

# Hilfe, ich kann mein Kind nicht lieben

## Postpartale Depression:

Krankheitsbild, Verlauf, Ursachen, Therapiemöglichkeiten

Tina Lohse

**Hilfe, ich kann mein Kind nicht lieben**

Postpartale Depression: Krankheitsbild, Verlauf, Ursachen, Therapiemöglichkeiten

ISBN: 978-3-8366-1609-6

Druck: Diplomica® Verlag GmbH, Hamburg, 2008

Zugl. Diplomica Verlag GmbH, Hamburg, Deutschland, Fachbuch

---

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtes.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Informationen in diesem Werk wurden mit Sorgfalt erarbeitet. Dennoch können Fehler nicht vollständig ausgeschlossen werden und der Verlag, die Autoren oder Übersetzer übernehmen keine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung für evtl. verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen.

© Diplomica Verlag GmbH

<http://www.diplomica.de>, Hamburg 2008

Printed in Germany

## Vorwort

Die Geburt eines Kindes stellt eine Vielzahl von Anforderungen an die Frauen - Erschöpfung, Stillen, Schlaflosigkeit, Wiederherstellung der normalen Körperform, Verringerung des Geschlechtstriebes und Wegfall sozialer Beziehungen. Betrachtet man diese innerhalb nur kurzer Zeit stattfindenden biologischen, sozialen und emotionalen Veränderungen, ist es nicht verwunderlich, dass in der Zeitspanne von der Geburt bis zur Rückbildung aller Schwangerschaftsveränderungen eine Reihe verschiedener psychiatrischer Störungen auftreten können<sup>1</sup>.

Die postpartale Depression (PPD) ist ein recht unerwartetes Ereignis, die in einem Lebensabschnitt auftritt, von dem allgemein angenommen wird, dass sich Frauen freuen und glücklich fühlen.

Postpartale Störungen und Erkrankungen haben in der deutschen Psychologie und Medizin bis heute noch zu wenig Beachtung gefunden, werden nach wie vor unterschätzt, selten diagnostiziert und ursachenadäquat behandelt. Solange unsere Gesellschaft das Thema mütterliche Depression jedoch negiert, können die betroffenen Frauen keine wirkungsvolle Hilfe und Unterstützung erfahren<sup>2</sup>.

Durch dieses Buch soll die postpartale Depression weiter aus ihrem Schattendasein herausgeholt und die Problematik depressiver Mütter aufgezeigt werden. Dabei habe ich auch das Gespräch mit betroffenen Frauen gesucht.

An dieser Stelle danken möchte ich meinem Freund und meiner Mutter, die immer ein offenes Ohr für mich hatten und sich bereit erklärt haben, mein Buch Korrektur zu lesen.

Ein weiterer Dank gilt den betroffenen Frauen, die sehr ausführlich über ihre Erkrankung berichteten und mir es somit ermöglichten, das Buch mit realen Fallbeispielen abzuschließen.

---

<sup>1</sup> vgl. Klier, Demal, Katschnig (Hg) 2001, S. 12.

