Cox, J.L. (1993): A trainer's perspective of an innovative programme teaching health visitors about the detection, treatment and prevention of postnatal depression. In: *Journal of Advanced Nursing*, 18(11), S. 1825-1832.
- Gier, J. (2001): *Baby Blues, Wochenbettdepression, Wochenbettpsychose. Ein Ratgeber für Hebammen: Der Umgang mit psychischen Auffälligkeiten im Wochenbett. Geburtshaus für eine selbstbestimmte Geburt – Beratung und Koordination e.V. (Hg.), Berlin.*

- Gjerdingen, D. (2003): The effectiveness of various postpartum depression treatments and the impact of antidepressant drugs on nursing infants. In: *The Journal of the American Board of Family Practice*, 16(5), S. 372–382.
- Gjerdingen, D.K./ Chaloner, K.M. (1994): The relationship of women's postpartum mental health to employment, childbirth, and social support. In: *Journal of Family Practice*, 38(5), S. 465-472.
- Gjerdingen, D.K./ Froberg, D.G./ Kochevar, L. (1991): Changes in women's mental and physical health from pregnancy through six months postpartum. In: *Journal of Family Practice*, 32(2), S. 161-166.
- Glangeaud-Freudenthal, N.M.-C./ Barnett B.E.W. (2004): Mother-baby inpatient psychiatric care in different countries: data collection and issues – introduction. In: *Archives of Women's Mental Health*, 7(1), S. 49–51.
- Glangeaud-Freudenthal, N.M.-C. and The MBU-SMF Working Group (2004): Mother-Baby psychiatric units (MBUs): National data collection in France and in Belgium (1999–2000). In: *Archives of Women's Mental Health*, 7(1), S. 59–64.
- Gloger-Tippelt, G. (1988): Schwangerschaft und erste Geburt. Psychologische Veränderungen der Eltern. Stuttgart u.a.: Kohlhammer.
- Glover, V. (1992): Do biochemical factors play a part in postnatal depression? In: *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 16(5), S. 605-615.
- Glover, V./ Liddle, P./ Taylor, A./ Adams, D./ Sandler, M. (1994): Mild hypomania (the highs) can be a feature of the first postpartum week. Association with later depression. In: *The British Journal of Psychiatry*, 164(4), S. 517-521.
- Glover, V./ Onozawa, K./ Hodgkinson, A. (2002): Benefits of infant massage for mothers with postnatal depression. In: *Seminars in Neonatology*, 7(6), S. 495–500.
- Gmür, P. (1995): MutterSeelenAllein. Erschöpfung und Depression bei Müttern von Kleinkindern. Zürich: Verlag pro juventute.
- Gödtel, R. (1979): Seelische Störungen im Wochenbett. Stuttgart; New York: Gustav Fischer Verlag.
- Goodman, J.H. (2004): Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. In: *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), S. 26–35.
- Gotlib, I.H./ Whiffen, V.E./ Mount, J.H./ Milne, K./ Cordy, N.I. (1989): Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), S. 269-274.
- Gotlib, I.H./ Whiffen, V.E./ Wallace, P.M./ Mount, J.H. (1991): Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. In: *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2), S. 122-132.
- Gottlieb, L.N./ Mendelson, M.J. (1995): Mothers' moods and social support when a second child is born. In: *Maternal-Child Nursing Journal*, 23(1), S. 3-14.
- Grace, S.L./ Evindar, A./ Stewart, D.E. (2003): The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. In: *Archives of Women's Mental Health*, 6(4), S. 263–274.
- Graff, L.A./ Dyck, D.G./ Schallow, J.R. (1991): Predicting postpartum depressive symptoms: a structural modelling analysis. In: *Perceptual and Motor Skills*, 73(3, Pt. 2), S. 1137-1138.
- Granger, A.C./ Underwood, M.R. (2001): Review of the role of progesterone in the management of postnatal mood disorders. In: *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 22(1), S. 49-55.

- Grawe, K./ Donati, R./ Bernauer, F. (2001): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. - 5., unveränderte Auflage, Göttingen: Hogrefe.
- Gregoire, A.J./ Kumar, R./ Everitt, B./ Henderson, A.F./ Studd, J.W.W. (1996): Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. In: *The Lancet*, 347(9006), S. 930-933.
- Gregor, A. (2004): »Baby-Lesen« – die Signale des Säuglings besser verstehen. In: *Die Hebamme*, 17(3), S. 168–171.
- Greve, N./ Diekmann, B./ Osterfeld, M. (2004): Psychopharmaka: Informationen für Schwangere und stillende Mütter. In: *Psychosoziale Umschau*, H. 2, S. 27-30.
- Gröhe, F. (2003): Nehmt es weg von mir. Depressionen nach der Geburt eines Kindes. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. Sowie qualitativer Forschungsteil unter <http://www.qualitative-forschung.de/publikationen/postpartale-depressionen/>
- Grond, E. (Hg.) (1990): Einführung in die Sozialmedizin für Sozialarbeiter, Sozial- und Heilpädagogen. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Großbichler, R. (2001): Prävention aus Sicht der Hebamme. In: Klier, C.M./ Demal, U./ Katschnig, H. (Hg.): Mutterglück und Mutterleid. Diagnose und Therapie der postpartalen Depression. Wien: Facultas, S. 78-82.
- Grossmann, K.E. (1993): Bindungsverhalten und Depression. In: Hell, D. (Hg.): Ethologie der Depression. Familientherapeutische Möglichkeiten. Stuttgart; Jena: Gustav Fischer, S. 65-79.
- Grube, M. (2004): Peripartale psychiatrische Erkrankung – Unterstützung durch Männer? Eine erste Annäherung. In: *Der Nervenarzt*, 75(5), S. 483–488.
- Grube, M. (2005): Inpatient treatment of women with postpartum psychiatric disorders – the role of the male partners. In: *Archives of Women's Mental Health*, 8(3), S. 163-170.
- Grüttert, T./ Huchzermeier, C./ Aldenhoff, J. (2002): Die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) in der Depressionsbehandlung: ein Überblick über den psychiatriegeschichtlichen Hintergrund und die psychotherapeutische Praxis der IPT. In: *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie*, 70(3), S. 155-163.
- Grunze, H./ Severus, E. (2005): Bipolare Störungen erkennen - Die Kunst der korrekten Diagnose. In: *Der Neurologe & Psychiater (DNP)*, Sonderheft 1, S. 8-9.
- Gunn, J./ Lumley, J./ Young, D. (1998): The role of the general practitioner in postnatal care: a survey from Australian general practice. In: *The British Journal of General Practice*, 48(434), S. 1570-1574.
- Gunning, M./ Conroy, S./ Valoriani, V./ Figueiredo, B./ Kammerer, M.H./ Muzik, M./ Glatigny-Dallay, E./ Murray, L./ TCS-PND Group (2004): Measurement of mother-infant interactions and the home environment in a European setting: preliminary results from a cross-cultural study. In: *The British Journal of Psychiatry*, 184(Suppl. 46), S. 38-44.
- Hagan, R./ Evans, S.F./ Pope, S. (2004): Preventing postnatal depression in mothers of very preterm infants: a randomised controlled trial. In: *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111(7), S. 641-647.
- Hall, L.A./ Kotch, J.B./ Browne, D./ Rayens, M.K. (1996): Self-esteem als a mediator of the effects of stressors and social resources on depressive symptoms in postpartum mothers. In: *Nursing Research*, 45(4), S. 231-238.
- Hamilton, J.-A. (1984): Postpartum psychosis and ECT. Special Issue: Electroconvulsive therapy. In: *American Journal of Social Psychiatry*, 4(4), S. 28-29.
- Hammen, C./ Brennan, P.A. (2003): Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. In: *Archives of General Psychiatry*, 60(3), S. 253-258.

- Hanna, B./ Jarman, H./ Savage, S. (2004): The clinical application of three screening tools for recognizing post-partum depression. In: *International Journal of Nursing Practice*, 10(2), S. 72–79.
- Hannah, P./ Adams, D./ Lee, A./ Glover, V./ Sandler, M. (1992): Links between early post-partum mood and post-natal depression. In: *The British Journal of Psychiatry*, 160(6), S. 777-780.
- Hannah, P./ Cody, D./ Glover, V./ Adams, D./ Kumar, R./ Sandler, M. (1993): The tyramine test is not a marker for postnatal depression: early postpartum euphoria may be. In: *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 14(4), S. 295-304.
- Hapgood, C.C./ Elkind, G.S./ Wright, J.J. (1988): Maternity blues: phenomena and relationship to later post partum depression. In: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 22(3), S.299-306.
- Harris, B. (1996): Hormonal aspects of postnatal depression. In: *International Review of Psychiatry*, 8(1), S. 27-36.
- Harris, B./ Huckle, P./ Thomas, R./ Johns, S./ Fung, H. (1989): The use of rating scales to identify post-natal depression. In: *The British Journal of Psychiatry*, 154(6), S. 813-817.
- Hartmann, H.-P. (2001): Behandlung psychisch kranker Mütter mit ihren Kindern auf der psychiatrischen Station. In: *Baby, Bindung & Beratung. Frühe Hilfen für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Dokumentation der Fachtagung der Psychologischen Beratungsstelle und des Psychosozialen Dienstes der Stadt Karlsruhe vom 29. und 30. März 2001*, S. 35-40.
- Harvey, I./ McGrath, G. (1988): Psychiatric morbidity in spouses of women admitted to a mother and baby unit. In: *The British Journal of Psychiatry*, 152(4), S. 506-510.
- Haug-Schnabel, G. (2004): Verhaltensbiologische Erkenntnisse aus der Mutter-Kind-Bindungsforschung. in: *Die Hebamme*, 17(3), S. 144–151.
- Hautzinger, M./ Greif, S. (Hg.) (1981): *Kognitionspsychologie der Depression*. Stuttgart u.a.: Kohlhammer.
- Hay, D.F. (1997): Postpartum depression and cognitive development. In: Murray, L./ Cooper, P. (Hg.): *Postpartum depression and child development*. New York: Guilford, S. 85-110.
- Hay, D.F./ Kumar, R. (1995): Interpreting the effects of mothers' postnatal depression on children's intelligence: a critique and re-analysis. In: *Child Psychiatry and Human Development*, 25(3), S. 165-181.
- Hay, D.A./ Gleeson, C./ Davies, C./ Lorden, B./ Mitchell, D./ Paton, L. (1990): What information should the multiple birth family receive before, during and after the birth? In: *Acta Geneticae Medicae et Gemellologiae (Roma)*, 39(2), S.259-269.
- Hay, D.F./ Pawlby, S./ Angold, A./ Harold, G.T./ Sharp, D. (2003): Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. In: *Developmental Psychology*, 39(6), S.1083–1094.
- Hay, D.F./ Pawlby, S./ Sharp, D./ Asten, P./ Mills, A./ Kumar, R. (2001): Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. In: *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(7), S. 871-889.
- Hayes, B.A./ Muller, R./ Bradley, B.S. (2001): Perinatal depression: a randomized controlled trial of an antenatal education intervention for primiparas. In: *Birth*, 28(1), S. 28-35.
- Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV) – 4. Verordnung zur Änderung der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung vom 21. Juli 2004. Karlsruhe: Bund Deutscher Hebammen.

- Heim, E. (1993): Der Bewältigungsprozeß in Krise und Krisenintervention. In: Schnyder, U./ Sauvant, J.D. (Hg.): Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern u.a.: Huber, S. 27-43.
- Hell, D. (1992): Welchen Sinn macht Depression? Ein integrativer Ansatz. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Hell, D. (Hg.) (1993): Ethologie der Depression. Familientherapeutische Möglichkeiten. Stuttgart; Jena: Gustav Fischer.
- Henderson, J.J./ Evans, S.F./ Straton, J.A./ Priest, S.R./ Hagan, R. (2003): Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. In: *Birth*, 30(3), S. 175-180.
- Hendrick, V. (2003): Treatment of postnatal depression. In: *British Medical Journal (BMJ)*, 327(7422), S. 1003-1004.
- Hendrick, V./ Altshuler, L. (2002): Management of major depression during pregnancy. In: *American Journal of Psychiatry*, 159(10), S. 1667-1673.
- Hendrick, V./ Altshuler, L./ Strouse, T./ Grosser, S. (2000): Postpartum and nonpostpartum depression: differences in presentation and response to pharmacologic treatment. In: *Depression and Anxiety*, 11(2), S.66-72.
- Hendrick, V./ Altshuler, L.L./ Suri, R. (1998): Hormonal changes in the postpartum and implications for postpartum depression. In: *Psychosomatics*, 39(2), S. 93-101.
- Hendrick, V./ Fukuchi, A./ Altshuler, L./ Widawski, M./ Wertheimer, A./ Brunhuber, M.V. (2001): Use of sertraline, paroxetine and fluvoxamine by nursing women. In: *The British Journal of Psychiatry*, 179(2), S. 163-166.
- Heneghan, A.M./ Johnson Silver, E./ Bauman, L.J./ Stein, R.E.K. (2000): Do pediatricians recognize mothers with depressive symptoms? In: *Pediatrics*, 106(6), S. 1367-1373.
- Heneghan, A.M./ Mercer, M.B./ DeLeone, N.L. (2004): Will mothers discuss parenting stress and depressive symptoms with their child's pediatrician? In: *Pediatrics*, 113(3), S. 460-467.
- Henshaw, C. (2003): Mood disturbance in the early puerperium: a review. In: *Archives of Women's Mental Health*, 6(Suppl. 2), S. 33-42.
- Heron, J./ O'Connor, T.G./ Evans, J./ Golding, J./ Glover, V. and the ALSPAC Study Team (2004): The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. In: *Journal of Affective Disorders*, 80(1), S. 65-73.
- Herz, E./ Thoma, M./ Umek, W./ Gruber, K./ Linzmayer, L./ Walcher, W./ Philipp, T./ Putz, M. (1997): Nicht-psychotische postpartale Depression. Pilotstudie zur Epidemiologie und Risikofaktoren. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 57(4), S. 282-288.
- Hickey, A.R./ Boyce, P.M./ Ellwood, D./ Morris-Yates, A.D. (1997): Early discharge and risk for postnatal depression. In: *The Medical Journal of Australia*, 167(5), S. 244-247.
- Hight, N./ Drummond, P. (2004): A comparative evaluation of community treatments for post-partum depression: implications for treatment and management practices. In: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(4), S. 212-218.
- Hillan, E.M. (1992): Short-term morbidity associated with cesarean delivery. In: *Birth*, 19(4), S. 190-194.
- Hiltunen, P./ Raudaskoski, T./ Ebeling, H./ Moilanen, I. (2004): Does pain relief during delivery decrease the risk of postnatal depression? In: *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 83(3), S. 257-261.
- Hipwell, A.E./ Goossens, F.A./ Melhuish, E.C./ Kumar, R. (2000): Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. In: *Development and Psychopathology*, 12(2), S. 157-175.
- Hiscock, H./ Wake, M. (2001): Infant sleep problems and postnatal depression: a community-based study. In: *Pediatrics*, 107(6), S. 1317-1322.

