



Anke Rohde  
Almut Dorn

# POSTPARTALE DEPRESSIONEN UND IHRE VIELEN GESICHTER

EIN RATGEBER FÜR  
BETROFFENE FRAUEN  
UND ANGEHÖRIGE

2.,

erweiterte und  
überarbeitete Auflage

**Kohlhammer** Ratgeber

**Kohlhammer**

## Rat + Hilfe

Fundiertes Wissen für Betroffene, Eltern und Angehörige –  
Medizinische und psychologische Ratgeber bei Kohlhammer

Eine Übersicht aller lieferbaren und im Buchhandel angekündigten Ratgeber aus unserem Programm finden Sie unter:



<https://shop.kohlhammer.de/rat+hilfe>

### Die Autorinnen



**Prof. Dr. med. Anke Rohde**

Fachärztin für Psychiatrie und Psychiatrie  
Universitätsprofessorin für Gynäkologische  
Psychosomatik, Universität Bonn  
[www.rohde-bonn.de](http://www.rohde-bonn.de)



**Dr. phil. Dipl.-Psych. Almut Dorn**

Psychologische Psychotherapeutin  
Praxis für Gynäkologische Psychosomatik,  
Hamburg  
[www.almutdorn.de](http://www.almutdorn.de)

Anke Rohde  
Almut Dorn

# **Postpartale Depressionen und ihre vielen Gesichter**

Ein Ratgeber für betroffene Frauen und  
Angehörige

2., erweiterte und überarbeitete Auflage

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Pharmakologische Daten verändern sich ständig. Verlag und Autoren tragen dafür Sorge, dass alle gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Eine Haftung hierfür kann jedoch nicht übernommen werden. Es empfiehlt sich, die Angaben anhand des Beipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen. Aufgrund der Auswahl häufig angewandeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

Umschlagabbildung: FutureStock – [stock.adobe.com](https://stock.adobe.com)

2., erweiterte und überarbeitete Auflage 2025

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Heßbrühlstraße 69, 70565 Stuttgart  
[produktsicherheit@kohlhammer.de](mailto:produktsicherheit@kohlhammer.de)

Print:

ISBN 978-3-17-045524-5

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-045525-2

epub: ISBN 978-3-17-045526-9

# Inhalt

	<b>Worum es in diesem Buch geht .....</b>	<b>13</b>
<b>1</b>	<b>Hilfreiche Erläuterungen zu Beginn .....</b>	<b>17</b>
	Postpartale Depressivität ist nicht gleich postpartale Depression .....	17
	Die EPDS – erster Schritt zur Erkennung von Problemen .....	18
	Wie werden Diagnosen gestellt? .....	22
	Klärung einiger Fachbegriffe .....	23
	Postpartal, postnatal, präpartal, peripartal .....	23
	Störung, Erkrankung .....	25
	Psychose, Neurose .....	26
	Affektive Störung, manisch-depressive Erkrankung .....	27
	Wochenbettdepression, Wochenbettpsychose .....	27
	Krankheitsphase, Krankheitsepisode .....	28
	Chronifizierung .....	29
<b>2</b>	<b>Postpartale Depressionen und ihre vielen Gesichter .....</b>	<b>30</b>
	Babyblues .....	33
	Postpartale Depression .....	34
	Einzelne Episode oder Teil einer wiederkehrenden Störung? .....	38
	Postpartale Depression als einzelne depressive Episode .....	38
	Postpartale Depression als Teil einer wiederkehrenden Störung .....	39
	Die einzelne Episode wiederholt sich doch .....	40
	Angstsymptome postpartal .....	41

Zwangssymptome postpartal .....	43
Reaktionen auf Totgeburt, Frühgeburt, Geburt eines kranken Kindes .....	45
Akute Belastungsreaktion .....	45
Reaktive Depression .....	47
Besonderheiten bei der Totgeburt .....	48
Besonderheiten bei der Frühgeburt .....	50
Besonderheiten bei der Geburt eines kranken oder behinderten Kindes .....	51
Nach der traumatisch erlebten Entbindung .....	51
Postpartale Psychosen .....	55
 <b>3    Verursachungsmodelle und Einflussfaktoren .....</b>	<b>59</b>
Multifaktorielle Verursachung .....	59
Individuelle Empfindlichkeit .....	61
Geburt als lebensveränderndes Ereignis .....	61
Hormonelle Umstellung .....	63
Komplikationen bei der Entbindung .....	65
Andere körperliche Aspekte .....	65
Vorbestehende psychische Erkrankungen .....	66
Psychische Störungen in der Familie .....	67
Soziale Unterstützung .....	68
Eigene Erwartungen .....	70
Psychische Probleme schon in der Schwangerschaft .....	71
 <b>4    Wie geht es weiter? .....</b>	<b>73</b>
Verlauf postpartaler Depressionen .....	73
Häufig gestellte Fragen zum weiteren Verlauf .....	76
Gesund wie früher nach postpartaler Depression?..	76
Wann weiß ich, dass ich wieder vollständig gesund bin? .....	78
Und wenn es nicht mehr aufhört? – die »Chronifizierung« .....	78
Erneute Schwangerschaft nach postpartaler Depression? .....	79