<sup>2</sup> vgl. Sauer 1993, S. 1.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung.....</b>	<b>11</b>
<b>2. Allgemeine Überlegungen zur Depression.....</b>	<b>13</b>
2.1 Die Depression .....	13
2.2 Nosologische Einordnung depressiver Krankheitsbilder .....	15
2.3 Übersicht der depressiven Störungen nach ICD-10 bzw. DSM-IV .....	17
2.4 Gesamtheit der Faktoren, die zur Depression führen .....	20
2.5 Entstehung depressiver Krankheitsbilder aus Perspektive der Life-Event-Forschung .....	20
<b>3. Die Geburt eines Kindes als lebensveränderndes Ereignis und die Entstehung der Mütterlichkeit.....</b>	<b>23</b>
3.1 Entwicklungsstufen des Bildes der Weiblichkeit nach Molinski.....	25
3.2 Die drei Phasen nach Stern.....	29
<b>4. Ein Überblick: die Veränderungen des mütterlichen Organismus.....</b>	<b>34</b>
<b>5. Definition: Die Begriffe postpartal/ postnatal und pränatal.....</b>	<b>44</b>
5.1 Störungen in der Postpartalzeit .....	44
5.2 Verschiedene Psychosen .....	48
5.3 Störungen der Mutter-Kind-Beziehung.....	48
5.4 Angst und Stress.....	49
5.5 Postpartale Depression .....	50
<b>6. Erklärungsansätze und Befunde zu postpartalen Depressionen (Ursachen) .....</b>	<b>53</b>
6.1 Biologische oder physiologische Befunde .....	56
6.2 Befunde zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.....	56
6.3 Psychosoziale Befunde.....	60
6.4 Entwicklungsbedingte Empfänglichkeit und Persönlichkeitsfaktoren.....	62
6.5 Kognitive Ansätze .....	63
6.6 Psychodynamische Ansätze .....	63
6.7 Ein multifaktorielles Modell - oder warum man von einer „multifaktoriellen“ Verursachung spricht.....	64
6.8 Das Bild der „guten Mutter“ – qualitative Forschung.....	64
<b>7. Ein Einblick in die Bindungstheorie .....</b>	<b>66</b>
<b>8. Psychische Erkrankungen und ihre Auswirkungen .....</b>	<b>78</b>
8.1 Auswirkungen auf die Familie .....	78
8.2 Auswirkungen auf das Kind.....	78
8.3 Postpartale Depression und ihre Auswirkungen .....	82

<b>9. Therapie psychischer Störungen .....</b>	<b>85</b>
9.1 Mutter-Kind-Behandlung .....	85
9.2 Weitere Behandlungsmöglichkeiten .....	86
9.2.1 Psychopharmaka .....	87
9.2.2 Psychotherapie.....	90
<b>10. Verbesserungsvorschläge für die Zukunft.....</b>	<b>96</b>
<b>11. Herangehensweise bei den Interviews mit den postpartal depressiven Frauen.....</b>	<b>99</b>
<b>12. Fallbeispiele .....</b>	<b>103</b>
12.1 Sylvia.....	103
12.2 Carmen .....	107
12.3 Birgit.....	113
12.4 Bianca.....	118
<b>13. Abschließende Interpretation der Interviews .....</b>	<b>123</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>125</b>
<b>Anhang.....</b>	<b>129</b>

## **Abbildungsverzeichnis:**

Abbildung 1: Nosologische Einordnung der Depressionszustände .....	17
Abbildung 2: Episoden mit verstärktem Weinen bei 39 Frauen nach der Entbindung.....	45

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Kriterien einer depressiven Episode (nach ICD-10: F32) .....	18
Tabelle 2: Subtypen der depressiven Episode (nach ICD-10).....	19
Tabelle 3: Wegen postpartaler Depression (Diagnose F53) 2001 - 2005 vollstationär behandelte Frauen.....	52
Tabelle 4: Bindungstypen .....	67

## **Abkürzungsverzeichnis**

Abb. - Abbildung

BGS - Bundesgesundheitsurvey

Bspw. – Beispielsweise

CTG - Cardiotokograph

DSM IV - vierte Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EPDS – Edinburgh Postpartum Depression Scale

et al. - et alia

etc. - et cetera

G - Gramm

GBD - Global Burden of Diseases Study

ICD 10 - zehnte Ausgabe des International Classification of Diseases and Related Health Problems

Kg – Kilogramm

MKB – Mutter-Kind-Beziehung

o.g. – oben genannte

PDA - Periduralanästhesie

PPD – Postpartale Depression

SSW - Schwangerschaftswoche

Tab. – Tabelle

u.a. – unter anderem bzw. und andere

usw. – und so weiter

vgl. – vergleiche

WHO - Weltgesundheitsorganisation

z.B. – zum Beispiel

# 1. Einleitung

*„Mutterglück, das ist das,  
was eine Mutter empfindet,  
wenn die Kinder abends im  
Bett sind“*