- Hiscock, H./ Wake, M. (2002): Randomised controlled trial of behavioural infant sleep intervention to improve infant sleep and maternal mood. In: *British Medical Journal (BMJ)*, 324(7345), S. 1062-1065.
- Hobfoll, S.E./ Ritter, C./ Lavin, J./ Hulsizer, M.R./ Cameron, R.P. (1995): Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), S. 445-453.
- Hock, E./ Schirtzinger, M.B./ Lutz, M.B./ Widaman, K. (1995): Maternal depressive symptomatology over the transition to parenthood: Assessing the influence of marital satisfaction and marital sex role traditionalism. In: *Journal of Family Psychology*, 9(1), S. 79-88.
- Hofecker-Fallahpour, M./ Zinkernagel-Burri, C./ Stöckli, B./ Wüsten, G./ Stieglitz, R.-D./ Riecher-Rössler, A. (2003): Gruppentherapie bei Depression in der frühen Mutterschaft. Erste Ergebnisse einer Pilotstudie. In: *Der Nervenarzt*, 74(9), S. 767-774.
- Holden, J. (1996): The role of health visitors in postnatal depression. In: *International Review of Psychiatry*, 8(1), S. 79-86.
- Holden, J.M./ Sagovsky, R./ Cox, J.L. (1989): Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. In: *British Medical Journal (BMJ)*, 298(6668), S. 223-226.
- Holopainen, D. (2002): The experience of seeking help for postnatal depression. In: *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 19(3), S. 39-44.
- Holt, W.J. (1995): The detection of postnatal depression in general practice using the Edinburgh postnatal depression scale. In: *New Zealand Medical Journal*, 108(994), S. 57-59.
- Honey, K.L./ Bennett, P./ Morgan, M. (2002): A brief psycho-educational group intervention for postnatal depression. In: *British Journal of Clinical Psychology*, 41(4), S. 405-409.
- Honey, K.L./ Bennett, P./ Morgan, M. (2003): Predicting postnatal depression. In: *Journal of Affective Disorders*, 76(1-3), S. 201-210.
- Honikman, J.I. (1999): Services and associations for women's mental health: Postpartum Support International. In: *Archives of Women's Mental Health*, 1(4), S. 197-198.
- Hopkins, J./ Campbell, S.B./ Marcus, M. (1987): Role of infant-related stressors in postpartum depression. In: *Journal of Abnormal Psychology*, 96(3), S.237-241.
- Hornstein, C. (2003): Mutterschaft und Schizophrenie. Frühzeitige Unterstützung gegen spätere Beziehungsstörungen. In: *NeuroTransmitter, Sonderheft 2*, S. 40-45.
- Hornstein, C./ Klier, C. (2004): Auf einmal ist da ein Kind... Postpartale Depression - Erkennen und Helfen. DVD mit zwei Filmen. Heidelberg: film + print (im Auftrag der Deutschsprachigen Marcé-Gesellschaft). Neuauflage 2005: Stuttgart: Kohlhammer.
- Hornstein, C./ De Marco, A./ Rave, E./ Schenk, S./ Wortmann-Fleischer, S/ Schwarz, M. (2003): Die Behandlung psychotischer Mütter in einer Mutter-Kind-Einheit. Ein Beitrag zur Primärprävention. In: *Psychodynamische Psychotherapie*, 2(2), S. 113-121.
- Hornstein, C./ Schenk, S./ Poppe, S./ Rave, E./ Wortmann-Fleischer, S./ Schwarz, M. (2004): Postpartale psychische Erkrankungen: Möglichkeiten einer stationären Mutter-Kind-Behandlung in der Psychiatrie. In: *Gyn - Praktische Gynäkologie*, 9, S. 288-292. Online veröffentlicht, Zugriff am 14.05.2005 unter www.mutter-kind-behandlung.de/00000093170c44205/0000009425096ab01/index.html
- Horowitz, J.A./ Goodman, J. (2004): A longitudinal study of maternal postpartum depression symptoms. In: *Research and Theory in Nursing Practice*, 18(2-3), S. 149-163.
- Howard, L.M./ Thornicroft, G./ Salmon, M./ Appleby, L. (2004): Predictors of parenting outcome in women with psychotic disorders discharged from mother and baby units. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(5), S. 347-355.

- Huber, G.(1990): Sport und Depression: ein bewegungstherapeutisches Modell. Frankfurt/ M.; Thun: Deutsch.
- Hunt, N./ Silverstone, T. (1995): Does puerperal illness distinguish a subgroup of bipolar patients? In: *Journal of Affective Disorders*, 34(2), S. 101-107.
- ICD-10-GM Version 2005, Systematisches Verzeichnis (2004): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification. Köln: Deutscher-Ärzte-Verlag. Online veröffentlicht, Zugriff am 12.01.2005 unter <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/version2005/>
- Jakubowski, E./ Krech, R. (2001): Leitlinien als Entscheidungshilfe in der gesundheitswissenschaftlichen Praxis. In: *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Schriftenreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“*, Bd. 15. Köln: BZgA, S. 142-150.
- James, M.L./ Hudson, C.N./ Gebiski, V.J./ Browne, L.H./ Andrews, G.R./ Crisp, S.E./ Palmer, D./ Beresford, J.L. (1987): An evaluation of planned early postpartum transfer home with nursing support. In: *The Medical Journal of Australia*, 147(9), S.437-438.
- Jennings, K.D./ Ross, S./ Popper, S./ Elmore, M. (1999): Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers. In: *Journal of Affective Disorders*, 54(1-2), S.21-28.
- Johanson, R./ Chapman, G./ Murray, D./ Johnson, I./ Cox, J. (2000): The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression. In: *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), S. 93-97.
- Johnstone, S.J./ Boyce, P.M./ Hickey, A.R./ Morris-Yates, A.D./ Harris, M.G. (2001): Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. In: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(1), S. 69–74.
- Jones, I./ Craddock, N. (2001): Familiarity of the puerperal trigger in bipolar disorder: results of a family study. In: *American Journal of Psychiatry*, 158(6), S. 913–917.
- Jones, I./ Craddock, N. (2005): Bipolar disorder and childbirth: the importance of recognising risk. In: *The British Journal of Psychiatry*, 186(6), S. 453-454.
- Jones, I./ Middle, F./ McCandless, F./ Coyle, N./ Robertson, E./ Brockington, I./ Lendon, C./ Craddock, N. (2000): Molecular genetic studies of bipolar disorder and puerperal psychosis at two polymorphisms in the estrogen receptor alpha gene (ESR 1). In: *American Journal of Medical Genetics, Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 96(6), S. 850–853.
- Joraschky, P./ Köhle, K. (1981): Maladaptation und Krankheitsmanifestation. Das Streßkonzept in der Psychosomatischen Medizin. In: Uexküll, T. von (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. - 2. durchges. Auflage - München; Wien; Baltimore: Urban & Schwarzenberg*, S.170-197.
- Josefsson, A./ Angeliö, L./ Berg, G./ Ekström, C.-M./ Gunnervik, C./ Nordin, C./ Sydsjö, G. (2002): Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. In: *Obstetrics and Gynecology*, 99(2), S. 223–228.
- Josefsson, A./ Berg, G./ Nordin, C./ Sydsjö, G. (2001): Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. In: *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80(3), S. 251–255.
- Kadelbach, G. (1993): Didaktische Impulse. In: Tietgens, H. (Hg.): *Vermittlungsprobleme und Vermittlungsaufgaben. Studienbibliothek für Erwachsenenbildung*, Bd. 5. Frankfurt/ M.: Pädagogische Arbeitsstelle des Deutschen Volkshochschul-Verbandes, S. 159-168.

- Kallert, T.W./ Schützwohl, M./ Matthes, C. (2003): Aktuelle Struktur- und Leistungsmerkmale allgemeinpsychiatrischer Tageskliniken in der Bundesrepublik Deutschland. In: Psychiatrische Praxis, 30(2), S. 72-82.
- Kemp, B./ Bongartz, K./ Rath, W. (2003): Postpartale psychische Störungen – ein unterschätztes Problem in der Geburtshilfe. In: Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 207(5), S. 159-165.
- Kendell, R.E. (1985): Emotional and physical factors in the genesis of puerperal mental disorders. In: Journal of Psychosomatic Research, 29(1), S. 3-11.
- Kendell, R.E./ Chalmers, J.C./ Platz, C.L. (1987): Epidemiology of puerperal psychoses. In: The British Journal of Psychiatry, 150(5), S. 662-673.
- Kennedy, H.P./ Beck, C.T./ Driscoll, J.W. (2002): A light in the fog: caring for women with postpartum depression. In: Journal of Midwifery & Women's Health, 47(5), S. 318-330.
- Keupp, H./ Rerrich (Hg.) (1982): Psychosoziale Praxis – gemeindepsychologische Perspektiven. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. München; Wien; Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Keupp, H./ Röhrle, B. (Hg.) (1987): Soziale Netzwerke. Frankfurt am Main: Campus.
- Kilian, H. (2001): Mutter-Kind-Behandlung in der Allgemeinpsychiatrie. Konzeption und erste Erfahrungen. In: Krankenhauspsychiatrie, 12(1), S. 2-6.
- Kirpinar, I./ Coskun, I./ Caykoylu, A./ Anac, S./ Ozer, H. (1999): First-case postpartum psychoses in Eastern Turkey: a clinical case and follow-up study. In: Acta Psychiatrica Scandinavica, 100(3), S. 199-204.
- Kleeb, B./ Rageth, C.J. (2004): Einfluss eines prophylaktischen Aufklärungsgesprächs auf den Baby Blues. In: Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 209(1), S. 22-28.
- Klein, Z.M. (2003): Kreative Seminarmethoden. 100 kreative Methoden für erfolgreiche Seminare. Offenbach: Gabal.
- Kleiverda, G./ Steen, A.-M./ Andersen, I./ Treffers, P.-E./ Everaerd, W. (1991): Confinement in nulliparous women in the Netherlands: subjective experiences related to actual events and to post-partum well-being. In: Journal of Reproductive and Infant Psychology, 9(4), S. 195-213.
- Klier, C. (2004a): Die Edinburgh Postnatale Depression Skala (EPDS). EPDS Richtlinie für Professionelle im Gesundheitswesen. (Deutsche Übersetzung mit Genehmigung des Verfassers: *beyondblue – Australian National Postnatal Depression Program: The Edinburgh Postnatal Depression Scale – A Health Professional's Guide. Unbek. Jahr*). Online veröffentlicht, Zugriff am 02.11.2004 unter www.marce-gesellschaft.de/verweise/FolieEPDS.pdf
- Klier, C. (2004b): Klinisches Management für Depression in der Schwangerschaft und nach der Geburt. (Deutsche Übersetzung mit Genehmigung des Verfassers: *beyondblue – Australian National Postnatal Depression Program: Antenatal and Postnatal Depression – A Guide to Management. Unbek. Jahr*). Online veröffentlicht, Zugriff am 02.11.2004 unter www.marce-gesellschaft.de/verweise/FolieManagement.pdf
- Klier, C.M./ Hohlagschwandtner, M. (2002): Früherkennung und Vorbeugung postpartal auftretender psychischer Erkrankungen. In: Speculum, 20(4), S. 23-27.
- Klier, C.M./ Muzik, M. (2001): Mutter-Kind Interaktion in der postpartalen Periode. In: Klier, C.M./ Demal, U./ Katschnig, H. (Hg.): Mutterglück und Mutterleid. Diagnose und Therapie der postpartalen Depression. Wien: Facultas, S. 91-102.
- Klier, C.M./ Demal, U./ Katschnig, H. (Hg.) (2001a): Mutterglück und Mutterleid. Diagnose und Therapie der postpartalen Depression. Wien: Facultas.
- Klier, C.M./ Lenz, G./ Lanczik, M. (2001b): Psychotherapie bei Depressionen in Schwangerschaft und nach der Geburt. In: Klier, C.M./ Demal, U./ Katschnig, H. (Hg.): Mutter-

- glück und Mutterleid. Diagnose und Therapie der postpartalen Depression. Wien: Facultas, S. 39-54.
- Klier, C.M./ Muzik, M./ Rosenblum, K.L./ Lenz, G. (2001c): Interpersonal psychotherapy adapted for the group setting in the treatment of postpartum depression. In: *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(2), S. 124-131.
- Klompshouwer, J.L./ Van Hulst, A.M. (1991): Classification of postpartum psychosis: A study of 250 mother and baby admissions in the Netherlands. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(3), S. 255-261.
- Klusmann, D. (1989): Methoden zur Untersuchung sozialer Unterstützung und persönlicher Netzwerke. In: Angermeyer, M.C./ Klusmann, D. (Hg.): *Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie*. Berlin u.a.: Springer, S. 17-63.
- Knops, G.G. (1993): Postpartum mood disorders. A startling contrast to the joy of birth. In: *Postgraduate Medicine*, 93(3), S. 103-116.
- Knuf, A. (2000): „Mit meiner Mutter stimmt was nicht“ - Die vergessenen Kinder seelisch kranker Eltern. In: *Psychologie heute*, H. 6, S. 34-39.
- König, K. (1995): *Kleine psychoanalytische Charakterkunde*. - 3. Auflage - Göttingen; Zürich: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Kösters, W. (1992): *Vom Ich zum Wir: Selbsthilfegruppen finden, gründen, führen*. Stuttgart: TRIAS – Thieme Hippokrates Enke.
- Konieczna, T. (1989): Interventionen am sozialen Netzwerk in der Rehabilitation schizophrener Patienten. In: Angermeyer, M.C./ Klusmann, D. (Hg.): *Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie*. Berlin u.a.: Springer, S. 299-308.
- Kriz, J. (1991): *Grundkonzepte der Psychotherapie: Eine Einführung*. – 3. Auflage – Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- Krüger, S. (2003): Diagnostik und Therapie depressiver Episoden in Schwangerschaft und Postpartumperiode. In: *psychoneuro*, 29(9), S. 387-391.
- Kumar, R./ Robson, K.M. (1984): A prospective study of emotional disorders in childbearing women. In: *The British Journal of Psychiatry*, 144(1), S.35-47.
- Kumar, R./ Marks, M./ Platz, C./ Yoshida, K. (1995): Clinical survey of a psychiatric mother and baby unit: characteristics of 100 consecutive admissions. In: *Journal of Affective Disorders*, 33(1), S. 11-22.
- Kumar, R./ Marks, M./ Wieck, A./ Hirst, D./ Campbell, I./ Checkley, S. (1993): Neuroendocrine and psychosocial mechanisms in post-partum psychosis. In: *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 17(4), S. 571-579.
- Kumar, C./ Mclvor, R.J./ Davies, T./ Brown, N./ Papadopoulos, A./ Wieck, A./ Checkley, S.A./ Campbell, I.C./ Marks, M.N. (2003): Estrogen administration does not reduce the rate of recurrence of affective psychosis after childbirth. In: *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(2), S. 112-118.
- Kumpf-Tontsch, A./ Schmid-Siegel, B./ Klier, C.M./ Muzik, M./ Lenz, G. (2001): Versorgungsstrukturen für Frauen mit postpartalen psychischen Störungen – Eine Bestandsaufnahme für Österreich. In: *Wiener Klinische Wochenschrift*, 113(17–18), S. 641–646.
- Kurstjens, S./ Wolke, D. (2001a): Effects of maternal depression on cognitive development of children over the first 7 years of life. In: *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(5), S. 623-636.
- Kurstjens, S./ Wolke, D. (2001b): Postnatale und später auftretende Depressionen bei Müttern: Prävalenz und Zusammenhänge mit obstetrischen, soziodemographischen sowie psychosozialen Faktoren. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30(1), S. 33-41.