<b>5</b>	<b>Behandlungsverfahren in ihrer Vielfalt .....</b>	<b>80</b>
	Psychotherapie .....	81
	Verhaltenstherapie und kognitive	
	Verhaltenstherapie .....	83
	Analytische Psychotherapie (= Psychoanalyse) .....	85
	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie .....	86
	Systemische Therapie .....	87
	Weitere psychotherapeutische Verfahren im	
	Überblick .....	87
	Online-Psychotherapieprogramme .....	90
	Nicht jede Psychotherapie ist für jeden geeignet ...	91
	Medikamentöse Behandlung .....	92
	Einsatz von Psychopharmaka .....	92
	Antidepressiva – Mittel der ersten Wahl .....	93
	Antipsychotika – oftmals eine gute Unterstützung	93
	Beruhigungs- und Schlafmittel – nur kurzzeitig ...	94
	Sind Psychopharmaka nicht gefährlich? .....	96
	Bedeutet es Schwäche, wenn man Medikamente	
	einnimmt? .....	97
	Wie lange dauert es, bis die Medikamente wirken?	98
	Wie lange müssen die Medikamente weiter	
	genommen werden? .....	99
	Nebenwirkungen sind oft nur vorübergehend .....	99
	Untersuchungen vor und während der	
	Medikamenteneinnahme .....	101
	Medikamente und Stillen .....	101
	Der Einsatz von Hormonen .....	108
	Progesteron .....	108
	Brexanolon .....	109
	Östrogen .....	109
	Schilddrüsenhormone .....	110
	Melatonin .....	110
	Weitere Therapiemöglichkeiten .....	111
	Lichttherapie .....	111
	Transkranielle Magnetstimulation .....	112
	Elektrokrampftherapie .....	112



	»Alternative Heilmethoden« .....	113
<b>6</b>	<b>Unterstützung – angepasst an den Bedarf.....</b>	<b>114</b>
	Professionelle Hilfe – Hebammen, Stillberatung, Ärzte ...	115
	Hebammen .....	115
	Stillberatung .....	116
	Kinderärztinnen .....	116
	Gynäkologen.....	117
	Selbsthilfe, Beratungsstellen, Frühe Hilfen und Co.....	117
	Selbsthilfeorganisation Schatten & Licht e.V. ....	117
	Beratungsstellen.....	118
	Frühe Hilfen .....	119
	Schreibaby-Ambulanz .....	120
	Haushaltshilfe .....	121
	Elterntelefon .....	122
	Jugendamt .....	122
	Unterstützung in Familie und sozialem Umfeld .....	123
	Elternzeit, Partnermonate und mehr .....	123
	Unterstützung aus Familie und Freundeskreis ....	123
	Nachbarschaft .....	124
	Ehrenamtliche Hilfe .....	125
	Abgestufte Möglichkeiten der Behandlung.....	126
	Ambulante Behandlung, Spezialprechstunden ....	126
	Tagesklinische Behandlung mit und ohne Kind ...	126
	Vollstationäre Behandlung mit und ohne Kind ....	127
	Mutter-Kind-Kur .....	128
	Bindungs- und Interaktionsverhalten zum Kind stärken ..	129
	Feinfühligkeit kann man lernen bzw. verbessern ..	130
	Fehlende Muttergefühle als Krankheitssymptom ...	131
	Frühintervention und Behandlung bei	
	Bindungsstörungen .....	132
	Eltern-Kind-Kurse .....	132
	»Gut genug« ist ausreichend! .....	132
<b>7</b>	<b>Was können Angehörige tun? .....</b>	<b>134</b>
	Entgegen allen Erwartungen .....	134