*(Robert Lembke)*

Postpartale Depressionen sind Depressionen, die nach der Geburt eines Kindes entstehen und bei 10 bis 20 Prozent der Frauen auftreten<sup>3</sup>. Viele Frauen sind den Anforderungen, welche durch die neue Lebenssituation mit einem Kind auf sie zu kommen, nicht gewachsen. Die Entbindung kann eine enorme Belastungsprobe für die Frauen bedeuten, auch im Hinblick auf ihre Persönlichkeitsentwicklung, die zum Ausgangspunkt postpartaler Erkrankungen werden kann<sup>4</sup>. Im schlimmsten Fall wird die postpartale Depression die Persönlichkeit der betroffenen Frau so sehr verändern, dass sie sich oder ihrem Kind etwas antut. So wurde z.B. bei der Säuglingstötung in Hamburg-Osdorf im März diesen Jahres von Psychologen überprüft, ob die Mutter des toten Kindes an einer PPD litt, was in diesem Fall jedoch als unwahrscheinlich aber nicht auszuschließen galt<sup>5</sup>.

Ich gehe im Rahmen dieser Studie von der Annahme aus, dass die Geburt eines Kindes ein Lebensereignis darstellt, das große Veränderungen und Anpassungsleistungen von den Frauen (sowie deren Partnern) voraussetzt und häufig auch als kritisch interpretiert wird<sup>6</sup>.

Mit diesem Buch möchte ich auf die Bedeutung bestimmter Faktoren sowohl für die Entstehungsgeschichte als auch für die Behandlung der postpartalen Depression hinweisen und verdeutlichen, wie diese Faktoren entstehen und wie sich ihre Wirkung korrigieren lässt. Darüber hinaus werde ich in erster Linie den Fragen nachgehen, ob die postpartale Depression auch heute noch ein Tabuthema in unserer Gesellschaft ist und wie sich die postpartale Depression auf die Familie, das Umfeld und das Kind der betroffenen Frau auswirkt. Des Weiteren möchte ich Frauen, die nach der Geburt ihres Kindes an Depressionen erkrankt sind, zu Wort kommen lassen, um ein Verständnis für die Erkrankung aus Sicht der betroffenen Frauen zu ermöglichen. Damit die Erlebensberichte der Frauen ein Stück weit miteinander verglichen werden können, werden bei der Befragung bestimmte Kriterien festgelegt, welche im Kapitel zu der Herangehensweise bei den Interviews erläutert werden.

Das Buch ist folgendermaßen aufgebaut: In dem dieser Einleitung folgenden zweiten Kapitel werde ich zu Beginn einen einführenden Blick in das Thema der Depressionen gewähren. In Kapitel drei möchte ich deutlich machen, dass die Geburt eines Kindes ein lebensveränderndes – nicht immer glückliches Ereignis – ist und zwei Modelle zur Entstehung der

---

<sup>3</sup> vgl. Härtl, Müller, Friese 2006, S. 813; auch Hofecker Fallahpour et al. 2005, S.9.

<sup>4</sup> vgl. Sauer 1993, S. 3

<sup>5</sup> vgl. Spurzem in: Spiegel-Online, März 2007: [www.spiegel.de/panorama/justiz.html](http://www.spiegel.de/panorama/justiz.html).

<sup>6</sup> vgl. Sauer 1993, S. 3.

Mütterlichkeit vorstellen. Im darauf folgenden vierten Kapitel werde ich die biologischen Veränderungen, die mit einer Schwangerschaft einhergehen, erläutern. In Kapitel fünf gebe ich einen Überblick über die unterschiedlichen Erkrankungsbilder der Postpartalzeit, dabei beleuchte ich insbesondere verschiedene Psychosen, Störungen der Mutter-Kind-Beziehung, das Thema Angst und Stress und die postpartale Depression.

In Kapitel sechs gehe ich ausführlich auf bisherige Befunde zu den Ursachen der Entstehung und Entwicklung der postpartalen Depression ein. Im siebenten Kapitel unternehme ich einen ausführlichen Exkurs in das Thema der Bindungstheorie, um mögliche Auswirkungen einer postpartalen Erkrankung auf die Mutter-Kind-Beziehung ersichtlich zu machen.