- Lanczik, M.H./ Brockington, I.F. (1997): Postpartal auftretende psychische Erkrankungen. Stationäre psychiatrische Behandlung von Mutter und Kleinkind. In: Deutsches Ärzteblatt, 94(46), S. 64-68.
- Lanczik, M./ Fritze, J./ Beckmann, H. (1990): Puerperal and cycloid psychoses Results of a retrospective study. In: Psychopathology, 23(4-6), S. 220-227.
- Lanczik, M./ Kersting, A./ Hornstein, C./ Klier, C.M. (2001): Psychopharmakotherapie während der Stillzeit. In: Klier, C.M./ Demal, U./ Katschnig, H. (Hg.): Mutterglück und Mutterleid. Diagnose und Therapie der postpartalen Depression. Wien: Facultas, S. 55-70.
- Lanczik, M./ Knoche, M./ Fritze, J. (1998): Psychopharmakotherapie während Gravidität und Laktation. Teil 2: Laktation. In: Der Nervenarzt, 69(1), S. 10–14.
- Lane, A./ Keville, R./ Morris, M./ Kinsella, A./ Turner, M./ Barry, S. (1997): Postnatal depression and elation among mothers and their partners: prevalence and predictors. In: The British Journal of Psychiatry, 171(6), S. 550-555.
- Langmaack, B./ Braune-Krickau, M. (1993): Wie die Gruppe laufen lernt: Anregungen zum Planen und Leiten von Gruppen. Ein praktisches Lehrbuch. – 4. Auflage - Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- Langosch, J.M. (2002): Vademecum Bipolare Störungen. Die Pharmakotherapie der bipolaren affektiven Störungen (manisch-depressive Erkrankungen). Hamburg: Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V.
- Laux, L./ Weber, H. (1987): Erträge biographischer Forschung im Bereich von Streß und Bewältigung. In: Jüttemann, G./ Thomae, H.: Biographie und Psychologie. Berlin u.a.: Springer, S. 285-298.
- Lavender, T./ Walkinshaw, S.A. (1998): Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomized trial. In: Birth, 25(4), S. 215-219.
- Lazarus, H. (2003): Zum Wohle des Kindes? Psychisch erkrankte Eltern und die Sorge-rechtsfrage. In: Soziale Psychiatrie, 27(3), S. 22-26.
- Lazarus, R.S. (1990): Streß und Stressbewältigung – Ein Paradigma. In: Philipp, S.-H.: Kritische Lebensereignisse. – 2., erw. Auflage - München: Psychologie-Verlags-Union, S. 198-232.
- Lee, D.T.S./ Yip, A.S.K./ Chiu, H.F.K./ Chung, T.K.H. (2000): Screening for postnatal depression using the double-test strategy. In: Psychosomatic Medicine, 62(2), S. 258–263.
- Leeners, B./ Richter-Appelt, H./ Schönfeld, K./ Neumaier-Wager, P./ Görres, G./ Rath, W. (2003): Schwangerschaft und Mutterschaft nach sexuellen Missbrauchserfahrungen im Kindesalter. In: Deutsches Ärzteblatt, 100(11), S. 715-719.
- Leibold, G. (1988): Postnatale Depressionen. Ursachen und Behandlung. Düsseldorf: ECON Taschenbuch Verlag.
- Leung, E. (1985): Family support and postnatal emotional adjustment. In: Bulletin of the Hong Kong Psychological Society, 14(1), S. 32-46.
- Little, B.C./ Hayworth, J./ Bonham Carter, S.M./ Dewhurst, J./ Raptopoulos, P./ Sandler, M./ Priest, R.G. (1981): Personal and psychophysiological characteristics associated with puerperal mental state. In: Journal of Psychosomatic Research, 25(5), S. 385-393.
- Logsdon, M.C./ Usui, W. (2001): Psychosocial predictors of postpartum depression in diverse groups of women. In: Western Journal of Nursing Research, 23(6), S. 563-574.
- Logsdon, M.C./ McBride, A.B./ Birkimer, J.C. (1994): Social support and postpartum depression. In: Research in Nursing and Health, 17(6), S. 449-457.

- Lovestone, S./ Kumar, R. (1993): Postnatal psychiatric illness: the impact on partners. In: *The British Journal of Psychiatry*, 163(2), S. 210-216.
- Lucas, R. (1994): Puerperal psychosis: vulnerability and aftermath. In: *Psychoanalytic Psychotherapy*, 8(3), S. 257-272.
- Lumley, J./ Austin, M.-P. (2001) : What interventions may reduce postpartum depression. In: *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 13(6), S. 605-611.
- Lumley, J./ Small, R./ Brown, S./ Watson, L./ Gunn, J./ Mitchell, C./ Dawson, W. (2003): PRISM (Program of Resources, Information and Support for Mothers) Protocol for a community-randomised trial. In: *BMC Public Health*, 3:36. Online veröffentlicht, Zugriff am 14.02.2005 unter www.biomedcentral.com/1471-2458/3/36
- Lundh, W./ Gyllang, C. (1993): Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in some Swedish child health care centres. In: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 7(3), S. 149-154.
- Luoma, I./ Tamminen, T./ Kaukonen, P./ Laippala, P./ Puura, K./ Salmelin, R./ Almqvist, F. (2001): Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(12), S. 1367–1374.
- Lyons-Ruth, K./ Zoll, D./ Connell, D./ Grunebaum, H.U. (1986): The depressed mother and her one-year-old infant: environment, interaction, attachment, and infant development. In: *New Directions for Child and Adolescent Development*, 1986(34), S. 61-82.
- MacArthur, C./ Winter, H.R./ Bick, D.E./ Lilford, R.J./ Lancashire, R.J./ Knowles, H./ Brauholtz, D.A./ Henderson, C./ Belfield, C./ Gee, H. (2003): Redesigning postnatal care: a randomized controlled trial of protocol-based midwifery-led care focused on individual women's physical and psychological health needs. In: *Health Technology Assessment*, 7(37), S. 1-98.
- Magiakou, M.A./ Mastorakos, G./ Rabin, D./ Dubbert, B./ Gold, P.W./ Chrousos, G.P. (1996): Hypothalamic corticotropin-releasing hormone suppression during the postpartum period: implications for the increase in psychiatric manifestations at this time. In: *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 81(5), S. 1912-1917.
- Maier, C. (1989): Schizophrene Wochenbettpsychosen. Ein psychodynamischer Ansatz. In: *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 18(5), S.429-444.
- Maina, G./ Albert, U./ Bogetto, F./ Vaschetto, P./ Ravizza, L. (1999): Recent life events and obsessive-compulsive disorder (OCD): the role of pregnancy/ delivery. In: *Psychiatry Research*, 89(1), S. 49-58.
- Mandl, H./ Kopp, B./ Dvorak, S. (2004): Aktuelle theoretische Ansätze und empirische Befunde im Bereich der Lehr-Lern-Forschung – Schwerpunkt Erwachsenenbildung –. Bonn: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung. Online veröffentlicht, Zugriff am 18.07.2005 unter www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2004/mandl04_01.pdf
- Mantle, F. (2002): The role of alternative medicine in treating postnatal depression. In: *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 8(4), S. 197-203.
- Manz, R./ Schepank, H. (1989): Soziale Unterstützung, belastende Lebensereignisse und psychogene Erkrankung in einer epidemiologischen Stichprobe. In: Angermeyer, M.C./ Klusmann, D. (Hg.): *Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie*. Berlin u.a.: Springer, S. 149-163.
- Marks, M.N./ Siddle, K./ Warwick, C. (2003): Can we prevent postnatal depression? A randomized controlled trial to assess the effect of continuity of midwifery care on rates of postnatal depression in high-risk women. In: *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 13(2), S. 119-127.

- Marks, M.N./ Wieck, A./ Checkley, S.A./ Kumar, R. (1991): Life stress and post-partum psychosis: a preliminary report. In: *The British Journal of Psychiatry*, Suppl. 10, S. 45-49.
- Marks, M.N./ Wieck, A./ Checkley, S.A./ Kumar, R. (1992): Contribution of psychological and social factors to psychotic and non-psychotic relapse after childbirth in women with previous histories of affective disorder. In: *Journal of Affective Disorders*, 24(4), S. 253-263.
- Marneros, A./ Philipp, M. (Hg.) (1992): *Persönlichkeit und psychische Erkrankung*. Berlin u.a.: Springer.
- Martin, E. (1989): *Die Frau im Körper. Weibliches Bewußtsein, Gynäkologie und die Reproduktion des Lebens*. Frankfurt; New York: Campus Verlag.
- Mattejat, F. (1998): Kinder mit psychisch kranken Eltern – Was wir wissen, und was zu tun ist. In: Mattejat, F./ Lisofsky, B. (Hg.): *... nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 66- 78.
- Matthey, S./ Barnett, B./ Ungerer, J./ Waters, B. (2000): Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. In: *Journal of Affective Disorders*, 60(2), S.75-85.
- Matthey, S./ Kavanagh, D.J./ Howie, P./ Barnett, B./ Charles, M. (2004b): Prevention of postnatal distress or depression: an evaluation of an intervention at preparation for parenthood classes. In: *Journal of Affective Disorders*, 79(1-3), S. 113-126.
- Matthey, S./ Phillips, J./ White, T./ Glossop, P./ Hopper, U./ Panasetis, P./ Petridis, A./ Larkin, M./ Barnett, B. (2004a): Routine psychosocial assessment of women in the antenatal period: frequency of risk factors and implications for clinical services. In: *Archives of Women's Mental Health*, 7(4), S. 223–229.
- Mauthner, N.S. (1997): Postnatal depression: how can midwives help? In: *Midwifery*, 13(4), S.163-171.
- Mayberry, L.J./ Affonso, D.D. (1993): Infant temperament and postpartum depression: a review. In: *Health Care for Women International*, 14(2), S. 201-211.
- McGorry, P./ Connell, S. (1990): The nosology and prognosis of puerperal psychosis: a review. In: *Comprehensive Psychiatry*, 31(6), S. 519-534.
- McIntosh, J. (1993): Postpartum depression: women's held-seeking behaviour and perceptions of cause. In: *Journal of Advanced Nursing*, 18(2), S. 178-184.
- McMahon, C./ Barnett, B./ Kowalenko, N./ Tennant, C. (2005): Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style. In: *Journal of Affective Disorders*, 84(1), S. 15–24.
- McNeil, T.-F. (1986): A prospective study of postpartum psychoses in a high-risk group: I. Clinical characteristics of the current postpartum episodes. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 74(2), S. 205-216.
- McNeil, T.-F. (1988a): A prospective study of postpartum psychoses in a high-risk group: IV. Relationship to life situation and experience of pregnancy. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77(6), S. 645-653.
- McNeil, T.F. (1988b): A prospective study of postpartum psychoses in a high-risk group. 5. Relationship to psychosocial aspects of labor and delivery. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(4), S. 471-477.
- McNeil, T.-F./ Blennow, G. (1988): A prospective study of postpartum psychoses in a high-risk group. 6. Relationship to birth complications and neonatal abnormality. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(4), S. 478-484.

- McNeil, T.F./ Persson-Blennow, I./ Binett, B./ Harty, B./ Karyd, U.B. (1988): A prospective study of postpartum psychoses in a high-risk group. VII. Relationship to later offspring characteristics. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(5), S. 613-617.
- Meager, I./ Milgrom, J. (1996): Group treatment for postpartum depression: a pilot study. In: *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30(6), S. 852-860.
- Meier, R. (2003): *Seminare erfolgreich planen. Ein didaktisch-methodischer Handwerkskoffer (mit computergestützter Planungshilfe auf CD-Rom)*. Offenbach: Gabal.
- Meighan, M./ Davis, M.W./ Thomas, S.P./ Droppleman, P.G. (1999): Living with postpartum depression: the father's experience. In: *MCN – The American Journal of Maternal/ Child Nursing*, 24(4), S. 202-208.
- Meltzer, E.S./ Kumar, R. (1985): Puerperal mental illness, clinical features and classification: a study of 142 mother-and-baby admissions. In: *The British Journal of Psychiatry*, 147(6), S. 647-654.
- Menage, J. (1993): Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynecological procedures: a consecutive series of 30 cases of PTSD. In: *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 11(4), S. 221-228.
- Mentzos, S. (1995): *Depression und Manie. Psychodynamik und Therapie affektiver Störungen*. Göttingen; Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Merchant, D.C./ Affonso, D.D./ Mayberry, L.J. (1995): Influence of marital relationship and child-care stress on maternal depression symptoms in the postpartum. In: *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 16(4), S. 193-200.
- Middle, F./ Jones, I./ Robertson, E./ Morey, J./ Lendon, C./ Craddock, N. (2003): Variation in the coding sequence and flanking splice junctions of the estrogen receptor alpha (ERalpha) gene does not play an important role in genetic susceptibility to bipolar disorder or bipolar affective puerperal psychosis. In: *American Journal of Medical Genetics, Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 118(1), S. 72-75.
- Milgrom, J./ Martin, P.R./ Negri, L.M. (1999): *Treating postnatal depression: a psychological approach for Health Care Practitioners*. Chichester et al.: Wiley.
- Mills, E.P./ Finchilescu, G./ Lea, S.J. (1995): Postnatal depression - an examination of psychosocial factors. In: *South African Medical Journal*, 85(2), S. 99-105.
- Minde, K./ Tidmarsh, L./ Hughes, S. (2001): Nurses' and physicians' assessment of mother-infant mental health at the first postnatal visits. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7), S. 803-810.
- Minker, M. (1990): *Hormone und Psyche. Im Wechselbad der Gefühle*. München: Kunstmann.
- Misri, S./ Kostaras, X./ Fox, D./ Kostaras, D. (2000): The impact of partner support in the treatment of postpartum depression. In: *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(6), S. 554-558.
- Misri, S./ Reebye, P./ Corral, M./ Milis, L. (2004): The use of paroxetine and cognitive-behavioral therapy in postpartum depression and anxiety: a randomized controlled trial. In: *Journal of Clinical Psychology*, 65(9), S. 1236-1241.
- Misri, S./ Sinclair, D.A./ Kuan, A.J. (1997): Breast-feeding and postpartum depression: is there a relationship? In: *Canadian Journal of Psychiatry*, 42(10), S. 1061-1065.
- Molinski, H. (1972): *Die unbewußte Angst vor dem Kind als Ursache von Schwangerschaftsbeschwerden und Depressionen nach der Geburt (mit zwölf anschließenden Falldarstellungen)*. München: Kindler.
- Molinski, H. (1985): Schwangerschaft als Konflikt. In: Fervers-Schorre, B./ Poettgen, H./ Stauber, M. (Hg.): *Psychosomatische Probleme in der Gynäkologie und Geburtshilfe 1985*. 14. Fortbildungstagung für Psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie,

- Köln 13.-16. März 1985. In Zusammenarbeit mit der Deutschen Sektion für psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie. Berlin u.a.: Springer Verlag, S. 67-77.
- Morel-Köhler, N. (2004): Frühe Mutter-Kind-Beziehung und Depressivität. Inaugural-Dissertation zur Erlangung eines Doktors der Medizin des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen.
- Morrell, C.J./ Spiby, H./ Stewart, P./ Walters, S./ Morgan, A. (2000): Costs and effectiveness of community postnatal support workers: randomised controlled trial. In: *British Medical Journal (BMJ)*, 321(7261), S. 593-598.
- Morgan, M./ Matthey, S./ Barnett, B./ Richardson, C. (1997): A group programme for postnatally depressed women and their partners. In: *Journal of Advanced Nursing*, 26(5), S. 913-920.
- Mundt, C./ Fiedler, P./ Lang, H. (Hg.) (1991): *Depressionskonzepte heute: Psychopathologie oder Pathopsychologie?* Berlin u.a.: Springer.
- Murray, D./ Cox, J.-L./ Chapman, G./ Jones, P. (1995): Childbirth: Life event or start of a long-term disability? Further data from the Stoke-on-Trent controlled study of postnatal depression. In: *The British Journal of Psychiatry*, 166(5), S. 595-600.
- Murray, J.B./ Gallahue, S.L. (1987): Postpartum depression. In: *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 113(2), S. 193-212.
- Murray, L. (1992): The impact of postnatal depression on infant development. In: *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 33(3), S. 543-561.
- Murray, L./ Cartwright, W. (1993): The role of obstetric factors in postpartum depression. In: *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 11(4), S. 215-219.
- Murray, L./ Cooper, P.J. (1996): The impact of postpartum depression on child development. In: *International Review of Psychiatry*, 8(1), S. 55-63.
- Murray, L./ Cooper, P. (1997a): Effects of postnatal depression on infant development. In: *Archives of Disease in Childhood*, 77(2), S. 99-101.
- Murray, L./ Cooper, P.J. (1997b): The role of infant and maternal factors in postpartum depression, mother-infant-interactions, and infant outcome. In: Murray, L./ Cooper, P.J. (Hg.): *Postpartum depression and child development*. New York: Guilford, S. 111-135.
- Murray, L./ Cooper, P./ Hipwell, A. (2003a): Mental health of parents caring for infants. In: *Archives of Women's Mental Health*, 6(Suppl.2), S. 71-77.
- Murray, L./ Cooper, P.J./ Wilson, A./ Romaniuk, H. (2003b): Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome. In: *The British Journal of Psychiatry*, 182(5), S. 420-427.
- Murray, L./ Fiori-Cowley, A./ Hooper, R./ Cooper, P. (1996b): The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. In: *Child Development*, 67(5), S. 2512-2526.
- Murray, L./ Hipwell, A./ Hooper, R./ Stein, A./ Cooper, P. (1996a): The cognitive development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. In: *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37(8), S. 927-935.
- Murray, L./ Kempton, C./ Woolgar, M./ Hooper, R. (1993): Depressed mothers' speech to their infants and its relation to infant gender and cognitive development. In: *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 34(7), S. 1083-1101.
- Murray, L./ Sinclair, D./ Cooper, P./ Ducournau, P./ Turner, P./ Stein, A. (1999): The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. In: *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(8), S. 1259-1271.