Für Entlastung sorgen .....	135
Nähe und emotionale Wärme geben .....	136
Depressionen erkennen .....	136
Keinen Druck aufbauen .....	137
Verständnis statt Ratschlag .....	138
Professionelle Hilfe organisieren .....	138
Verhaltensauffälligkeiten richtig interpretieren .....	139
Lebensmüde Gedanken ernstnehmen .....	140
Selbstfürsorge nicht vergessen .....	140
<b>8 Selbsthilfestrategien leicht anzuwenden .....</b>	<b>142</b>
Entspannung auch mit Neugeborenem .....	143
Progressive Muskelentspannung (PME) nach	
Jacobson .....	144
Autogenes Training (AT) .....	145
Imaginationsverfahren, Fantasiereisen .....	146
Yoga, aktive Entspannung .....	148
Wichtige Hinweise zu Entspannungsverfahren .....	149
Achtsamkeit wirksam einsetzen .....	150
Body-Scan .....	151
Atem-Meditation .....	151
Depressivität entgegenreten .....	153
Das Bild der Waage .....	153
Bewegung, Luft und Licht .....	155
Kontakt und Berührung .....	156
Aktivitäten und Pausen .....	156
Selbstfürsorge .....	157
Akzeptanz .....	158
Angstsymptomen begegnen .....	159
Den Teufelskreis der Angst verstehen .....	160
Entschleunigtes Atmen .....	161
Alle fünf Sinne einsetzen .....	162
Die Angst hereinbitten .....	163
Gedankenstopp (nicht nur bei Ängsten) .....	165
Innerer Ort der Ruhe .....	165

Zwangssymptome durch Akzeptanz neutralisieren .....	166
Zwangsgedanken keine Macht geben .....	167
Zwangshandlungen verhindern .....	169
Ganz speziell: die Angst vor Infektionen .....	170
Ganz speziell: die Angst, dem Baby zu schaden ....	171
Traumatische Erinnerungen verblassen lassen .....	174
Reden hilft .....	175
Schreiben hilft auch .....	176
Tresortechnik .....	177
Innere Helfer .....	178
Mit Schlafstörungen umgehen .....	179
Schlafhygiene .....	180
Keine Angst vor Schlaflosigkeit .....	181
Wut und Aggressionen entgegenwirken .....	182
 <b>9    Fallbeispiele aus der Praxis .....</b>	 <b>185</b>
Achterbahn der Gefühle – Grund zur Sorge? Ein Fall von Babyblues .....	186
Ich wollte eine so gute Mutter sein – Depression nach der ersten Entbindung .....	186
Lange gequält und viel Zeit versäumt – Chronifizierte Depression nach der ersten Entbindung .....	188
Sieht so eine Mörderin aus? – Depression mit Zwangssymptomen .....	190
Kann man sich mit Behinderung anstecken? – Zwangssymptome in der Schwangerschaft .....	191
Depressiv oder »ausgesaugt«? – Die Erschöpfung nach mehrmonatigem Stillen .....	193
Wenn Stillen zum Stress wird – Depression mit Panikattacken .....	195
Ein Teufelskreis von Erwartungsdruck und Ängsten – Beziehungsprobleme nach der Geburt .....	196
Wenn zu viel zusammenkommt – Depression nach der dritten Entbindung .....	198
Wenn die Angst den Tag kontrolliert – Verschlimmerung einer Panikstörung nach der Geburt .....	200

Angst macht unfrei – Beginn einer Angststörung in der Schwangerschaft .....	201
36 Stunden Wehen und Schmerzen umsonst – Eine traumatisch erlebte Entbindung und ihre Folgen .....	203
Ich bekomme nie wieder ein Kind – Die Angst vor einer weiteren Entbindung nach traumatisch erlebter Geburt ..	204
Die Vergangenheit ist wieder da – Reaktualisierung von traumatischen Erfahrungen .....	206
Die Angst vor der Wiederholung eines Dramas – Depressive Reaktion nach Totgeburt und Wiedererleben in der Folgeschwangerschaft .....	207
Die Suche nach der eigenen Schuld – Depression nach Frühgeburt .....	209
Schwanger durch Kinderwunschbehandlung – aber die Drillinge schaffen es nicht .....	210
Wenn zusammenreißen nicht mehr hilft – Suizidversuch bei postpartaler Depression .....	212
Das Baby ist unheilbar geschädigt – Wahnhafte Depression und erweiterter Suizid .....	214
Das Baby ist ausgetauscht – Doppelgängerwahn und psychotische Depression .....	216
Euphorie und Depression im schnellen Wechsel – eine bipolare affektive Störung nach der Geburt .....	217
Das Baby wird zur Puppe – Verhaltensauffälligkeiten in der Manie .....	219
Von Himmel und Hölle – »Traumartige Erlebnisse« in der Psychose .....	220
Beobachtet und verfolgt gefühlt – bedeutet das Schizophrenie? .....	221
Nicht wieder krank werden, aber trotzdem ein Baby – Schwanger unter Medikamenten .....	222
Last but not least: Auch Väter können depressiv werden .	224
<b>10    Erfahrungsberichte betroffener Frauen .....</b>	<b>226</b>
Warum hat es so lange gedauert, die Depression zu erkennen? .....	228