Im nächsten Abschnitt beschäftige ich mich mit der Vater-Kind-Bindung, bevor im achten Kapitel auf die Auswirkungen psychischer Erkrankungen eingegangen wird und im neunten Kapitel verschiedene Therapiemöglichkeiten postpartaler psychischer Störungen vorgestellt werden. Im zehnten Kapitel habe ich Verbesserungsvorschläge für die Zukunft herausgearbeitet, bevor die Arbeit zum Abschluss durch die Beschreibung der Lebensgeschichte und Krankheitserfahrungen vierer Frauen mit postpartaler Depression abgerundet werden soll. Diese Interviews erheben zwar keinen Anspruch auf Repräsentativität, sie sollen als Beispiele mit illustrativem Charakter verstanden werden, welche dem Leser die Vielfalt der Entstehungsfaktoren und Wirkungsmechanismen, die zur postpartalen Depression führen können, verdeutlichen sollen.

Ich habe dieses Thema zum Gegenstand meines Buches gemacht, weil ein Treffen mit einer guten Freundin und ihre Erzählungen über „seltsame Gefühle“ nach der Geburt mein besonderes Interesse für die postpartale Depression geweckt haben. Außerdem interessierte mich eine Vorlesung während meines Studiums zum Thema „Psychologische und biologische Erklärungs- und Interventionsmodelle“ schon sehr, dass ich zu dem Entschluss kam, mich ausführlicher mit diesem Thema zu widmen beschäftigen.

Des weiteren bin ich der Ansicht, dass es für die von der postpartalen Depression betroffenen Frauen hilfreich und erleichternd sein kann, mit Hilfe der Berichte anderer Frauen aufzuzeigen, dass sie mit ihrem Problem nicht alleine sind.

## 2. Allgemeine Überlegungen zur Depression

### 2.1 Die Depression

„Depression“ stammt vom lateinischen Begriff „deprimere“ (= herunterdrücken, unterdrücken)<sup>7</sup> ab und bedeutet frei übersetzt soviel wie „bedrückte Stimmung“. Schwermut, Melancholie, Niedergeschlagenheit und Trauer sind Begriffe, die im Volksmund häufig synonym verwandt werden. In der Literatur werden eine Vielzahl von Definitionen zum Begriff der Depression geboten, die wohl bekannteste ist aber die von Schraml: „Unter dem Begriff Depression wird ein Syndrom verstanden, das aus einer Trias besteht, die sich aus trauriger oder ängstlicher Grundstimmung, Hemmung des Denkens und Störungen der zentrifugalen psychischen und psychomotorischen Funktion zusammensetzt“<sup>8</sup>. Depressive Verstimmungen gehören zu den häufigsten seelischen Veränderungen überhaupt. Sie kommen bei Männern, Frauen, Kindern, bei Menschen jeden Alters vor und betreffen jede soziale Schicht<sup>9</sup>. Das Gefühl von Betrübtheit ist jedem Menschen bekannt und gehört genauso zur Alltagserfahrung, wie auch freudige Erlebnisse. Es gibt im Leben jedes Menschen Ereignisse, die Gefühle der Traurigkeit oder eine bedrückte Stimmung auslösen. „Die Depression wohnt als Möglichkeit jedem Individuum inne. Es ist kein Individuum denkbar, das nicht durch langanhaltende oder kurzdauernde und schwerwiegende emotionale Belastungen und vernichtende kognitive Erfahrungen dermaßen erschüttert würde, dass es nicht nur in Trauer, sondern an den Rand der menschlichen Erlebens- und Lebensfähigkeit gebracht würde“<sup>10</sup>.

Nimmt das Stimmungstief eine Dauer und Intensität an, die dem Anlass dafür nicht angemessen gegenübersteht, dann nimmt dieser Zustand Krankheitscharakter an. Bei einem Großteil der betroffenen Menschen, vergeht dieser Zustand jedoch nach kurzer Zeit wieder, ohne den Charakter einer Krankheit anzunehmen<sup>11</sup>.

Berücksichtigt werden muss in jedem Fall, dass der Übergang von „normaler Traurigkeit“ zu einer „echten Depression“ nur schwer abzugrenzen ist und ein Stückweit auch vom Beurteiler oder Beobachter abhängig ist.

Setzt man voraus, dass die betroffene Person sich mit ihrer Erkrankung aktiv auseinandersetzt, kann eine Depression auch positive Aspekte für das Leben des Betroffenen haben, denn sie stellt eine Krise dar, die verarbeitet werden muss und „aus der die Persönlichkeit gereift und gestärkt hervorgeht“<sup>12</sup>.