- Murray, L./ Stanley, C./ Hooper, R./ King, F./ Fiori-Cowley, A. (1996c): The role of infant factors in postnatal depression and mother-infant interactions. In: *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38(2), S. 109–119.
- Murray, L./ Woolgar, M./ Murray, J./ Cooper, P. (2003c): Self-exclusion from health care in women at high risk for postpartum depression. In: *Journal of Public Health Medicine*, 25(2), S. 131-137.
- Nagel-Brotzler, A./ Brönnner, J./ Hornstein, C./ Albani, C. (2005): Peripartale psychische Störungen – Früherkennung und multiprofessionelle Kooperation. In: *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 209(2), S. 51-58.
- Nahas, V.L./ Hillege, S./ Amasheh, N. (1999): Postpartum Depression. The lived experiences of Middle Eastern migrant women in Australia. In: *Journal of Nurse-Midwifery*, 44(1), S. 65-74.
- Neiland, M.N.S./ Roger, D. (1997): Symptoms in post-partum and non-post-partum samples: implications for postnatal depression. In: *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 15(1), S. 31-42.
- Nestmann, F. (1989): Förderung sozialer Netzwerke - eine Perspektive pädagogischer Handlungskompetenz? In: *Neue Praxis*, 19(2), S. 107-123.
- Niel, M. (1980): Zum psychologischen Verständnis der Depression post partum. (Über die Konflikthaftigkeit des Mutterwerdens in unserer Gesellschaft). Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades an der naturwissenschaftlichen Fakultät der Universität Salzburg.
- Nielsen Forman, D./ Videbech, P./ Hedegaard, M./ Dalby Salvig, J./ Secher, N.J. (2000): Postpartum depression: identification of women at risk. In: *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107(10), S. 1210-1217.
- Nispel, P. (2001): Mutterglück und Tränen. Das seelische Tief nach der Geburt überwinden. - überarbeitete Neuauflage – Freiburg i.Br.: Herder.
- Nott, P.-N. (1987): Extent, timing and persistence of emotional disorders following childbirth. In: *The British Journal of Psychiatry*, 151(4), S. 523-527.
- Oates, M. (1996): Psychiatric services for women following childbirth. In: *International Review of Psychiatry*, 8(1), S. 87-98.
- Oberwetter, R. (1993): Depressionen nach der Geburt. Inhaltsanalytische Prüfung einer Hypothese zur Verarbeitung eigener Trennungserlebnisse. Diplomarbeit an der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft, Abt. für Psychologie, der Universität Bielefeld.
- O'Hara, M.W. (1986): Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. In: *Archives of General Psychiatry*, 43(6), S. 569-573.
- O'Hara, M.W./ Swain, A.M. (1996): Rates and risk of postpartum depression - a meta-analysis. In: *International Review of Psychiatry*, 8(1), S. 37-54.
- O'Hara, M.W./ Neunaber, D.J./ Zekosky, E.M. (1984): A prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. In: *Journal of Abnormal Psychology*, 93(2), S. 158-171.
- O'Hara, M.W./ Rehm, L.P./ Campbell, S.-B. (1982): Predicting depressive symptomatology: cognitive-behavioral models and postpartum depression. In: *Journal of Abnormal Psychology*, 91(6), S. 457-461.
- O'Hara, M.W./ Rehm, L.P./ Campbell, S.B. (1983): Postpartum depression. A role for social network and life stress variables. In: *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171(6), S. 336-341.
- O'Hara, M.W./ Schlechte, J.A./ Lewis, D.A./ Varner, M.W. (1991a): Controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental, and hormonal variables. In: *Journal of Abnormal Psychology*, 100(1), S. 63-73.

- O'Hara, M.W./ Schlechte, J.A./ Lewis, D.A./ Wright, E.J. (1991b): Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. In: *Archives of General Psychiatry*, 48(9), S. 801-806.
- O'Hara, M.W./ Stuart, S./ Gorman, L.L./ Wenzel, A. (2000): Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. In: *Archives of General Psychiatry*, 57(11), S. 1039-1045.
- Okano, T. (1999): Thyroid function and postpartum psychiatric disorders. In: *Archives of Women's Mental Health*, 1(4), S. 157-165.
- Okano, T./ Nomura, J./ Kumar, R./ Kaneko, E./ Tamaki, R./ Hanafusa, I./ Hayashi, M./ Matsuyama, A. (1998): An epidemiological and clinical investigation of postpartum psychiatric illness in Japanese mothers. In: *Journal of Affective Disorders*, 48(2-3), S. 233-240.
- Olson, A.L./ Kemper, K.J./ Kelleher, K.J./ Hammond, C.S./ Zuckerman, B.S./ Dietrich, A.J. (2002): Primary care pediatricians' roles and perceived responsibilities in the identification and management of maternal depression. In: *Pediatrics*, 110(6), S. 1169-1176.
- Olson, A.L./ Dietrich, A.J./ Prazar, G./ Hurley, J./ Tuddenham, A./ Hedberg, V./ Naspinsky, D.A. (2005): Two approaches to maternal depression screening during well child visits. In: *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 26(3), S. 169-176.
- Onozawa, K./ Glover, V./ Adams, D./ Modi, N./ Kumar, R.C. (2001): Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression. In: *Journal of Affective Disorders*, 63(1-3), S. 201-207.
- Oosthuizen, P./ Russouw, H./ Roberts, M. (1995): Is puerperal psychosis bipolar mood disorder?: a phenomenological comparison. In: *Comprehensive Psychiatry*, 36(1), S. 77-81.
- Pantlen, A./ Rohde, A. (2001): Psychische Auswirkungen traumatisch erlebter Entbindungen. In: *Zentralblatt für Gynäkologie*, 123(1), S. 42-47.
- Papousek, M. (2002): Kommunikation und Beziehung bei Säuglingen und Kleinkindern depressiver Mütter. Unveröffentlichter Vortrag, 1. Symposium der Marcé-Gesellschaft am 25.01.2002 in Wiesloch.
- Pariser, S.F. (1993): Women and mood disorders. Menarche to menopause. In: *Annals of Clinical Psychiatry*, 5(4), S. 249-254.
- Patalla, U. (1988): Psychoendokrinologische Untersuchung zur Post-Partum-Verstimmung. Diplomarbeit an der Universität Trier, Fachbereich I – Psychologie.
- Patel, R.R./ Murphy, D.J./ Peters, T.J. (2005): Operative delivery and postnatal depression: a cohort study. In: *British Medical Journal (BMJ)*, 330(7496), S. 879-882.
- Pauleikhoff, B. (1964): Seelische Störungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt. Ihre Häufigkeit, Entstehung, lebensgeschichtliche Problematik, Diagnose, Prognose und Therapie. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Pauleikhoff, B. (1979): Person und Zeit. Im Brennpunkt seelischer Störungen. Heidelberg: Dr. Alfred Hüthig Verlag.
- Paykel, E.S. (2002): Which depressions are related to life stress? In: *Acta Neuropsychiatrica*, 14(4), S. 167-172.
- Paykel, E.S./ Emms, E.M./ Fletcher, J./ Rassaby, E.S. (1980): Life events and social support in puerperal depression. In: *The British Journal of Psychiatry*, 136(4), S. 339-346.
- Pedersen, C.A. (1999): Postpartum mood and anxiety disorders: a guide for the nonpsychiatric clinician with an aside on thyroid associations with postpartum mood. In: *Thyroid*, 9(7), S. 691-697.

- Peindl, K.S./ Wisner, K.L./ Hanusa, B.H. (2004): Identifying depression in the first postpartum year: guidelines for office-based screening and referral. In: *Journal of Affective Disorders*, 80(1), S. 37–44.
- Petzold, M. (1991): *Paare werden Eltern: Eine familienentwicklungspsychologische Längsschnittstudie*. München: Quintessenz-Verlag.
- Pfost, K.S./ Stevens, M.J./ Lum, C.U. (1990): The relationship of demographic variables, antepartum depression, and stress to postpartum depression. In: *Journal of Clinical Psychology*, 46(5), S. 588-592.
- Pfuhmann, B./ Stöber, G./ Beckmann, H. (2002): Postpartum psychoses: prognosis, risk factors, and treatment. In: *Current Psychiatry Reports*, 4(3), S. 185-190.
- Pfuhmann, B./ Stöber, G./ Franzek, E./ Beckmann, H. (1998): Cycloid psychoses predominate in severe postpartum psychiatric disorders. In: *Journal of Affective Disorders*, 50(2-3), S. 125-134.
- Pfuhmann, B./ Stöber, G./ Franzek, E./ Beckmann, H. (2000): Differenzierte Diagnostik, Verlauf und Ausgang postpartaler Psychosen. Eine katamnestische Untersuchung. In: *Der Nervenarzt*, 71(5), S. 386-392.
- Philipps, L.H./ O'Hara, M.W. (1991): Prospective study of postpartum depression: 4 ½-year follow-up of women and children. In: *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2), S. 151-155.
- Platz, C./ Kendell, R.E. (1988): A matched follow-up and family study of 'puerperal psychoses'. In: *The British Journal of Psychiatry*, 153(1), S.90-94.
- Pop, V.J./ Komprou, I.H./ Van Son, M.J. (1992): Characteristics of the Edinburgh Post Natal Depression Scale in The Netherlands. In: *Journal of Affective Disorders*, 26(2), S. 105-110.
- Prettyman, R.J./ Friedman, T. (1991): Care of women with puerperal psychiatric disorders in England and Wales. In: *British Medical Journal (BMJ)*, 302(6787), S. 1245-1246.
- Priest, S.R./ Henderson, J./ Evans, S.F./ Hagan, R. (2003): Stress debriefing after childbirth: a randomised controlled trial. In: *Medical Journal of Australia (MJA)*, 178(11), S. 542-545.
- Pschyrembel (1990): *Klinisches Wörterbuch mit klinischen Syndromen und Nomina Anatomica*. – 256., neu bearb. Auflage – Berlin; New York: de Gruyter.
- Purdy, D./ Frank, E. (1993): Should postpartum mood disorders be given a more prominent or distinct place in the DSM-IV? In: *Depression*, 1(2), S. 59-70.
- Quinnell, F.A./ Hynan, M.T. (1999): Convergent and discriminant validity of the perinatal PTSD questionnaire (PPQ): a preliminary study. In: *Journal of Traumatic Stress*, 12(1), S.193-199.
- Reck, C. (2004): Postpartale Depressionen haben gravierende Folgen für das Kind. In: *Ärztliche Praxis - Neurologie Psychiatrie*, Januar-Februar 2004, S. 33-34. Online veröffentlicht, Zugriff am 16.03.2005 unter www.aerztekammer-bw.de/25/10praxis/60neurologie/0401.pdf
- Reck, C./ Hunt, A./ Fuchs, T./ Weiss, R./ Noon, A./ Moehler, E./ Downing, G./ Tronick, E.Z./ Mundt, C. (2004a): Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants: an overview. In: *Psychopathology*, 37(6), S. 272-280.
- Reck, C./ Weiss, R./ Fuchs, T./ Möhler, E./ Downing, G./ Mundt, C. (2004b): Psychotherapie der postpartalen Depression. Mutter-Kind-Interaktion im Blickpunkt. In: *Nervenarzt*, 75(11), S. 1068-1073.
- Reed, P./ Sermin, N./ Appleby, L./ Faragher, B. (1999): A comparison of clinical response to electroconvulsive therapy in puerperal and non-puerperal psychoses. In: *Journal of Affective Disorders*, 54(3), S. 255–260.

- Rees, B.L. (1995): Effect of relaxation with guided imagery on anxiety, depression, and self-esteem in primiparas. In: *Journal of Holistic Nursing*, 13(3), S. 255-267.
- Reid, A.J./ Biringer, A./ Carroll, J.D./ Midmer, D./ Wilson, L.M./ Chalmers, B./ Stewart, D.E. (1998): Using the ALPHA form in practice to assess antenatal psychosocial health. In: *Canadian Medical Association Journal*, 159(6), S. 677-684.
- Reid, M./ Glazener, C./ Murray, G.D./ Taylor, G.S. (2002): A two-centred pragmatic randomised controlled trial of two interventions of postnatal support. In: *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109(10), S. 1164–1170.
- Reighard, F.T./ Evans, M.L. (1995): Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in a southern, rural population in the United States. In: *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 19(7), S. 1219-1224.
- Reynolds, J.L. (1997): Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. In: *Canadian Medical Association Journal*, 156(6), S. 831-835.
- Richman, J.A./ Raskin, V.D./ Gaines, C. (1991): Gender roles, social support, and postpartum depressive symptomatology. The benefits of caring. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(3), S. 139-147.
- Riecher-Rössler, A. (1997): Psychische Störungen und Erkrankungen nach der Entbindung. In: *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 65(3), S. 97-107.
- Riecher-Rössler, A. (2001): Die Depression in der Postpartalzeit. In: Klier, C.M./ Demal, U./ Katschnig, H. (Hg.): *Mutterglück und Mutterleid. Diagnose und Therapie der postpartalen Depression*. Wien: Facultas, S. 23-38.
- Riecher-Rössler, A. (2002): Oestrogen effects in schizophrenia and their potential therapeutic implications – review. In: *Archives of Women's Mental Health*, 5(3), S. 111-118.
- Riecher-Rössler, A./ Hofecker-Fallahpour, M. (2003): Postpartum depression: do we still need this diagnostic term? In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108 (Suppl. 418), S. 51-56.
- Righetti-Veltema, M./ Bousquet, A./ Manzano, J. (2003): Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant. In: *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(2), S. 75-83.
- Righetti-Veltema, M./ Conne-Perréard, E./ Bousquet, A./ Manzano, J. (1998): Risk factors and predictive signs of postpartum depression. In: *Journal of Affective Disorders*, 49(3), S. 167-180.
- Righetti-Veltema, M./ Conne-Perréard, E./ Bousquet, A./ Manzano, J. (2002): Postpartum depression and mother–infant relationship at 3 months old. In: *Journal of Affective Disorders*, 70(3), S. 291–306.
- Riordan, D./ Appleby, L./ Faragher, B. (1999): Mother-infant interaction in post-partum women with schizophrenia and affective disorders. In: *Psychological Medicine*, 29(4), S. 991-995.
- Rivières-Pigeon, des C./ Saurel-Cubizolles, M.-J./ Lelong, N. (2004): Considering a simple strategy for detection of women at risk of psychological distress after childbirth. In: *Birth*, 31(1), S. 34-42.
- Robertson, E./ Lyons, A. (2003): Living with puerperal psychosis: A qualitative Analysis. In: *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(Pt. 4), S. 411–431.
- Robertson, E./ Grace, S./ Wallington, T./ Stewart, D.E. (2004): Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. In: *General Hospital Psychiatry*, 26(4), S. 289–295.
- Robertson, E./ Jones, I./ Haque, S./ Holder, R./ Craddock, N. (2005): Risk of puerperal and non-puerperal recurrence of illness following bipolar affective puerperal (postpartum) psychosis. In: *The British Journal of Psychiatry*, 186(3), S. 258-259.