Zwangsgedanken statt Muttergefühlen – und alle leiden .	230
Depressionen und Wutausbrüche – und noch mehr	
Schuldgefühle .....	232
Befürchtungen, Zweifel, Horrorvisionen – Wenn Ängste	
das Leben beherrschen .....	242
Wenn das Stillen zur Qual wird .....	249
Von der traumhaften Schwangerschaft zum Albtraum	
mit Baby .....	253
Auch körperliche Beschwerden stehen manchmal im	
Vordergrund .....	257
Mutter-Kind-Behandlung: Die Rettung bei	
Suizidgedanken .....	261
In der postpartalen Depression ganz weit unten – und	
doch etwas Positives .....	264
Gute Mutter, schlechte Mutter – die doppelte	
Buchführung .....	272
Ein weiter Weg, um Hilfe zu finden .....	276
Panik als Reaktion auf den positiven	
Schwangerschaftstest. Und die Geschichte eines	
Frauenpaares .....	285
<b>11 Weiterführende Informationen .....</b>	<b>292</b>
Auswahl bereits erschienener Ratgeber der Autorinnen ...	294
<b>Danksagung .....</b>	<b>295</b>

## Worum es in diesem Buch geht

»Ich hatte eine wundervolle Schwangerschaft, war stolz auf meinen Bauch, führte eine glückliche Ehe, und dieses Kind, mit dem wir fast schon nicht mehr gerechnet hatten, war ein sogenanntes Wunschkind. Auch die Entbindung war nicht schwer. Deshalb habe ich die Welt nicht mehr verstanden, als es mir bereits 36 Stunden nach der Entbindung psychisch sehr schlecht ging.«

So begann ein Brief, den ich (A. R.) zu Beginn meiner Tätigkeit am Universitätsklinikum in Bonn von einer betroffenen Frau bekam. Über meine Berufung auf eine Forschungsprofessur und die damit verbundene Einrichtung der Abteilung »Gynäkologische Psychosomatik« war vorab in der lokalen Presse berichtet worden und auch über die Forschungsgebiete, mit denen ich mich beschäftigen würde. Die Briefeschreiberin berichtete über die schwere Depression nach ihrer ersten Entbindung und den Versuch, ihrem Leben ein Ende zu setzen, der nur mit viel Glück nicht zum Ziel geführt hatte. Wir werden diese betroffene Mutter bei den Fallbeispielen noch einmal treffen.

In den Jahren danach haben meine Mitarbeiterinnen, zu denen von Anfang an meine Mitautorin Almut Dorn gehörte, und ich in der Gynäkologischen Psychosomatik der Universitätsfrauenklinik in Bonn weit über tausend Patientinnen mit Depressionen und anderen psychischen Störungen nach der Entbindung behandelt. Ganz oft berichten sie über sehr ähnliche depressive Symptome und Erlebnisweisen, die aber wegen der Begleitsymptomatik bzw. der Gesamtgeschichte zu ganz unterschiedlichen Diagnosen führen können.

Dennoch, die daraus entstehenden Probleme in der Familie sind sich sehr ähnlich. Immer wieder hören wir von Veränderungen in der Selbstwahrnehmung, von Verunsicherung, von Problemen im sozialen Umfeld

bis hin zu dauerhaften Familienkrisen. Es werden fast immer die gleichen Fragen gestellt, wie etwa nach den Ursachen, nach Behandlungsmöglichkeiten oder auch nach der Wahrscheinlichkeit, dass eine solche Problematik später noch einmal auftreten kann. Diese und ähnliche Fragen zu beantworten, Hintergründe zu erhellen und damit Ängste zu nehmen, ist Ziel dieses Buches. Die Lektüre ersetzt nicht die Behandlung, wenn eine solche erforderlich ist. Vielmehr soll damit Unterstützung beim Erkennen von Art und Ausmaß bestehender psychischer Probleme geboten werden. Und es sollen Wege aufgezeigt werden, wie und wo man sich frühzeitig Hilfe holen kann.