---

<sup>7</sup> vgl. Nevermann und Reicher, 2001, S.11.

<sup>8</sup> Schraml und Baumann 1975, S. 124.

<sup>9</sup> vgl. Dalton 1984, S. 33.

<sup>10</sup> Battegay 1991, S. 11.

<sup>11</sup> vgl. Sauer 1993, S. 11.

<sup>12</sup> Leibold, 1998, S. 175.

Depression ist einerseits ein Gefühl, zugleich aber auch ein Syndrom, da sie mit Veränderungen der psychischen und somatischen Funktionen einhergeht. Sie stellt also eine Abweichung gegenüber der „normalen Traurigkeit“ oder „Betrübtheit“ dar<sup>13</sup>. Anders formuliert kann man sagen: Die Depression ist eine Erkrankung des gesamten Körpers, da sie nicht nur das Denken, die Gefühle, das Verhalten und den Umgang mit anderen Menschen betrifft, sondern auch eine Vielzahl der Körperfunktionen beeinträchtigt<sup>14</sup>.

Nach Schätzungen der Global Burden of Diseases Study (GBD) aus dem Jahr 2000<sup>15</sup> leiden etwa 3,2 Prozent der Frauen und 1,9 Prozent der Männer weltweit an depressiven Störungen irgendeiner Form. Betrachtet man bei der Analyse nicht nur den Zeitpunkt der Erhebung, sondern wählt eine dynamische Perspektive und betrachtet einen Zeitraum von zwölf Monaten, so zeigt sich, dass 9,5 Prozent der Frauen und 5,8 Prozent der Männer innerhalb dieses Zeitraums eine depressive Episode erfahren hatten. Die Weltgesundheitsorganisation<sup>16</sup> (WHO) schätzt, dass 11,8 Prozent der Menschen weltweit betroffen sind. In der Bundesrepublik geht man davon aus (in Deutschland gibt es keine Morbiditätsstatistik, aus der die Zahl der an Depression erkrankten Personen abzulesen ist<sup>17</sup>), dass etwa 7,8 Prozent der Frauen und 4,8 Prozent der Männer von Depressionen betroffen sind<sup>18</sup>. Es besteht jedoch Einigkeit darüber, dass depressive Erkrankungen in den letzten Dekaden zugenommen haben und dass auch jüngere Altersstufen immer stärker betroffen sind<sup>19</sup>. Die Gründe hierfür sind vielfältig, wobei die in den vergangenen Dekaden zunehmende Instabilität der zwischenmenschlichen Beziehungen als einer der größten Risikofaktoren angesehen wird<sup>20</sup>.

Bei der Entwicklung einer Depression sind sowohl hereditäre, konstitutionelle und somatische als auch Umweltfaktoren zu berücksichtigen<sup>21</sup>. Die unzähligen Erscheinungsformen der Depressionen, mit ihren ebenso unterschiedlichen Ausprägungsgraden sind schwer zu unterscheiden. Dabei scheint die Symptomatik bei allen Formen ähnlich zu sein, lediglich mit Unterschieden in Dauer, Schweregrad und Schwerpunkt der Symptome<sup>22</sup>.

An dieser Stelle möchte ich mich mit der Frage beschäftigen, ob die Depression eine Krankheit ist.

---

<sup>13</sup> vgl. Arieti, Bemporad 1983, S. 15

<sup>14</sup> vgl. Wittchen 2004, S. 11.

<sup>15</sup> GBD: Global Burden of Diseases Study 2000 in: Gesundheitsberichtserstattung des Bundes: Gesundheit in Deutschland, Berlin, 2006. S. 29.

<sup>16</sup> vgl. Nuber 2006, S. 20.

<sup>17</sup> Informationen aus einem Emailkontakt mit Herrn Busch, K. vom Bundesministerium für Gesundheit. s. Anhang.

<sup>18</sup> vgl. Bundesgesundheitsurvey von 1998 (BGS 1998) in: Gesundheitsberichtserstattung des Bundes: Gesundheit in Deutschland, Berlin, 2006. S. 29.

<sup>19</sup> vgl. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes: Gesundheit in Deutschland, Berlin, 2006. S. 30.