- Robertson, E./ Jones, I./ Middle, F./ Moray, J./ Craddock, N. (2003): No association between two polymorphisms at the 5HT2A gene and bipolar affective puerperal psychosis. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(5), S. 387-391.
- Robinson, S./ Young, J. (1982): Screening for depression and anxiety in the postnatal period: acceptance or rejection of subsequent treatment offer. In: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 16(2), S. 47-51.
- Robling, S.A./ Paykel, E.S./ Dunn, V.J./ Abbott, R./ Katona, C. (2000): Long-term outcome of severe puerperal psychiatric illness: a 23 year follow-up study. In: *Psychological Medicine*, 30(6), 1263-1271.
- Rohde, A. (1998): Suizid und Infantizid bei postpartalen psychischen Störungen. In: *psycho*, 24(10), S. 604-612.
- Rohde, A. (2001a): Die Tötung und Aussetzung des eigenen Kindes - klinische und juristische Aspekte. In: Klier, C.M./ Demal, U./ Katschnig, H. (Hg.): *Mutterglück und Mutterleid*. Wien: Facultas, S. 117-127.
- Rohde, A. (2001b): Psychiatrische Erkrankungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett. In: *Der Gynäkologe*, 34(4), S. 315-323.
- Rohde, A. (2004): *Rund um die Geburt eines Kindes: Depressionen, Ängste und andere psychische Probleme. Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und ihr soziales Umfeld*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rohde, A./ Marneros, A. (1992): Schizoaffective disorders with and without onset in the puerperium. In: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 242(1), S. 27-33.
- Rohde, A./ Marneros, A. (1993a): Postpartum psychoses: onset and long-term course. In: *Psychopathology*, 26(3-4), S. 203-209.
- Rohde, A./ Marneros, A. (1993b): Zur Prognose der Wochenbettpsychosen: Verlauf und Ausgang nach durchschnittlich 26 Jahren. In: *Der Nervenarzt*, 64(3), S. 175-180.
- Rohde, A./ Wendt, A. (2003): Einsatz der EPDS in der gynäkologischen Praxis: Die Edinburgh Postnatal Depression Scale zur Erfassung postpartaler Depressionen. In: *Gynäkologische Praxis*, 27(4), S. 693-701.
- Romito, P. (1990): Postpartum depression and the experience of motherhood. In: *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 154(Suppl.), S. 1-37.
- Ross, L.E./ Evans, S.E.G./ Sellers, E.M./ Romach, M.K. (2003): Measurement issues in postpartum depression part 1: anxiety as a feature of postpartum depression. In: *Archives of Women's Mental Health*, 6(1) S. 51-57.
- Ross, L.E./ Sellers, E.M./ Gilbert Evans, S.E.G./ Romach, M.K. (2004): Mood changes during pregnancy and the postpartum period: development of a biopsychosocial model. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(6), S. 457-466.
- Rothenburg, S./ Granz, B./ Hartmann, H.-P./ Petermann, F. (2005): Stationäre Mutter-Kind-Behandlung in der Psychiatrie: Relevante Merkmale von Mutter und Kind. In: *Psychiatrische Praxis*, 32(1), S. 23-30.
- Roy, A./ Gang, P./ Cole, K./ Rutsky, M./ Reese, L./ Weisbord, J.A. (1993): Use of Edinburgh Postnatal Depression Scale in a North American population. In: *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 17(3), S. 501-504.
- Rudolf, G.A.E. (1990): *Praxisleitfaden Psychiatrie: Der depressive Patient in der ärztlichen Sprechstunde. - 2. überarb. u. erw. Auflage - Braunschweig: Vieweg.*
- Ryding, E.L./ Wijma, B./ Wijma, K. (1997): Posttraumatic stress reactions after emergency cesarean section. In: *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 76(9), S. 856-861.

- Ryding, E.L./ Wijma, K./ Wijma, B. (1998a): Experiences of emergency cesarean section: a phenomenological study of 53 women. In: *Birth*, 25(4), S. 246-251.
- Ryding, E.L./ Wijma, K./ Wijma, B. (1998b): Predisposing psychological factors for post-traumatic stress reactions after emergency cesarean section. In: *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 77(3), S. 351-352.
- Sachse, L. (2000): "Ich bin ganz und richtig" - Therapeutische Begleitung durch Psychose und Mutterschaft. Neumünster: Paranus.
- Saisto, T./ Salmela-Aro, K./ Nurmi, J.-E./ Halmesma, E. (2001): Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. A longitudinal study. In: *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80(1), S. 39-45.
- Saks, B.R./ Frank, J.B./ Lowe, T.L./ Berman, W./ Naftolin, F./ Cohen, D.J. (1985): Depressed mood during pregnancy and the puerperium: Clinical recognition and implications for clinical practice. In: *American Journal of Psychiatry*, 142(6), S. 728-731.
- Salmon, M./ Abel, K./ Cordingley, L./ Friedman, T./ Appleby, L. (2003): Clinical and parenting skills outcomes following joint mother-baby psychiatric admission. In: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), S. 556-562.
- Sauer, B. (1997): Postpartale Depression. Die Geburt eines Kindes als kritisches Lebensereignis bei Frauen. - 2. Aufl. - Münster; Hamburg: Lit.
- Schaefer, C. (1999): Arzneitherapie in der Stillzeit. Rationale Risikoabschätzung aus Sicht einer überregionalen Beratungsstelle für Embryonaltoxikologie. In: *Sozialpädiatrie, Kinder- und Jugendheilkunde*, 21(5-6), S. 199-202.
- Schaper, A.M./ Rooney, B.L./ Kay, N.R./ Silva, P.D. (1994): Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale to identify postpartum depression in a clinical setting. In: *Journal of Reproductive Medicine*, 39(8), S. 620-624.
- Schneider, R. (1995): Oh, Baby ... Das hatte ich mir anders vorgestellt: Erfahrungen von Frauen beim ersten Kind. München: Goldmann.
- Schoepf, J./ Bryois, C./ Jonquiere, M./ Le, P.K. (1984): On the nosology of severe psychiatric post-partum disorders. Results of a catamnestic investigation. In: *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 234(1), S. 54-63.
- Schoepf, J./ Bryois, C./ Jonquiere, M./ Scharfetter, C. (1985): A family hereditary study of post-partum "psychoses". In: *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 235(3), S. 164-170.
- Schopf, J./ Rust, B. (1994a): Follow-up and family study of postpartum psychoses. Part I: Overview. In: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 244(2), S. 101-111.
- Schopf, J./ Rust, B. (1994b): Follow-up and family study of postpartum psychoses: II. Early versus late onset postpartum psychoses. In: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 244(3), S. 135-137.
- Schopf, J./ Rust, B. (1994c): Follow-up and family study of postpartum psychoses. Part III: Characteristics of psychoses occurring exclusively in relation to childbirth. In: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 244(3), S. 138-140.
- Schopf, J./ Rust, B. (1994d): Follow-up and family study of postpartum psychoses. Part IV: Schizophreniform psychoses and brief reactive psychoses: lack of nosological relation to schizophrenia. In: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 244(3), S. 141-144.
- Schumann, C. (2004): Schwangerschaftsbetreuung – Neue Wege beschreiten. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 101(9), S. 555-557.
- Schwäbisch, L./ Siems, M. (1974): Anleitung zum sozialen Lernen für Paare, Gruppen und Erzieher. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

- Schweitzer, R.-D./ Logan, G.-P./ Strassberg, D. (1992): The relationship between marital intimacy and postnatal depression. In: *Australian Journal of Marriage and Family*, 13(1), S. 19-23.
- Seehusen, D.A./ Baldwin, L.-M./ Runkle, G.P./ Clark, G. (2005): Are family physicians appropriately screening for postpartum depression? In: *The Journal of the American Board of Family Practice*, 18(2), S. 104 -112.
- Seguin, L./ Potvin, L./ St.-Denis, M./ Loiselle, J. (1999): Depressive symptoms in the late postpartum among low socioeconomic status women. In: *Birth*, 26(3), S. 157-163.
- Seidman, D. (1998): Postpartum psychiatric illness: the role of the pediatrician. In: *Pediatrics in Review*, 19(4), S. 128-131.
- Seifert, J.W. (2001): *Visualisieren – Präsentieren – Moderieren. – 21., erweiterte Auflage – Offenbach: Gabal.*
- Seimyr, L./ Edhborg, M./ Lundh, W./ Sjogren, B. (2004): In the shadow of maternal depressed mood: experiences of parenthood during the first year after childbirth. In: *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 25(1), S. 23-34.
- Seligman, M.E.P. (1979): *Erlernte Hilflosigkeit*. München; Wien; Baltimore: Urban und Schwarzenberg.
- Sharma, V./ Smith, A./ Khan, M. (2004): The relationship between duration of labour, time of delivery, and puerperal psychosis. In: *Journal of Affective Disorders*, 83(2-3), S. 215–220.
- Sharp, D./ Hay, D.F./ Pawlby, S./ Schmucker, G./ Allen, H./ Kumar, R. (1995): The impact of postnatal depression on boys' intellectual development. In: *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 36(8), S. 1315-1336.
- Sholomskas, D.E./ Wickamaratne, P.J./ Dogolo, L./ O'Brien, D.W./ Leaf, P.J./ Woods, S.W. (1993): Postpartum onset of panic disorder: a coincidental event? In: *Journal of Clinical Psychiatry*, 54(12), S. 476-480.
- Sichel, D.A./ Cohen, L.S./ Dimmock, J.A./ Rosenbaum, J.F. (1993): Postpartum obsessive compulsive disorder: a case series. In: *Journal of Clinical Psychiatry*, 54(4), S. 156-159.
- Sichel, D.A./ Cohen, L.S./ Robertson, L.M./ Ruttenberg, A./ Rosenbaum, J.F. (1995): Prophylactic estrogen in recurrent postpartum affective disorder. In: *Biological Psychiatry*, 38(12), S. 814-818.
- Siebert, H. (2003): *Didaktisches Handeln in der Erwachsenenbildung. Didaktik aus konstruktivistischer Sicht. – 4. aktual. und erw. Auflage – München: Luchterhand.*
- Sieche, A./ Giedke, H. (1999): Recurring short delirium with postpartum onset in two sisters. In: *Psychopathology*, 32(6), S. 325–329.
- Siegrist, K. (1989): Sozialer Rückhalt und Normalität sozialen Handelns. In: Angermeyer, M.C./ Klusmann, D. (Hg.): *Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie*. Berlin u.a.: Springer, S. 64-76.
- SIGN – Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2002): Postnatal depression and puerperal psychosis: a national clinical guideline. Edinburgh. Online veröffentlicht, Zugriff am 20.11.2004 unter www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/60/index.html
- Sinclair, D./ Murray, L. (1998): Effects of postnatal depression on children's adjustment to school. Teacher's reports. In: *The British Journal of Psychiatry*, 172(1), S. 58-63.
- Singh, T./ Kaur, V. (2000): Puerperal psychosis - analysis of 35 cases. In: *Journal of the Indian Medical Association*, 98(5), S. 217-218.
- Small, R./ Brown, S./ Lumley, J./ Astbury, J. (1994): Missing voices: what women say and do about depression after childbirth. In: *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 12(2), S. 89-103.

- Small, R./ Lumley, J./ Donohue, L./ Potter, A./ Waldenström, U. (2000): Randomised controlled trial of midwife led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth. In: *British Medical Journal (BMJ)*, 321(7268), S. 1043-1047.
- Smallwood Ferguson, S./ Jamieson, D.J./ Lindsay, M. (2002): Diagnosing postpartum depression: Can we do better? In: *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), S. 899-902.
- Sneddon, J./ Kerry, R.-J. (1984): Puerperal psychosis: a suggested treatment model. Special Issue: Electroconvulsive therapy. In: *American Journal of Social Psychiatry*, 4(4), S. 30-34.
- Sobey, W.S. (2002): Barriers to postpartum depression prevention and treatment: a policy analysis. In: *Journal of Midwifery & Women's Health*, 47(5), S. 331-336.
- Soet, J.E./ Brack, G.A./ Dilorio, C. (2003): Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. In: *Birth*, 30(1), S. 36-46.
- Spangenberg, J.J./ Pieters, H.C. (1991): Factors related to postpartum depression. In: *South African Journal of Psychology*, 21(3), S. 159-165.
- Spielmann, H./ Steinhoff, R./ Schaefer, C./ Bunjes, R. (1997): *Arzneiverordnung in Schwangerschaft und Stillzeit. - 5. Auflage - Stuttgart; Jena; New York: Gustav Fischer-Verlag.*
- Spinelli, M.G. (1997): Interpersonal psychotherapy for depressed antepartum women: a pilot study. In: *American Journal of Psychiatry*, 154(7), S. 1028-1030.
- Stadtunkte (ohne Verfasser) (2005): „Baby-Blues“ – Zur Bedeutung postnataler/postpartaler Depression. In: *Stadtunkte - Aktuelle Informationen der HAG zur Gesundheitsförderung in Hamburg*, Nr. 1 (Februar), S. 16-17.
- Stamm, H. (Hg.) (1983): *Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.* München; Wien; Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Stamp, G.E./ Crowther, C.A. (1994): Postnatal depression: a South Australian prospective survey. In: *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 34(2), S. 164-167.
- Stamp, G./ Williams, A./ Crowther, C. (1996): Predicting postnatal depression among pregnant women. In: *Birth*, 23(4), S. 218-223.
- Stamp, G.E./ Williams, A.S./ Crowther, C.A. (1995): Evaluation of antenatal and postnatal support to overcome postnatal depression: a randomised, controlled trial. In: *Birth*, 22(3), S. 138-143.
- Stanley, C./ Murray, L./ Stein, A. (2004): The effect of postnatal depression on mother-infant interaction, infant response to the Still-face perturbation, and performance on an Instrumental Learning task. In: *Development and Psychopathology*, 16(1), S. 1-18.
- Stein, G./ Van den Akker, O. (1992): The retrospective diagnosis of postnatal depression by questionnaire. In: *Journal of Psychosomatic Research*, 36(1), S. 67-75.
- Stein, A./ Cooper, P.J./ Campbell, E.A./ Day, A./ Altham, P.M. (1989): Social adversity and perinatal complications: their relation to postnatal depression. In: *British Medical Journal (BMJ)*, 298(6680), S.1073-1074.
- Steiner, M. (2002): Postnatal depression: a few simple questions. In: *Family Practice*, 19(5), S. 469-470.
- Steinmeyer, E.-M. (1980): *Depression: Ätiologie, Diagnostik und Therapie.* Stuttgart u.a.: Kohlhammer.
- Stemp, P.S./ Turner, R.J./ Noh, S. (1986): Psychological distress in the postpartum period: the significance of social support. In: *Journal of Marriage and the Family*, 48(2), S. 271-277.