Im Vergleich zur Voraufgabe (»Postnatale Depressionen und andere psychische Probleme«) hat sich der Titel des Ratgebers geändert, weil wir bei der vollständigen Überarbeitung den Fokus noch mehr auf die postpartalen Depressionen gelegt haben. Im Mittelpunkt dieses Buches stehen also Depressionen, weil sie einerseits das häufigste psychische Problem nach der Geburt darstellen und oftmals einen erheblichen Leidensdruck erzeugen, und weil sich andererseits fast jeder etwas darunter vorstellen kann. Wir werden sie in all ihren Facetten, mit all ihren »Gesichtern« beschreiben: Als Depression ohne nachvollziehbare Ursache, sozusagen »aus heiterem Himmel« nach einer unkomplizierten Schwangerschaft und Geburt, als depressive Episode im Rahmen einer wiederkehrenden depressiven Erkrankung, als Depression, die sich wahnhaft entwickelt, als Depression, die nach einer traumatisch erlebten Geburt auftritt und als Depression nach einem belastenden Ereignis, wie etwa dem Verlust eines Kindes. Eine wichtige Botschaft findet sich schon hier: Depression ist nicht gleich Depression, und man muss genauer hinschauen, um eine verlässliche Diagnose zu stellen und die richtige Behandlung einzuleiten. Das ist üblicherweise Aufgabe eines Arztes oder einer Psychotherapeutin.

Doch Sie selbst und auch Ihre Angehörigen können bereits erste Hinweise sammeln und vor allem die Dringlichkeit der Probleme erkennen, wenn Sie sich informiert haben und auskennen. Dazu wollen wir beitragen. Sie sollen erfahren, wann auftretende depressive Symptome krankheitswertig sind, wo man sich Hilfe holen kann, wie eine Behandlung aussehen könnte und welche zusätzlichen Unterstützungsmöglichkeiten es gibt. Um dies weniger theoretisch und möglichst gut nachvoll-

ziehbar zu machen, haben wir nicht nur eine Reihe von Fällen aus unserer klinischen Praxis beschrieben, sondern auch verschiedene unserer Patientinnen gefragt, ob sie etwas von ihren Erfahrungen berichten können. Was hätte ihnen geholfen, wenn sie es von einer betroffenen Frau gehört oder gelesen hätten? Was ist ihre Botschaft an andere Betroffene? Möglicherweise wird es leichter, sich um Hilfe zu bemühen, wenn man sieht, wie es anderen Frauen und ihren Familien ergangen ist. Dabei kann das Wissen von Bedeutung sein, wie schnell man mit der richtigen Hilfe aus der Falle der postpartalen Depression oder sonstigen psychischen Problematik nach der Entbindung herauskommen kann. Und ebenso hilfreich kann es sein, die Schilderungen der Frauen zu lesen, die lange versucht haben, alles mit sich allein auszumachen, und die einen langen und schwierigen Weg bis zur Genesung gegangen sind. Diese Erfahrungsberichte – persönlich verfasst von den betroffenen Frauen – finden Sie am Ende des Buches.

Noch ein Wort zum »Gendern«: Wir haben uns entschlossen, auf Gendersternchen oder ähnliches zu verzichten und stattdessen die weiblichen und männlichen Berufsbezeichnungen im Wechsel zu verwenden, ohne dabei eine bestimmte Systematik einzuhalten. Bei der konsequenten Verwendung beider Formen wären die Texte oftmals unübersichtlich und schlecht lesbar geworden. Es versteht sich von selbst, dass jeweils alle Geschlechter gemeint sind.

Das gleiche trifft übrigens für die Verwendung des Begriffes »Partner« zu. Wir sind uns darüber im Klaren, dass heute Regenbogenfamilien in vielen Konstellationen existieren, und wir wissen aus der praktischen Arbeit mit gleichgeschlechtlichen Paaren, dass diese im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung unter den gleichen Problemen leiden können wie heterosexuelle. Allerdings haben wir uns – wieder im Sinne der besseren Lesbarkeit – dagegen entschieden, aus dem Partner (mit dem sowohl der Ehe- als auch der Lebenspartner gemeint ist) die Formulierung »der Partner/die Partnerin« zu machen. Doch selbstverständlich sind bei den entsprechenden Ausführungen immer auch Partnerinnen bzw. Ehefrauen gemeint.

Und noch ein letzter Hinweis: Auf ein Stichwortverzeichnis haben wir aus Gründen der Praktikabilität verzichtet. Wenn Sie jedoch nach einem speziellen Aspekt suchen, schauen Sie im ausführlichen Inhaltsverzeichnis



nach. Gegebenenfalls helfen Ihnen auch die weiterführenden Informationen in ► Kap. 11.

Anke Rohde und Almut Dorn, Frühjahr 2025

# 1      Hilfreiche Erläuterungen zu Beginn

## Darum geht es

Trotz aller unserer Bemühungen um eine verständliche Sprache und den Versuch, auch die Fallbeschreibungen für sich sprechen zu lassen, könnten die Ausführungen manchmal verwirrend sein, z. B., wenn die Begriffe sehr ähnlich sind. Deshalb möchten wir in diesem einleitenden Kapitel einige Begriffe und Erklärungsmodelle näher erläutern, die wir bei den weiteren Schilderungen verwenden. Natürlich müssen Sie die nicht zu Beginn lesen, Sie können auch später bei Bedarf darauf zurückkommen.