<sup>20</sup> vgl. Cohen und Syme 1985, zit. n. Deeb 2001, S. 11.

<sup>21</sup> vgl. Sauer 1993, S. 22.

<sup>22</sup> vgl. Albersnagel, Emmelkamp, van den Hoofdakker (Hrsg.) 1993, S.24.

Ob es sich bei der Depression um eine Krankheit handelt, hängt davon ab, wie man den Begriff „Krankheit“ definiert. Seit Jahren hat es vielfältige Diskussionen zum Krankheitsbegriff gegeben<sup>23</sup>, dennoch bin ich nicht vollständig gegen die Anwendung des Krankheitsbegriffes auf Depressionen. Wenn der Begriff „Krankheit“, eine organische Dysfunktion bezeichnet – unabhängig von der Art der Ursache, durch die sie bedingt ist-, dann kann die Depression als Krankheit bezeichnet werden<sup>24</sup>. Schließt man sich der Ansicht der WHO an, die Gesundheit als Zustand umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens betrachtet<sup>25</sup>, so kann man die Depression auch hier sehr wohl als Krankheit bezeichnen, da sie das Gesamtbefinden in allen drei genannten Aspekten enorm einengt. Des Weiteren geht eine Behandlungsbedürftigkeit mit dem Begriff „Krankheit“ einher und erst die Diagnostizierung ermöglicht eine wirksame Behandlung der Erkrankung, Vorhersagen und eine gezielte Prävention<sup>26</sup>. Auch wenn die Diagnosestellung im Interesse des Erkrankten liegt, sollte man sich wie von Sauer<sup>27</sup> beschrieben, vor einer voreiligen Klassifizierung fernhalten. Eine Beurteilung einer Person als „depressiv“ bei Stimmungsschwankungen, hat nach Meinung der Autorin in den vergangenen Jahren zugenommen. Des Weiteren ist Sauer der Meinung, dass eine Diagnose der Krankheit nicht zu einer Ausgrenzung der Person führen darf und die Erkrankung stattdessen auch in ihrem lebensgeschichtlichen und gesellschaftlichen Rahmen gesehen werden muss<sup>28</sup>.

## 2.2 Nosologische Einordnung depressiver Krankheitsbilder

Wie im vorangegangenen Kapitel bereits erwähnt, gibt es eine Vielzahl von Formen der Depression, welche nach Schweregrad und Erscheinungsbild differenziert werden. Nicht minder unterschiedlich ist die individuelle Wahrnehmung der Depression der Betroffenen<sup>29</sup>. Befasst man sich mit der Literatur zum Thema der Einordnung depressiver Krankheitsbilder fällt auf, dass bei den Autoren darüber keine Einigkeit besteht. So war die Depression bei Hippokrates noch als „Melancholie“ bekannt und in der Folgezeit von einer Vielzahl von Forschern untersucht worden. Eine erste Ordnung brachte das nosologische System Kraepelins<sup>30</sup>, der die Depression in die drei Kategorien „dementia praecox“, die „Paraphrenie“ und die „manisch-depressive Psychose“ einteilte.

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurden die Begriffe „monopolar“ und „bipolar“ geprägt. Im Rahmen der monopolaren Depression verwendete man Begriffe wie „reaktiv“ und „endogen“. Da aber auch diese Einordnung dem vielfältigen Erscheinungsbild der

---

<sup>23</sup> vgl. z.B. Jervis 1978.

<sup>24</sup> vgl. Arieti, Bemporad 1983, S. 15.

<sup>25</sup> gemäß der offiziellen Verfassung der WHO vom 22. Juli 1946.

<sup>26</sup> vgl. Huber 1990 und Wildlöcher 1986, zit. n. Sauer 1993, S. 12.

<sup>27</sup> vgl. Sauer 1993, S. 13.

<sup>28</sup> vgl. Sauer 1993, S. 12.

<sup>29</sup> vgl. Sauer 1993, S. 13.

<sup>30</sup> zit. n. Arieti, Bemporad 1983, S. 30.