- Stern, D.N. (1998): Die Mutterschaftskonstellation - Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D.N. (2000): Mutter und Kind. Die erste Beziehung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stewart, D.E./ Klompenhouwer, J.L./ Kendell, R.E./ van Hulst, A.M. (1991): Prophylactic lithium in puerperal psychosis. The experience of three centres. In: *The British Journal of Psychiatry*, 158(3), S. 393-397.
- Stowe, Z.N./ Nemeroff, C.B. (1995): Women at risk for postpartum-onset major depression. In: *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 173(2), S. 639-645.
- Stowe, Z.N./ Casarella, J./ Landry, J./ Nemeroff, C.B. (1995): Sertraline in the treatment of women with postpartum major depression. In: *Depression*, 3(1), S. 49-55.
- Stowe, Z.N./ Hostetter, A.L./ Newport, J. (2005): The onset of postpartum depression: Implications for clinical screening in obstetrical and primary care. In: *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192(2), S. 522-526.
- Strobl, C.W. (2002): „Postpartale Dysphorie (Baby-Blues) und Wochenbettdepression“ – Eine katamnestische Untersuchung an 585 Müttern aus Kliniken in München und Starnberg. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Medizin, Fakultät für Medizin der Technischen Universität München.
- Strouse, T.B./ Szuba, M.P./ Baxter, L.R. Jr. (1992): Response to sleep deprivation in three women with postpartum psychosis. In: *Journal of Clinical Psychiatry*, 53(6), S. 204-206.
- Stuart, S./ O'Hara, M.W. (1995): Treatment of postpartum depression with interpersonal psychotherapy. In: *Archives of General Psychiatry*, 52(1), S. 75-76.
- Stuart, S./ Couser, G./ Schilder, K./ O'Hara, M.W./ Gorman, L. (1998): Postpartum anxiety and depression: onset and comorbidity in a community sample. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(7), S. 420-424.
- Stuart, S./ O'Hara, M.W./ Gorman, L.L. (2003): The prevention and psychotherapeutic treatment of postpartum depression. In: *Archives of Women's Mental Health*, 6(Suppl.2), S. 57-69.
- Süllwold, L. (1986): Schizophrenie. – 2., erw. Auflage – Stuttgart u.a.: Kohlhammer.
- Suess, G.J. (2001): Die Bedeutung von Frühintervention zur Förderung der Eltern-Kind-Bindung. In: *Baby, Bindung & Beratung. Frühe Hilfen für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Dokumentation der Fachtagung der Psychologischen Beratungsstelle und des Psychosozialen Dienstes der Stadt Karlsruhe vom 29. und 30. März 2001*, S. 11-18.
- Sulz, S.K.D. (Hg.) (1985): *Verständnis und Therapie der Depression*. München; Basel: E. Reinhardt.
- Suri, R./ Burt, V.K./ Altshuler, L.L./ Zuckerbrow-Miller, J./ Fairbanks, L. (2001): Fluvoxamine for postpartum depression. In: *American Journal of Psychiatry*, 158(10), S. 1739-1740.
- Susman, V.L./ Katz, J.L. (1988): Weaning and depression: another postpartum complication. In: *American Journal of Psychiatry*, 145(4), S.498-501.
- Sutter, A.-L./ Leroy, V./ Dallay, D./ Verdoux, H./ Bourgeois, M. (1997): Post-partum blues and mild depressive symptomatology at days three and five after delivery. A French cross sectional study. In: *Journal of Affective Disorders*, 44(1), S.1-4.
- Sutter-Dallay, A.L./ Giaconne-Marcasche, V./ Glatigny-Dallay, E./ Verdoux, H. (2004): Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense post-natal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. In: *European Psychiatry*, 19(8), S. 459-463.

- Tam, L.W./ Newton, R.P./ Dern, M./ Parry, B.L. (2002): Screening women for postpartum depression at well baby visits: resistance encountered and recommendations. In: *Archives of Women's Mental Health*, 5(2), S. 79–82.
- Tammentie, T./ Tarkka, M.-T./ Åstedt-Kurki, P./ Paavilainen, E. (2002): Sociodemographic factors of families related to postnatal depressive symptoms of mothers. In: *International Journal of Nursing Practice*, 8(5), S. 240–246.
- Tamminen, T. (1988): The impact of mother's depression on her nursing experiences and attitudes during breastfeeding. In: *Acta Paediatrica Scandinavica*, 344(Suppl.), S.87-94.
- Teissedre, F./ Chabrol, H. (2004): Detecting women at risk for postnatal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale at 2 to 3 days postpartum. In: *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(1), S. 51-54.
- Terp, I.M./ Mortensen, P.B. (1998): Post-partum psychoses. Clinical diagnoses and relative risk of admission after parturition. In: *The British Journal of Psychiatry*, 172(6), S. 521-526.
- Terp, I.M./ Engholm, G./ Moller, H./ Mortensen, P.B. (1999): A follow-up study of postpartum psychoses: prognosis and risk factors for readmission. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(1), S. 40-46.
- Terry, D.J./ Mayocchi, L./ Hynes, G.J. (1996): Depressive symptomatology in new mothers: a stress and coping perspective. In: *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), S. 220-231.
- Teti, D.M./ Gelfand, D.M./ Messinger, D.S./ Isabella, R. (1995): Maternal depression and the quality of early attachment: an examination of infants, preschoolers, and their mothers. In: *Developmental Psychology*, 31(3), S. 364–376.
- Trad, P.V. (1990): The emergence of psychopathology in a previously adaptive mother-infant dyad. In: *American Journal of Psychotherapy*, 44(1), S.95-106.
- Trad, P.V. (1995): Using maternal representational patterns to evaluate postpartum depression. In: *American Journal of Psychotherapy*, 49(1), S. 128-148.
- Treloar, S.A./ Martin, N.G./ Bucholz, K.K./ Madden, P.A./ Heath, A.C. (1999): Genetic influences on post-natal depressive symptoms: findings from an Australian twin sample. In: *Psychological Medicine*, 29(3), S. 645-654.
- Trojan, A./ Hildebrandt, H. (1989): Konzeptionelle Überlegungen zu gesundheitsbezogener Netzwerkförderung auf lokaler Ebene. In: Stark, W. (Hg.): *Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung: Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis*. Freiburg i.Br.: Lambertus, S. 97-116.
- Trotter, C./ Wolman, W.-L./ Hofmeyr, J./ Nikodem, C./ Turton, R. (1992): The effect of social support during labour on postpartum depression. In: *South African Journal of Psychology*, 22(3), S. 134-139.
- True-Soderstrom, B.A./ Buckwalter, K.C./ Kerfoot, K.M. (1983): Postpartum depression. In: *Maternal-Child Nursing Journal*, 12(2), S. 109-118.
- Ugarizza, D.N. (1995): A descriptive study of postpartum depression. In: *Perspectives in Psychiatric Care*, 31(3), S. 25-29.
- Ugarizza, D.N. (2004): Group therapy and its barriers for women suffering from postpartum depression. In: *Archives of Psychiatric Nursing*, 18(2), S. 39-48.
- Verdoux, H./ Sutter, A.L./ Glatigny-Dallay, E./ Minisini, A. (2002): Obstetrical complications and the development of postpartum depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(3), S. 212-219.
- Verein für Suizidprophylaxe und Krisenbegleitung Münster e.V. (unbek. Jahr): *Krisenhilfe Münster - Ratgeber für Angehörige*. Münster.

- Videbech, P./ Gouliaev, G. (1995): First admission with puerperal psychosis: 7-14 years of follow-up. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91(3), S. 167-173.
- Vinogradov, S./ Csernansky, J.G. (1990): Postpartum psychosis with abnormal movements: dopamine supersensitivity unmasked by withdrawal of endogenous estrogens? In: *Journal of Clinical Psychiatry*, 51(9), S.365-366.
- Wagenblass, S. (2001): Kinder psychisch kranker Eltern - eine vernachlässigte Zielgruppe von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. In: *Info - Zeitschrift für Kinder- und Jugendschutz*, H. 1, S. 2-6.
- Wagenblass, S./ Schone, R. (2001): Unbekannte Welten – Die Entdeckung der Kinder psychisch kranker Eltern als betroffene Angehörige. In: *Institut für soziale Arbeit (Hg.): ISA-Jahrbuch zur Sozialen Arbeit 2001*, Münster, S. 128-138.
- Warner, R./ Appleby, L./ Whitton, A./ Faragher, B. (1996): Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. In: *The British Journal of Psychiatry*, 168(5), S. 607-611.
- Watt, S./ Sword, W./ Krueger, P./ Sheehan, D. (2002): A cross-sectional study of early identification of postpartum depression: implications for primary care providers from The Ontario Mother & Infant Survey. In: *BMC Family Practice*, 3:5. Online veröffentlicht, Zugriff am 16.5.2005 unter <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/3/5>
- Webb, R.T./ Howard, L./ Abel, K.M. (2005): Antipsychotic drugs for non-affective psychosis during pregnancy and postpartum. In: *The Cochrane Database for Systematic Reviews*, Issue 2: CD004411. Online veröffentlicht, Zugriff am 13.06.2005 unter www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD004411/frame.html
- Webster, J./ Linnane, J.W./ Dibley, L.M./ Hinson, J.K./ Starrenburg, S.E./ Roberts, J.A. (2000): Measuring social support in pregnancy: can it be simple and meaningful? In: *Birth*, 27(2), S. 97-101.
- Webster, J./ Pritchard, M.A./ Creedy, D./ East, C. (2003): A simplified predictive index for the detection of women at risk for postnatal depression. In: *Birth*, 30(2), S. 101-108.
- Webster, M.L./ Thompson, J.M./ Mitchell, E.A./ Werry, J.S. (1994): Postnatal depression in a community cohort. In: *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 28(1), S. 42-49.
- Weier, K.M./ Beal, M.W. (2004): Complementary therapies as adjuncts in the treatment of postpartum depression. In: *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(2), S. 96-104.
- Weinberg, M.K./ Tronick, E.Z. (1998): Emotional characteristics of infants associated with maternal depression and anxiety. In: *Pediatrics*, 102(Suppl. 5), S. 1298 –1304.
- Welburn, V. (1981): *Die Krise nach der Geburt*. Bergisch Gladbach: Gustav Lübbe Verlag.
- Wenderlein, J.M. (2004): Bei Pharmakotherapie an Östrogene denken. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 101(44), S. 2969-2970.
- Wendt, A./ Rohde, A. (2004): Rechtzeitige Erkennung postpartaler Depressionen in der gynäkologischen Praxis. In: Neises, M./ Bartsch, S./ Dohnke, H. (Hg.): *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe: Beiträge der Jahrestagung 2003 der DGPF*. Gießen: Psychosozial, S. 295-301.
- Wenzel, A./ Haugen, E. N./ Jackson, L.C./ Robinson, K. (2003): Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum. In: *Archives of Women's Mental Health*, 6(1), S. 43-49.
- Whiffen, V.E. (1988a): Screening for postpartum depression: A methodological note. In: *Journal of Clinical Psychology*, 44(3), S. 367-371.
- Whiffen, V.E. (1988b): Vulnerability to postpartum depression: A prospective multivariate study. In: *Journal of Abnormal Psychology*, 97(4), S. 467-474.

- Whiffen, V.E. (1991): The comparison of postpartum with non-postpartum depression: A rose by any other name? In: *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 16(3), S. 160-165.
- Whiffen, V.E. (1992): Is postpartum depression a distinct diagnosis? In: *Clinical Psychology Review*, 12(5), S. 485-508.
- Whiffen, V.E./ Gotlib, I.H. (1989): Infants of postpartum depressed mothers: temperament and cognitive status. In: *Journal of Abnormal Psychology*, 98(3), S.274-279.
- Whiffen, V.E./ Gotlib, I.H. (1993): Comparison of postpartum and nonpostpartum depression: clinical presentation, psychiatric history and psychosocial functioning. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), S. 485-494.
- Whitton, A./ Appleby, L. (1996): Maternal thinking and the treatment of postnatal depression. In: *International Review of Psychiatry*, 8(1), S. 73-78.
- Whitton, A./ Warner, R./ Appleby, L. (1996): The pathway to care in post-natal depression: women's attitudes to postnatal depression and its treatment. In: *British Journal of General Practice*, 46(408), S. 427-428.
- Wickberg, B./ Hwang, C.P. (1996): Counselling of postnatal depression: a controlled study on a population based Swedish sample. In: *Journal of Affective Disorders*, 39(3), S. 209-216.
- Wieck, A. (1989): Endocrine aspects of postnatal mental disorders. In: *Baillieres of Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 3(4), S.857-877.
- Wieck, A./ Kumar, R./ Hirst, A.D./ Marks, M.N./ Campbell, I.C./ Checkley, S.A. (1991): Increased sensitivity of dopamine receptors and recurrence of affective psychosis after childbirth. In: *British Medical Journal (BMJ)*, 303(6803), S. 613-616.
- Wiefel, A./ Lehmkuhl, U. (2004): "Schau mich bitte nicht so an..." Besonderheiten in der frühkindlichen Bindungsentwicklung bei Säuglingen und Kleinkindern von psychisch kranken Eltern. In: *Frühe Kindheit*, 7(2), S. 29-32.
- Wienberg, G. (Hg.) (1995): Schizophrenie zum Thema machen: psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophrenen und schizoaffektiv erkrankten Menschen. Grundlagen und Praxis. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wijma, K./ Söderquist, J./ Wijma, B. (1997): Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. In: *Journal of Anxiety Disorders*, 11(6), S. 587-597.
- Wilberg, G.M./ Hujber, K. (1991): Natürliche Geburtsvorbereitung und Geburtshilfe. Ein Handbuch. München: Kösel.
- Wiley, C.C./ Burke, G.S./ Gill, P.A./ Law, N.E. (2004): Pediatricians' views of postpartum depression: a self-administered survey. In: *Archives of Women's Mental Health*, 7(4), S. 231-236.
- Willi, J. (1997): Die Zweierbeziehung. Spannungsursachen, Störungsmuster, Klärungsprozesse, Lösungsmodelle. Analyse des unbewussten Zusammenspiels in Partnerwahl und Paarkonflikt: das Kollusionskonzept. Reinbek bei Hamburg: rororo.
- Winnicott, D.W. (1990): Das Baby und seine Mutter. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Winnicott, D.W. (1992): Familie und individuelle Entwicklung. Frankfurt am Main: Fischer.
- Wisner, K.L./ Hanusa, B.H./ Peindl, K.S./ Perel, J.M. (2004a): Prevention of postpartum episodes in women with bipolar disorder. In: *Biological Psychiatry*, 56(8), S. 592-596.
- Wisner, K.L./ Jennings, K.D./ Conley, B. (1996a): Clinical dilemmas due to the lack of inpatient mother-baby units. In: *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 26(4), S. 478-493.
- Wisner, K.L./ Peindl, K.S / Gigliotti, T.V. (1999a): Tricyclics vs SSRIs for postpartum depression. In: *Archives of Women's Mental Health*, 1(4), S. 189-191.