## Postpartale Depressivität ist nicht gleich postpartale Depression

Liest man von postpartalen Depressionen (bzw. postnatalen Depressionen), dann finden sich in der Regel Häufigkeitsangaben um die 12 bis 15 % – danach ist etwa jede 7. Frau nach der Geburt eines Kindes depressiv. Richtigerweise müsste es aber »postpartale Depressivität« heißen, weil es sich dabei *nicht* um die *Diagnose »Depression«* nach anerkannten wissenschaftlichen Kriterien handelt, sondern um *depressive Symptome*.

Üblicherweise wird für die Erfassung postpartaler Depressivität die EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) eingesetzt, ein einfach zu verwendender sogenannter Screening-Fragebogen. Mit Beantwortung der zehn kurzen Fragen der Skala zum Befinden in den letzten sieben Tagen ergeben sich erste Hinweise darauf, ob depressive bzw. damit verwandte Symptome vorhanden sind. Auch wir verwenden die EPDS sehr gerne, weil sie für die betroffene Frau mit wenig Aufwand verbunden und leicht auszuwerten ist.

Ziel eines solchen Screening-Fragebogens ist die schnelle Klärung, ob eine etwas aufwendigere Diagnostik im Hinblick auf eine Depression sinnvoll ist, z. B. die Anwendung weiterer Fragebögen. Auch in manchen ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxen wird die EPDS eingesetzt, um erste Anhaltspunkte zu haben, ob eine weitere ausführliche Diagnostik sinnvoll ist.

Von der Diagnose »postpartale Depression« kann man erst sprechen, wenn die üblichen Diagnosekriterien, wie sie von der ICD (Internationale Klassifikation von Krankheiten, das Diagnoseinstrument der WHO = Weltgesundheitsorganisation) für eine Depression festgelegt wurden, erfüllt sind. Diese sind Standard in jeder Praxis und Klinik.

Von den 12 bis 15% postpartaler Depressivität lt. EPDS sind nach weiterer Diagnostik etwa die Hälfte (6 bis 8%) krankheitswertig und behandlungsbedürftig. So etwa, weil die Kriterien einer depressiven Episode nach ICD erfüllt sind oder die einer verwandten Störung, die mit depressiven Symptomen einhergeht; zu nennen sind hier beispielsweise Angsterkrankungen.

## Die EPDS – erster Schritt zur Erkennung von Problemen

Die EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, der von der betroffenen Frau ausgefüllt wird. Durch die

einfache Auswertung kann sie selbst bereits erkennen, ob möglicherweise eine behandlungsbedürftige depressive Problematik vorliegt.

Den zehn Fragen der EPDS sind Punktwerte zugeordnet, die bei jeder Frage zwischen 0 und 3 liegen können. Diese werden zusammengezählt und so ein Gesamtwert ermittelt, der also zwischen 0 und 30 liegen kann. Wenn Sie einen Wert über 12 oder 14 erreichen, sollten Sie ernsthaft das Vorliegen einer Depression in Erwägung ziehen. Auf jeden Fall sollte eine genauere diagnostische Abklärung erfolgen. Liegt der Wert bei 20 oder höher, kann man schon ziemlich sicher sagen, dass Unterstützung Not tut, weil die Depressivität ein Ausmaß erreicht hat, das wahrscheinlich nicht mehr so ohne weiteres von selbst abklingen wird. Wichtig ist aber der Hinweis, dass allein aus diesem Fragebogen *keine Diagnose* abgeleitet werden kann; das kann letzten Endes nur ein Arzt oder eine Psychotherapeutin tun.

### **Selbsttest »Stimmung nach der Geburt« (EPDS)**

*In den letzten 7 Tagen*

(oder in den Tagen seit der Geburt, wenn diese weniger als 7 Tage her ist):

**1) konnte ich lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen**

- 0 ☐ so wie ich es immer konnte
- 1 ☐ nicht ganz so wie sonst immer
- 2 ☐ deutlich weniger als früher
- 3 ☐ überhaupt nicht

**2) konnte ich mich so richtig auf etwas freuen**

- 0 ☐ so wie immer
- 1 ☐ etwas weniger als sonst
- 2 ☐ deutlich weniger als früher
- 3 ☐ kaum