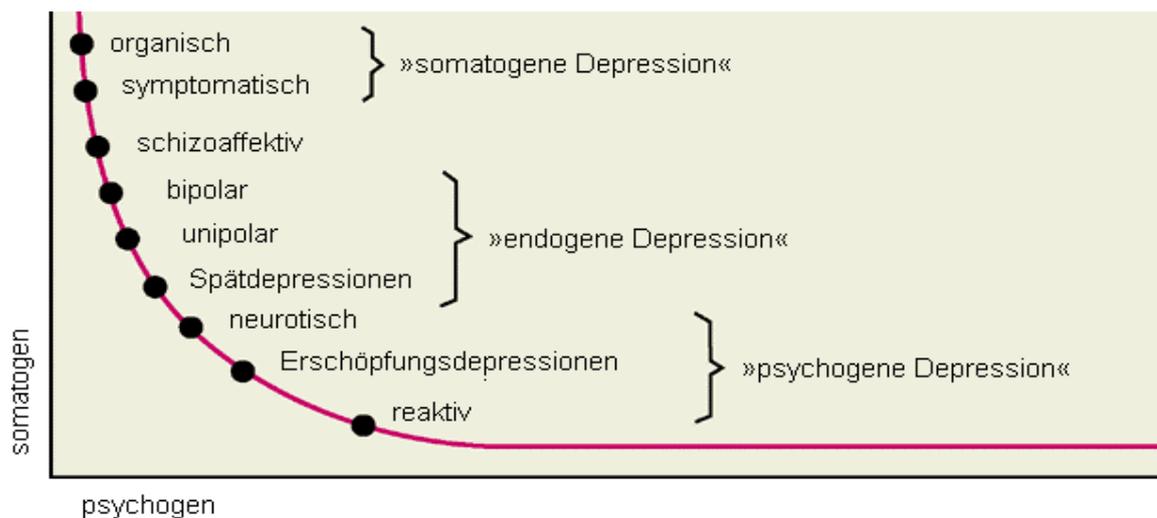
Depressionen nicht gerecht werden konnte, folgten weitere Versuche der Klassifizierung<sup>31</sup>. Die wohl bekannteste Klassifizierung im deutschsprachigen Raum hat Paul Kielholz im Jahre 1971 unternommen<sup>32</sup>. Die reaktive Depression wird in seiner Einordnung mit der neurotischen Depression und der Erschöpfungsdepression in die Gruppe der psychogenen Depression zusammengefasst und den somatogenen sowie den endogenen Depressionen gegenübergestellt (s. Abb. 1). Zu der ersten Gruppe der somatogenen zählen die organischen Depressionen, sie können bei allen primären hirnrorganischen Erkrankungen auftreten, wobei morphologische Veränderungen des Gehirns die Funktion beeinträchtigen. Depression kann dabei nur eines von vielen Symptomen sein. Weiter zählen zu dieser Gruppe die symptomatischen Depressionen, hierbei handelt es sich um eine sekundäre Beeinträchtigung der Hirnfunktion im Rahmen einer extrazerebralen Erkrankung. Zur Gruppe der endogenen Depressionen zählt Kielholz die schizophrene Depression, bei ihr kann man nicht unterscheiden, ob es sich um Schizophrenie oder Depression handelt, die zyklische Depression, sie ist bipolar; manische, depressive und normale Phasen treten auf. Des weiteren werden die periodische Depression, sie ist monopolar – Phasen der Depression wechseln sich also mit Phasen des normalen Befindens ab – und letztlich die Spätdepressionen, welche im höheren Alter auftreten und schwer von den somatogenen Depressionen abzugrenzen sind, in die Gruppe der endogenen Depressionen eingeordnet. Zur letzten Gruppe, den psychogenen Depressionen, zählen mit den neurotischen Depressionen unverarbeitete, verdrängte, frühkindliche Konflikte, welche sich um die Geborgenheitsthematik zentrieren und zu einer Beeinträchtigung des psychischen Erlebens führen. Eine Wiederholung des frühen Traumas führt zur Wiederbelebung des Konflikts, die Abwehrstile führen zu neurotisch depressiven Symptomen. Die Erschöpfungsdepressionen sind ebenfalls in den Bereich der psychogenen Depression einzuordnen und nicht selten führen bewusste, gefühlsmäßige Dauerbelastungen (Stress), zumeist beruflicher oder familiärer Genese zu einem Zustand affektiver Erschöpfung oder Depression. Zuletzt zu dieser Gruppe zählen die reaktiven Depressionen, bei denen ein zumeist einmaliges, auslösendes, äußeres Ereignis mit psychotraumarisierender Wirkung bei häufig vorbestehender Belastung zu einer überproportional heftigen depressiven Verstimmung führt. Folgende Abbildung verdeutlicht oben erläuterte Klassifizierung in die Gruppen somatogene, endogene und psychogene Depressionen.