- Wisner, K.L./ Peindl, K.S./ Gigliotti, T./ Hanusa, B.H. (1999b): Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. In: *Journal of Clinical Psychology*, 60(3), S. 176-180.
- Wisner, K.L./ Peindl, K./ Hanusa, B.H. (1994): Symptomatology of affective and psychotic illnesses related to childbearing. In: *Journal of Affective Disorders*, 30(2), S. 77-87.
- Wisner, K.L./ Peindl, K.S./ Hanusa, B.H. (1995): Psychiatric episodes in women with young children. In: *Journal of Affective Disorders*, 34(1), S. 1-11.
- Wisner, K.L./ Peindl, K.S./ Hanusa, B.H. (1996b): Effects of childbearing on the natural history of panic disorder with comorbid mood disorder. In: *Journal of Affective Disorders*, 41(3), S. 173-180.
- Wisner, K.L./ Peindl, K./ Hanusa, B.H. (1993): Relationship of psychiatric illness to childbearing status: a hospital-based epidemiologic study. In: *Journal of Affective Disorders*, 28(1), S. 39-50.
- Wisner, K.L./ Perel, J.M./ Peindl, K.S./ Hanusa, B.H. (2004b): Timing of depression recurrence in the first year after birth. In: *Journal of Affective Disorders*, 78(3), S. 249-252.
- Wisner, K.L./ Perel, J.M./ Peindl, K.S./ Hanusa, B.H./ Piontek, C.M./ Findling, R.L. (2004c): Prevention of postpartum depression: a pilot randomized clinical trial. In: *American Journal of Psychiatry*, 161(7), S. 1290-1292.
- Wisner, K.L./ Perel, J.M./ Peindl, K.S./ Hanusa, B.H./ Findling, R.L. Rapport, D. (2001): Prevention of recurrent postpartum depression: a randomized clinical trial. In: *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(2), S. 82-86.
- Wohlreich, M.M: (1994): Postpartum emotional illness: recognition and management in primary care. In: *The Journal of the South Carolina Medical Association*, 90(3), S. 120-127.
- Woitalla, D./ Klieser, E. (1995): Psychiatrische Erkrankungen mit Beginn im Wochenbett. In: *Der Gynäkologe*, 28(6), S. 434-439.
- Wolfersdorf, M.G. (1992): Hilfreicher Umgang mit Depressiven. Zum Verstehen und Behandeln von depressiv Kranken: Beobachtungen, Erfahrungen, Empfehlungen. Göttingen; Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Yamashita, H./ Yoshida, K./ Nakano, H./ Tashiro, N. (2000): Postnatal depression in Japanese women. Detecting the early onset of postnatal depression by closely monitoring the postpartum mood. In: *Journal of Affective Disorders*, 58(2), S. 145-154.
- Zelazny, G. (2001): *Das Präsentationsbuch*. Frankfurt/ Main: Campus.
- Zelkowitz, P./ Milet, T.H. (1995): Screening for post-partum depression in a community sample. In: *Canadian Journal of Psychiatry*, 40(2), S. 80-86.
- Zelkowitz, P./ Milet, T.H. (1996): Postpartum psychiatric disorders: their relationship to psychological adjustment and marital satisfaction in the spouses. In: *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), S. 281-285.
- Zelkowitz, P./ Milet, T.H. (2001): The course of postpartum psychiatric disorders in women and their partners. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(9), S. 575-582.
- Zimbardo, P.G. (1992): *Psychologie*. - 5. neu übersetzte und bearbeitete Auflage – Berlin u.a.: Springer.
- Zlotnick, C./ Johnson, S.L./ Miller, I.W./ Pearlstein, T./ Howard, M. (2001): Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. In: *American Journal of Psychiatry*, 158(4), S. 638-640.

Zitierte Links: www.schatten-und-licht.de

9 Anhang

9.1 Abkürzungsverzeichnis

a.a.O.	am angegebenen Ort
BDI	Beck-Depressions-Inventar
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
etc.	et cetera
ggfs.	gegebenenfalls
Hg.	Herausgeber
hrsg.	herausgegeben
i.A.	im Allgemeinen
i.S.	im Sinne
m.E.	meines Erachtens
m.W.	meines Wissens
o.g.	oben genannte(n)
o.J.	ohne Jahr
p.p.	post partum
PDPI	Postpartum Depression Predictors Inventory
PPD	postpartale Depression
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder
RVO	Reichs-Versicherungs-Ordnung
u.a.	unter anderem
u.U.	unter Umständen
u.v.m.	und vieles mehr
unbek.	unbekanntes/ unbekannter
v.a.	vor allem
Verf.	Verfasser(in)
vgl.	vergleiche
vs.	versus
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil
zit.	zitiert

9.2 Tabellen

Tabelle 1: Kriterien einer depressiven Episode (nach ICD-10-GM)	17
Tabelle 2: Untersuchungen zur „wahrscheinlichen“ Prävalenzrate postpartaler Depression mittels EPDS	29
Tabelle 3: Rückfallgefährdung je nach Vorerkrankung nach Cooper/ Murray (1995).....	35
Tabelle 4: Kriterien von Angst- und Panikstörungen (nach ICD-10-GM).....	36
Tabelle 5: Kriterien von Zwangsstörungen (nach ICD-10-GM)	39
Tabelle 6: Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung (nach ICD-10-GM).....	43
Tabelle 7: Kriterien einer unipolaren depressiven Psychose (nach ICD-10-GM) 51	
Tabelle 8: Kriterien einer unipolaren manischen Psychose (nach ICD-10-GM) ..	52
Tabelle 9: Kriterien einer bipolaren manisch-depressiven Psychose (nach ICD-10-GM).....	53
Tabelle 10: Kriterien einer schizophrenen Psychose (nach ICD-10-GM).....	55
Tabelle 11: Kriterien einer schizoaffektiven Psychose (nach ICD-10-GM).....	56
Tabelle 12: Kriterien einer kurz dauernden reaktiven Psychose (nach ICD-10-GM)	57
Tabelle 13: Verteilung der Diagnosen nach ICD-10 gegenüber Leonhard bei Pfuhlmann et al. (2000)	60
Tabelle 14: Vergleich diverser Metaanalysen hinsichtlich der ermittelten Effektstärke von Risikofaktoren für PPD	174

9.3 Abbildungen

Abbildung 1: Soziale Unterstützung und Erfahrungskontext (eigener Entwurf). 163	
Abbildung 2: Leitfaden für die Verwendung der PDPI (revidierte Fassung nach Beck 2002, deutsche Übersetzung durch die Verfasserin)...	180
Abbildung 3: Leitlinie „Postpartale Depression und Wochenbettpsychosen“ (SIGN 2002, deutsche Übersetzung durch die Verfasserin).....	269
Abbildung 4: Praktisches Vorgehen – Kurzzusammenfassung der Empfehlungen des Leitfadens der IMPaCT-Studie nach Bick et al. 2001).....	273

9.4 Folien

Folie 1: „Früherkennung und Umgang mit psychischen Problemen post partum“ - Eine Aufgabe von Hebammen!? (Startfolie Gesamtfortbildung).....	290
Folie 2: Themen der Fortbildung.....	292
Folie 3: Ziele der Fortbildung.....	292
Folie 4: Notwendigkeit von Früherkennung.....	293
Folie 5: Notwendigkeit von Früherkennung (Forts.).....	293
Folie 6: Psychische Störungen post partum – Früherkennung und Management (Startfolie Modul 1).....	294
Folie 7: Themen/ Modul 1.....	295
Folie 8: Erscheinungsbilder psychischer Störungen post partum.....	296
Folie 9: Symptome des Baby-Blues.....	297
Folie 10: Auch den Baby-Blues beobachten!.....	297
Folie 11: Epidemiologie des Baby-Blues.....	298
Folie 12: Was kann die Hebamme beim Baby-Blues tun?.....	299
Folie 13: Was ist zu tun, wenn der Baby-Blues länger als 1-2 Wochen anhält?.....	300
Folie 14: Gesprächstipps für Hebammen bei länger andauerndem Baby-Blues.....	301
Folie 15: Wochenbettpsychosen.....	302
Folie 16: Epidemiologie der Wochenbettpsychosen.....	302
Folie 17: Erste Anzeichen und Warnsymptome bei Wochenbettpsychosen...	303
Folie 18: Charakteristische Symptomatik depressiver Psychosen.....	304
Folie 19: Charakteristische Symptomatik manischer + bipolarer Psychosen..	304
Folie 20: Charakteristische Symptomatik schizophrener Psychosen.....	305
Folie 21: Charakteristische Symptomatik schizoaffektiver Psychosen.....	305
Folie 22: Was kann die Hebamme bei Wochenbettpsychosen tun?.....	306
Folie 23: Umgang mit Wahnkranken.....	306
Folie 24: Besonderheiten bei Manikern.....	307
Folie 25: Besonderheiten bei Stuporös-Depressiven.....	307
Folie 26: Epidemiologie der nicht-psychotischen Depressionen (PPD).....	309
Folie 27: Frühzeichen und Warnsymptome der PPD.....	309
Folie 28: Frühzeichen und Warnsymptome der PPD (Forts.).....	310
Folie 29: Abgrenzung von normalen Anpassungsproblemen	310

Folie 30: Diagnose einer Depression.....	311
Folie 31: Diagnose einer Depression (Forts.).....	311
Folie 32: Weitere Fakten zur Diagnose einer Depression.....	312
Folie 33: Schweregrade nicht-psychotischer Depressionen.....	312
Folie 34: Wichtigste Aufgaben als Hebamme.....	313
Folie 35: EPDS-Score bis 9	314
Folie 36: EPDS-Score von 10 bis 12	314
Folie 37: EPDS-Score von über 13 = wahrscheinliche Depression	315
Folie 38: Was kann die Hebamme tun bei postpartaler Depression?.....	316
Folie 39: Welche Leistungen werden von der Familienpflegerin übernommen?.....	316
Folie 40: Beantragung von Familienpflege.....	317
Folie 41: Beantragung von Familienpflege (Forts.).....	317
Folie 42: Verhaltenstipps im Gespräch mit einer depressiven Mutter.....	318
Folie 43: Umgang mit Suizidalität.....	318
Folie 44: Umgang mit Suizidalität/ Forts.....	319
Folie 45: Wann ist eine psychiatrische Behandlung notwendig?.....	320
Folie 46: Die psychiatrische Einweisung.....	320
Folie 47: Wenn die stationäre Aufnahme erwogen wird.....	321
Folie 48: Behandlungsmöglichkeiten und -einrichtungen im Umfeld – Vermittlung von Informationen an Betroffene (Startfolie Modul 2)...	324
Folie 49: Themen/ Modul 2.....	324
Folie 50: Behandlung je nach Schweregrad.....	325
Folie 51: Allgemeines zur Psychotherapie.....	326
Folie 52: Bei Depressionen besonders bewährte Therapieformen.....	326
Folie 53: Spezielle Therapieformen bei PPD.....	327
Folie 54: Selbsthilfetipps für (leichter) Betroffene.....	327
Folie 55: Medikamentöse Behandlung – Übersicht der Möglichkeiten.....	328
Folie 56: Medikamentöse Behandlung – Empfehlungen.....	328
Folie 57: Stillen und Medikamente.....	329
Folie 58: Vorteile der gemeinsamen Mutter-Kind-Aufnahme.....	329
Folie 59: Anlaufstellen für Betroffene: ambulante Dienste.....	330
Folie 60: Anlaufstellen für Betroffene: stationäre Dienste.....	331
Folie 61: Schatten & Licht.....	331
Folie 62: Marcé-Gesellschaft.....	332
Folie 63: Risikofaktoren – Kennen und Erkennen (Startfolie Modul 3).....	334

Folie 64: Themen/ Modul.....	335
Folie 65: Risikofaktoren für Wochenbettpsychosen.....	335
Folie 66: Risikofaktoren, die bei PPD als bedeutsam ermittelt wurden.....	336
Folie 67: Vorerkrankungen.....	336
Folie 68: Persönlichkeitsfaktoren.....	337
Folie 69: Kindheitseinflüsse.....	337
Folie 70: Psychosoziale Faktoren.....	338
Folie 71: Partnerschaft und soziales Umfeld.....	338
Folie 72: Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.....	339
Folie 73: Kindbezogene Faktoren.....	339
Folie 74: Umgang mit dem Kind.....	340
Folie 75: Mögliche Vorgehensweise in der Schwangerschaft	341
Folie 76: Gesprächsführung im Umgang mit (potenziell) Betroffenen – eine Erweiterung der eigenen Kompetenzen (Startfolie Modul 4).....	344
Folie 77: Themen/ Modul 4.....	344
Folie 78: Fehler im Umgang mit depressiven Müttern.....	348
Folie 79: Fragen zur Evaluierung der Befindlichkeit einer Mutter – Beispiele...	349
Folie 80: Rollenspiel: Eine Beratungssituation im Krankenhaus.....	350
Folie 81: Rollenspiel: Hausbesuch bei einer Mutter mit mittelschwerer Depression.....	351
Folie 82: Häufig gestellte Fragen	351
Folie 83: Last but not least.....	352

9.5 Kopiervorlagen

Kopiervorlage 1: Raum für eigene Eintragungen.....	333
Kopiervorlage 2: Fallbeispiel Frau A. aus Sauer 1997.....	342
Kopiervorlage 3: Fallbeispiel Frau B. aus Sauer 1997.....	343
Kopiervorlage 4: Hilfreiches Gesprächsverhalten.....	346
Kopiervorlage 5: Transferfragebogen.....	354

Die Edinburgh Postnatale Depression Skala (EPDS)

EPDS Richtlinie für Professionelle im Gesundheitswesen

Warum soll man Frauen während der Schwangerschaft und nach der Geburt auf Depressionen untersuchen?

Emotionale Krisen sind in der Schwangerschaft und nach der Geburt häufig, komplex und können verschiedene Erscheinungsformen haben. Postpartale Depression ist die häufigste psychische Erkrankung, die mit der Geburt einhergeht und 15% aller Mütter sind betroffen. Dies kann Langzeitfolgen für die Frauen, ihre Partner, die Babies und andere Kinder haben. Da Gesundheitsberufe, die mit Müttern zu tun haben, auch mit depressiven Müttern als erstes in Kontakt kommen, ist es wichtig dass sie einen Fragebogen zur Hand haben, der ihren klinischen Eindruck ergänzt und in der Entscheidung für weiteres Vorgehen hilfreich ist.

Untersuchung der Frauen auf schwangerschaftsassozierte Depression: Die EPDS

International ist die Edinburgh Postnatale Depression Skala (EPDS) in der Zeit nach der Geburt in breiter Verwendung. Dieser Fragebogen wurde von Cox, Holden & Sargovsky (1987) eingeführt und wurde speziell entwickelt, um Depressionen bei Müttern in üblichen Betreuungssituationen nach der Geburt zu entdecken (Hebammenbesuch, Stillberaterinnen, Kinderärzte, praktische Ärzte). Dieser Fragebogen schließt körperliche Symptome aus, die nach der Geburt häufig vorkommen (Müdigkeit, Schlafstörungen, Reizbarkeit) und in dieser Phase nicht unbedingt als depressive Symptome zu bewerten sind.

Als ein **Screening-Instrument** soll die EPDS die Stimmungslage der letzten 7 Tage erheben. Hohe Scores sind nicht von vornherein mit der Diagnose Depression gleichzusetzen, ebenso können Frauen niedrige Scores haben und trotzdem unter einer Depression leiden. **Die EPDS stellt keine klinische Diagnose Depression und soll auch nicht als Ersatz für eine psychiatrische Evaluation dienen. Die EPDS kann auch nicht voraussagen, ob jemand einmal in der Zukunft eine Depression haben wird, sie kann nur eine gegenwärtige Verstimmung erfassen.**

Richtlinien zur Anwendung der EPDS

Die EPDS ist ein 10 Fragen umfassender Selbstausfüllerfragebogen. Frauen werden gebeten, eine von vier Antwortmöglichkeiten zu wählen, die dem möglichst nahe kommt, wie sie sich in den letzten 7 Tagen gefühlt haben. Jede Frage hat einen Punktwert von 0 bis 3 und die Werte der 10 Fragen werden zusammengezählt. Die höchste Punktezahl ist somit 30 und würde eine sehr schwere Depression bedeuten, das Minimum wäre 0 und würde völliges Fehlen jeglicher Symptome bedeuten.

Wichtig: bei manchen Fragen werden die Punkte in der anderen Reihenfolge vergeben.

Der Wert der EPDS liegt darin, dass sie einfach auszufüllen ist, dass sie in Bezug zu anderen standardisierten psychiatrischen Instrumenten validiert wurde und dass sie von den Frauen gut akzeptiert wird. Die Verwendung erlaubt den Müttern über ihre Gefühle zu sprechen und den Professionellen auf einfühlsame Weise das Thema postpartale Depression anzusprechen.