**3) fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas schief-  
lief**

- 3 ☐ ja, meistens
- 2 ☐ ja, manchmal
- 1 ☐ nein, nicht so oft

0 ☐ nein, niemals

**4) war ich aus nichtigen Gründen ängstlich und besorgt**

0 ☐ nein, überhaupt nicht

1 ☐ selten

2 ☐ ja, manchmal

3 ☐ ja, häufig

**5) erschrak ich leicht bzw. reagierte panisch aus unerfindlichen Gründen**

3 ☐ ja, oft

2 ☐ ja, manchmal

1 ☐ nein, nicht oft

0 ☐ nein, überhaupt nicht

**6) überforderten mich verschiedene Umstände**

3 ☐ ja, die meiste Zeit war ich nicht in der Lage, damit fertig zu werden

2 ☐ ja, manchmal konnte ich damit nicht fertig werden

1 ☐ nein, die meiste Zeit konnte ich gut damit fertig werden

0 ☐ nein, ich wurde so gut wie immer damit fertig

**7) war ich so unglücklich, dass ich nicht schlafen konnte**

3 ☐ ja, die meiste Zeit

2 ☐ ja, manchmal

1 ☐ nein, nicht sehr oft

0 ☐ nein, überhaupt nicht

**8) habe ich mich traurig und schlecht gefühlt**

3 ☐ ja, die meiste Zeit

2 ☐ ja, manchmal

1 ☐ selten

0 ☐ nein, überhaupt nicht

**9) war ich so unglücklich, dass ich geweint habe**

3 ☐ ja, die ganze Zeit

2 ☐ ja, manchmal

1 ☐ nur gelegentlich

0 ☐ nein, niemals

**10) überkam mich der Gedanke, mir selbst Schaden zuzufügen**

3 ☐ ja, ziemlich oft

2 ☐ manchmal

- 1 ☐ kaum  
0 ☐ niemals

*Bewertung:*

Nach Zusammenzählen der Zahlen kann der Wert zwischen 0 und 30 liegen.

Liegt der **Wert bei 12 oder niedriger**, könnte es sich um vorübergehende, leichte depressive Symptome handeln. Am besten noch etwas abwarten, möglichst für Entlastung sorgen und den Test nach einer Woche wiederholen.

Liegt der **Wert über 12** oder sogar deutlich über 12, möglichst einen Arzt oder eine Psychotherapeutin zu Rate ziehen, die eine genauere Depressionsdiagnostik durchführen können.

Liegt der **Wert um 20 oder höher**, ist dringend zu empfehlen, ärztliche oder psychologische Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Eine Depression oder eine verwandte Erkrankung, die mit depressiven Symptomen einhergeht, ist ziemlich wahrscheinlich.

Quelle: Bergant et al. (1998) Deutschsprachige Fassung und Validierung der »Edinburgh postnatal depression scale«, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 123(3), S. 35–40.

**Info**

Download des Selbstbeurteilungsfragebogens EPDS zum Ausdrucken:  
[www.schatten-und-licht.de](http://www.schatten-und-licht.de)

Dort finden sich auch andere Selbsttests sowie Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten.

Bei den Fällen von postpartaler Depressivität, die *nicht* die diagnostischen Kriterien einer Depression oder anderen psychischen Störung erfüllen, handelt es sich in der Regel um *leichte Fälle*. Die depressiven Symptome sind nicht sehr ausgeprägt oder bestehen nur für kurze Zeit. Oftmals sind sie Ausdruck einer besonders intensiv empfundenen Unsicherheit in den ersten Tagen oder Wochen nach der Geburt, wobei die Mutter daran zweifelt, ob sie alles richtig macht und ob sie überhaupt eine gute Mutter

werden kann. Das kommt besonders häufig beim ersten Kind vor. Um die Entwicklung einer solchen leichten Depressivität zu einer behandlungsbedürftigen Depression zu verhindern, helfen vor allem Unterstützung und Zuwendung durch den Partner und die Familie.

## Wie werden Diagnosen gestellt?

Nach dem Hinweis, dass die Feststellung von Symptomen noch keine Diagnose darstellt und dass auch ein Fragebogen wie die EPDS nicht »automatisch« zu einer Diagnose führt, wie sie von Ärzten, Psychotherapeutinnen und Krankenkassen im täglichen Arbeitsalltag verwendet wird, stellen Sie sich vielleicht die Frage, wie denn dann die Diagnose-Bezeichnungen zustande kommen, die Sie beispielsweise in Arztbriefen oder auf Krankschreibungen finden.

Vergleichsweise einfach, nämlich durch Anwendung des einheitlichen Diagnosesystems ICD (International classification of diseases = Internationale Klassifikation von Krankheiten), das Ärztinnen und Psychologen auf der ganzen Welt kennen. Diese ICD wird von der Weltgesundheitsorganisation (= WHO) herausgegeben und in größeren Abständen aktualisiert, und zwar unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Weiterentwicklung. Zurzeit wird noch die ICD-10 verwendet (also die 10. Auflage), da die bereits erschienene ICD-11 noch nicht für den deutschsprachigen Praxisalltag verfügbar ist.