---

<sup>31</sup> vgl. Sauer 1993, S. 13.

<sup>32</sup> vgl. Kielholz 1972.

Abb. 1: Nosologische Einordnung der Depressionszustände



Quelle: Kielholz 1972, S. 12.

Wie im weiteren Verlauf dieses Buches noch verdeutlicht wird, lässt sich die postpartale Depression mehreren der genannten Bereiche zuordnen: Die psychische Situation im Wochenbett, aus der sich eine neurotische Persönlichkeit herausbilden kann, reale Gegebenheiten der Situation, endogene Faktoren, die z.B. aus einer depressiven Episode in der Vorgeschichte abgeleitet werden können, und somatogene Faktoren des Wochenbettes spielen ineinander.

Letztendlich lässt sich jedoch die Zuordnung in einen bestimmten Bereich und die Gewichtung der Einflussfaktoren auch bei der postpartalen Depression nur für die einzelne depressive Frau treffen.

### 2.3 Übersicht der depressiven Störungen nach ICD-10 bzw. DSM-IV

Die heute gebräuchlichen Einteilungen nach ICD-10 und DSM-IV verzichten auf eine Einteilung, wie sie zum Beispiel bei Kielholz zu finden ist, sie ordnen die Depressionen (monopolar) den affektiven Störungen zu. Auch die Manie, die manisch-depressive Erkrankung (bipolar), die Dysthymie (monopolar) und die Zylothymie werden den affektiven Störungen (F30-F39) untergeordnet. Zur Diagnostizierung einer „depressiven Episode“ ist nach ICD-10 neben der Feststellung einer depressiven Kernsymptomatik auch die Einordnung der Depression nach ihrem Schweregrad erforderlich (s. folgende Tabellen). „Depressive Episode“ bezeichnet einen zeitlich abgegrenzten Zustand mit einer Mindestdauer der Kernsymptomatik von zwei Wochen. In diese Kategorie werden auch die meisten (bis auf die reaktiven Depressionen nach Totgeburt oder ähnlichen Ereignissen) postpartalen Störungen und Störungen in der Schwangerschaft eingeordnet.

Die zwei folgenden Tabellen zeigen die Kriterien einer depressiven Episode und die Subtypen einer depressiven Episode (beide nach ICD-10), wie sie beim Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information<sup>33</sup> erhältlich sind.

*Tabelle 1: Kriterien einer depressiven Episode (nach ICD-10: F32)*

<p><u>Kernsymptomatik:</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Depressive Stimmung in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen</li><li>2. Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren</li><li>3. Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit</li></ol> <p><u>Andere häufige Symptome:</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls</li><li>2. Unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle</li><li>3. Wiederkehrende Gedanken an Tod oder an Suizid, suizidales Verhalten</li><li>4. Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögen, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit</li><li>5. Psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv)</li><li>6. Schlafstörungen jeder Art</li><li>7. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung</li></ol> <p>Die gedrückte Stimmung ändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert meist nicht auf die jeweiligen Lebensumstände, kann aber charakteristische Tagesschwankungen aufweisen. In einigen Fällen stehen zeitweilig Angst, Gequältsein und motorische Unruhe mehr im Vordergrund als die Depression.</p> <p>Für die Diagnose depressiver Episoden aller drei Schweregrade wird gewöhnlich eine Dauer von mindestens zwei Wochen verlangt; kürzere Zeiträume können berücksichtigt werden, wenn die Symptome ungewöhnlich schwer oder schnell aufgetreten sind.</p>
---

---

<sup>33</sup> Deutsches Institut für medizinische Dokumentationen und Informationen (DIMDI): ICD 10, Vierstellige ausführliche Systematik, Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen, Köln 2007.