Die EPDS kann zu jedem Zeitpunkt nach der Geburt angewendet werden. Sehr hohe Scores in der ersten Woche nach der Geburt zeigen einen Baby-Blues an. Dieser kann in eine Depression übergehen, wenn er sehr schwer ist. Eine Anwendung 6–8 Wochen nach der Geburt ist sinnvoll, eine Wiederholung nach 3 und 6 Monaten wurde empfohlen, am besten ist es, die EPDS die ersten 12 Monate nach der Geburt wiederholt anzuwenden. Es sollen mindestens 2 Wochen vergehen, bevor man die EPDS wiederholt.

Wissenschaftliche Ergebnisse

Zahlreiche Studien haben verschiedene Werte evaluiert, ab denen eine Depression mit hoher Wahrscheinlichkeit vorliegt (so genannte Cut-off-Werte).

Es gibt jedoch die Übereinkunft, dass Frauen mit Werten ≥ 13 eine 60–100%ige Wahrscheinlichkeit haben, unter einer Depression zu leiden. Sehr hohe Werte können bei einer akuten Krise oder einer Frau mit Persönlichkeitsstörung vorliegen, bei denen eine Abklärung erfolgen soll.

Obwohl die EPDS für die Verwendung postpartal entwickelt wurde, wurde sie auch für die Zeit der Schwangerschaft validiert und wurde in zahlreiche Sprachen übersetzt.

Studien, die die EPDS verwenden, haben diese in den unterschiedlichsten Settings angewandt, durch Hebammen, Kinderschwestern, Psychologen und Forscher. Die EPDS korreliert gut mit anderen Depressionsinventaren wie der Beck Skala (BDI) und dem Gesundheitsfragebogen (GHQ).

Die Informationen dieses Dokumentes sind mit Erlaubnis reproduziert von *The Edinburgh Postnatal Depression Scale – A Health Professional's Guide*, verfasst und publiziert von *beyondblue – Australian National Postnatal Depression Program*.



Für Details betreffend den Gebrauch, Kopien und Verteilen der Information besuchen Sie bitte die Website:

<http://www.beyondblue.org.au/postnataldepression>

Übersetzt aus dem Englischen und adaptiert für Österreich von claudia.klier@meduniwien.ac.at

So fühlte ich mich während der letzten Woche:
(Scores in Klammer)

1. Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:

- Genauso oft wie früher 0
- Nicht ganz so oft wie früher 1
- Eher weniger als früher 2
- Überhaupt nie 3

2. Es gab vieles, auf das ich mich freute:

- So oft wie früher 0
- Eher weniger als früher 1
- Viel seltener als früher 2
- Fast gar nicht 3

3. Ich habe mich unberechtigterweise Weise schuldig gefühlt, wenn etwas danebenging:

- Ja, sehr oft 3
- Ja, manchmal 2
- Nicht sehr oft 1
- Nein, nie 0

4. Ich war ängstlich und machte mir unnötige Sorgen:

- Nein, nie 0
- Ganz selten 1
- Ja, manchmal 2
- Ja, sehr oft 3

5. Ich fühlte mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund:

- Ja, ziemlich oft 3
- Ja, manchmal 2
- Nein, fast nie 1
- Nein, überhaupt nie 0

6. Mir ist alles zuviel geworden:

- Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen 3
- Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht mehr zu helfen 2
- Nein, ich wusste mir meistens zu helfen 1
- Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen 0

7. Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte:

- Ja, fast immer 3
- Ja, manchmal 2
- Nein, nicht sehr oft 1
- Nein, nie 0

8. Ich war traurig und fühlte mich elend:

- Ja, sehr oft 3
- Ja, ziemlich oft 2
- Nein, nicht sehr oft 1
- Nein, nie 0

9. Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste:

- Ja, sehr oft 3
- Ja, ziemlich oft 2
- Nur manchmal 1
- Nein, nie 0

10. Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun:

- Ja, oft 3
- Manchmal 2
- Selten 1
- Nein, nie 0

Gesamtscore

Edinburgh Postnatal Depression Scale (JL Cox, JM Holden, R Sagovsky, 1987).
Deutsche Version als „Befindlichkeitsbogen“ (Herz et al. 1996, Muzik et al. 1997).

Jede Frage bekommt 0–3 Punkte, was zu einem Wert zwischen 0–30 führt. **Wichtig:** Bei manchen Fragen werden die Punkte in der anderen Reihenfolge vergeben. Der gesamte Wert ergibt sich durch Addition der Einzelwerte. Wenn die Frau folgenden Score hat:

0–9	dann ist die Wahrscheinlichkeit für eine Depression gering
10–12	dann ist die Wahrscheinlichkeit für eine Depression mäßig vorhanden
>=13	dann ist die Wahrscheinlichkeit für eine Depression hoch

Der Vorteil der EPDS ist auch, dass man sehr schnell Frauen identifiziert, die Selbstmordgedanken haben. Wenn die Frau bei Frage 10 Punkte aufweist, muss man in jedem Fall genau nachfragen, ob es sich um Selbstverletzung, Lebensüberdruß oder richtige Selbstmordgedanken handelt.

Wenn die Symptome weniger schwer sind, oder während einer Zeitdauer kürzer als 2 Wochen vorhanden sind, kann es sich um andere Diagnosen handeln, wie zum Beispiel Anpassungsstörungen, Minor Depression und/oder eine gleichzeitig auftretende Angststörung.

Andere Ursachen für Symptome wie Anämie, Schlafentzug, Schilddrüsenfunktionsstörung oder Trauerreaktion sollten bedacht werden, bevor eine Depression diagnostiziert wird. Diese Zustände können aber auch zusammen mit einer Depression vorliegen. Eine Gesamtwert von „0“ sollte noch genauer abgeklärt werden, denn dies kann auf eine „sozial erwünschte“ Beantwortung der Fragen hinweisen.

Klinisches Management für Depression in der Schwangerschaft und nach der Geburt

- ▶ Diagnostizieren Sie Depression so früh wie möglich, besprechen Sie es mit der Frau und ihrem Partner und behandeln sie die Erkrankung aktiv.
- ▶ Entwickeln Sie einen Managementplan mit den anderen beteiligten Professionellen und kontaktieren Sie spezialisierte Einrichtungen, die Ihre Patientin zusätzlich unterstützen.

Diagnose

Die Edinburgh Postnatal Depression Skala (EPDS, Cox et al., Brit J Psychiatry 1987) ist eine effektive Methode, eine depressive Erkrankung vor und nach der Geburt zu erkennen.

- ▶ Frauen, die konstant über 13 Scores haben, ein großes Risiko, an einer *Major Depression* zu leiden.
- ▶ Wenn die Symptome weniger schwer sind oder während einer Zeitdauer kürzer als 2 Wochen vorhanden sind, kann es sich um andere Diagnosen handeln, wie zum Beispiel Anpassungsstörungen, *Minor Depression* und/oder eine gleichzeitig auftretende Angststörung. Andere Ursachen für Symptome wie Anämie, Schlafentzug, Schilddrüsenfunktionsstörung oder Trauerreaktion sollten bedacht werden, bevor eine Depression diagnostiziert wird. Diese Zustände können aber auch zusammen mit einer Depression vorliegen.
- ▶ Angstsymptome benötigen ebenfalls eine aktive Behandlung – psychologische Behandlung sollte hier bevorzugt werden um die Entwicklung von chronischen Symptomen zu verhindern.
- ▶ Sehr hohe Werte können bei einer akuten Krise oder einer Frau mit Persönlichkeitsstörung vorliegen, bei denen eine Abklärung erfolgen soll.

Managementplan

Eine Managementplan kann einige der folgenden Punkte beinhalten:

- ▶ Medikation durch den praktischen Arzt/Psychiater – am besten, wenn biologische Symptome vorhanden sind (wenig Appetit & schlechter Schlaf, Angst). Sehr schwere Depression benötigt unter Umständen auch neuroleptische Medikation und stationäre Behandlung. Eine Psychopharmakagabe in der Schwangerschaft und beim Stillen sollte nach strenger Indikation und unter Monitoring erfolgen.
- ▶ Eine Psychose (Wahnvorstellungen/Halluzinationen) und Selbstmordideen benötigen sofortige Behandlung. Hier ist eine fachärztliche Abklärung und häufig eine stationäre Aufnahme vorzusehen.
- ▶ Behandlung durch Psychotherapie (Einzel oder Gruppe).
- ▶ Paarberatung, falls es Probleme in der Partnerschaft gibt. Gehen Sie sicher, dass der Partner informiert ist und in die Behandlung einbezogen wird.
- ▶ Untersuchen Sie auch die psychische Verfassung des Partners, möglichen Substanzabusus und Anpassung an die neue Rolle.
- ▶ Unterstützende Beratung: Zuhören, Diskussion von Problemen und Entwicklung von Problemlösungsstrategien.
- ▶ Selbsthilfegruppen – Unterstützung von anderen, die unter einer Depression leiden oder gelitten haben.
- ▶ Spezifische Beratung über Babypflege/Beruhigungsstrategien und Beurteilung der Mutter-Kind Beziehung.
- ▶ Falls die Mutter ein Abhängigkeitsproblem hat, beziehen Sie dafür zuständige Stellen ein.
- ▶ Unterstützen Sie die Mutter in ihrer Kompetenz – es kann sein, dass sie praktische Hilfe und Ruhepausen braucht.
- ▶ Depression kann die Beziehungsaufnahme der Mutter zu ihrem Kind und ihrem Partner stören. Sehen Sie, wie die Mutter die Signale ihres Kindes wahrnimmt und wie sie über ihr Kind spricht. Behandeln Sie im Falle einer gestörten Mutter-Kind-Beziehung auch diese im Rahmen des Gesamtbehandlungsplanes. In den Fällen, in denen die Babies gefährdet sind, nehmen Sie bitte Kontakt zum Jugendamt auf, um eine Beurteilung der Gefahr für das Kind und eine intensivere Betreuung in die Wege zu leiten.



Um die Diagnose einer Major Depression zu erfüllen, sollte man in jedem Fall Symptom A und/oder B haben, sowie 4 oder mehr der anderen Symptome über mindestens 2 Wochen Dauer:

- A** Depressive Verstimmung/Reizbarkeit
- B** Vermindertes Interesse an Aktivitäten
- C** Deutliche Veränderungen von Gewicht oder Appetit
- D** Schlafprobleme, wie zuwenig oder zuviel Schlaf
- E** Müdigkeit
- F** Gefühl von Wertlosigkeit/Schuld
- G** Unmöglichkeit klar zu denken oder sich zu konzentrieren
- H** Wiederholte Gedanken an Tod/oder Selbstmord
- I** Psychomotorische Unruhe oder bleierne Schwere

Risikofaktoren von Frauen für eine Postpartale Depression

- ▶ Vorhergehende Depression, vor allem Postpartale Depression
- ▶ Familienanamnese für Depression
- ▶ Vorangegangener Substanzabusus/dysfunktionale Familie
- ▶ Wenig soziale Unterstützung
- ▶ Frühgeburt/krankes Kind
- ▶ Langandauernde Probleme mit den Partner
- ▶ Traumatisches Geburtserlebnis
- ▶ Negative Lebensereignisse
- ▶ Veränderungen bei der Arbeit/finanzielle Schwierigkeiten

Überweisung zu einem Psychiater sollte erfolgen wenn:

- ▶ Die Frau eine schwere Depression hat
- ▶ Die Frau über längere Zeit zuhause nicht zurecht kommt, obwohl Unterstützung organisiert wurde
- ▶ Das Risiko für Infantizid oder Suizid gegeben ist
- ▶ Sich die Situation nicht verbessert, obwohl die Standardbehandlung versucht wurde (z. B. Antidepressiva und psychologische Behandlung)
- ▶ Noch zusätzliche Probleme vorliegen wie Trauma oder Trauer/Verluste
- ▶ Es viele Rückfälle gibt
- ▶ Es eine zusätzliche körperliche Problematik gibt, die medizinische Behandlung benötigt
- ▶ Eine Zweitmeinung eingeholt werden soll

Hinweise zu Antidepressiver Therapie während der Schwangerschaft und dem Stillen

Schwangerschaft

Wenn während der Schwangerschaft psychoaktive Medikamente verschrieben werden, ist es wichtig, das potentielle Risiko für den Fötus durch die Substanz gegen das Risiko durch die psychiatrische Erkrankung abzuwägen und zwar für Mutter und Baby.

Die neueren Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer werden am häufigsten verschrieben. Sie sind placentagängig und gelangen so in den Fötus. Studien habe kein erhöhtes Missbildungsrisiko oder die Erhöhung der Rate von Fehlgeburten gezeigt. Dennoch ist es wichtig, dass hier sehr sorgfältig vorgegangen wird. Ebenso gibt es keine Hinweise, dass die älteren Trizyklika oder das neue Efectin, auch bei Anwendung im ersten Trimester, ein signifikantes Risiko für Fehlbildungen beim Fötus darstellen.

Stillen

Die positiven Auswirkungen durch das Stillen sind belegt, so dass empfohlen wird auch hier eine sorgfältige Risiko-Nutzen-Analyse vorzunehmen. Das Risiko für das Baby durch die Medikation muss gegen den Verlust der Vorteile durch das Stillen abgewogen werden. Psychoaktive Medikamente sind in der Muttermilch vorhanden, die Spiegel im Baby sind normalerweise sehr niedrig oder unter der Nachweisgrenze. Frauen und ihre Partner müssen diese Information bekommen und eine Entscheidung sollte für jeden Fall individuell getroffen werden, indem man eine Risiko-Nutzen-Analyse macht. In den meisten Fällen wird die Dosis, der das Kind ausgesetzt wird, sehr gering sein.

Information

Therapeutische Richtlinien (englisch)

<http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/60/index.html>

Psychopharmaka in der SS und beim Stillen (englisch)

www.motherisk.org

Stillen

www.stillen.org

www.stillen.at

www.velb.org

Väter

www.postpartumdads.org

Selbsthilfe

www.schatten-und-licht.de

<http://members.telering.at/ppd.treff/>

Deutschsprachige Fachgesellschaften

www.marce-gesellschaft.de

www.gaimh.de

www.gpgf.org



Die Informationen dieses Dokumentes sind mit Erlaubnis reproduziert von *Antenatal and Postnatal Depression – A Guide to Management*, verfasst und publiziert von *beyondblue – Australian National Postnatal Depression Program*. Das Copyright bleibt bei *beyondblue – Australian National Postnatal Depression Program*.

Für Details betreffend den Gebrauch, Kopien und Verteilen der Information besuchen Sie bitte die Website:

<http://www.beyondblue.org.au/postnataldepression>

Übersetzt aus dem Englischen und adaptiert für Österreich von claudia.klier@meduniwien.ac.at

Wenn eine Medikation verschrieben wird, soll

- ▶ Die niedrigste effektive Dosis verschrieben werden
- ▶ Für die kürzestmögliche Dauer (v. a. Tranquilizer)
- ▶ Wenn möglich nicht im ersten Trimester
- ▶ Vermieden werden mehrere Medikamente zugleich einzusetzen
- ▶ Die Dosis vor der Geburt reduziert werden
- ▶ Öfter die Dosiswirkung, Nebenwirkungen oder Auswirkungen auf das Baby evaluiert werden (keine Dauerverschreibung)

Während des Stillens

- ▶ Nur wenige Medikamente sind völlig kontraindiziert
- ▶ Die Spiegel im Plasma des Kindes sind meist gering oder nicht nachweisbar
- ▶ Vorsicht ist geboten, wenn das Kind frühgeboren ist oder seine Möglichkeit zur Ausscheidung oder Metabolisierung gestört ist