Jede dieser ICD-Diagnosen hat eine entsprechende Codierung (in der Regel eine Kombination aus Buchstaben und Zahlen), was der leichten Verständigung im medizinischen und psychotherapeutischen Bereich dient; deshalb finden Sie sie auch in Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Falls Sie selbst die Erfahrung gemacht haben, dass Ihre Erkrankung von unterschiedlichen Behandlern verschieden eingeordnet wurde, kann das beispielsweise mit der Schwierigkeit der endgültigen Bewertung einer Erkrankung zu tun haben – weil vielleicht das Bild nicht so typisch ist –

oder auch mit Veränderungen im Verlauf, z. B. durch das Auftreten neuer Symptome. So kann es zu verschiedenen diagnostischen Bezeichnungen und sogar zur Einordnung in unterschiedlichen ICD-Diagnosekategorien kommen.

Da sich bei diesen beiden Versionen ICD-10 (noch in Gebrauch) und ICD-11 (als englische Variante schon verfügbar, Einführung in unser Medizinsystem nach vollständiger Übersetzung ins Deutsche) nicht nur Unterschiede in den Bezeichnungen und Kriterien finden, sondern auch neue Diagnosekategorien hinzugekommen sind, andere wegfallen, möchten wir auf konkrete Diagnosen und deren Codierung hier nicht näher eingehen. Bei Interesse kann man im Internet jederzeit die ICD-Kriterien finden.

## **Klärung einiger Fachbegriffe**

Bevor in den folgenden Abschnitten die verschiedenen Gesichter der postpartalen Depression vorgestellt werden, sollen noch einige Fachbegriffe geklärt werden.

### **Postpartal, postnatal, präpartal, peripartal**

Bei der Beschäftigung mit dem Thema »Depressionen rund um eine Geburt« begegnen Ihnen möglicherweise die verschiedensten Begriffe, die alle irgendwie ähnlich klingen, wie etwa »postpartal« und »peripartal«. Und Sie fragen sich vielleicht, worin der Unterschied liegt bzw. was sie bedeuten.

In ► Tab. 1.1 finden Sie die verschiedenen Begriffe mit Erläuterungen zu ihrer Bedeutung und Herkunft.



Tab. 1.1: Begriffsklärung postpartal, postnatal, präpartal, peripartal

Begriff	Bedeutung	Herkunft
Postpartal (auch: post partum)	Nach der Entbindung	Von post (= lat. nach) und partus (= lat. Entbindung, Gebären)
Postnatal	Nach der Geburt	Von post (= lat. nach) und natus (lat. Geburt, Geborenwerden)
Präpartal	Vor der Entbindung	Von prae (= lat. vor) und partus (= lat. Entbindung, Gebären)
Pränatal	Vor der Geburt	Von prae (= lat. vor) und natus (= lat. Geburt, Geborenwerden)
Peripartal	Rund um die Entbindung	Von peri (= griech. drum herum) und partus (= lat. Entbindung, Gebären)

Etwas verwirrend ist die oftmals *gleichbedeutende Verwendung* von »postpartal« und »postnatal«. Nimmt man es ganz genau, dann hat »postpartal« die Bedeutung »nach der Entbindung«, während mit »postnatal« »nach der Geburt« aus Sicht des Kindes gemeint ist.

In der englischen Sprache wird sowohl in der Fachsprache als auch in der Umgangssprache meist der Begriff »postnatal« verwendet, so etwa im Zusammenhang mit Depressionen; insofern finden Sie ihn wahrscheinlich auch in den Medien bei Ihren Recherchen. Abgesehen davon wird im Deutschen umgangssprachlich für die Entbindung oft das Wort »Geburt« verwendet.

In der deutschen medizinischen Fachsprache verwenden wir den Begriff »*postpartal*«, so sprechen wir etwa von »postpartalen Komplikationen«. Bei Diagnosen in Behandlungsberichten oder auf Überweisungsscheinen begegnet Ihnen in vielen Zusammenhängen dafür auch »pp« als Abkürzung für »post partum« (= nach der Entbindung).

Wir haben uns in diesem Buch für die *Verwendung des Begriffes* »*postpartal*« entschieden, also für die im Deutschen korrekte Formulierung. Wenn Ihnen in anderen Veröffentlichungen zu diesem Thema »postnatal« begegnet, ist das im gleichen Sinne zu verstehen.

Das Wort »*peripartal*« umfasst alles vor und nach der Entbindung – beispielsweise Depressionen, die bereits in der Schwangerschaft oder erst nach der Entbindung beginnen können. Die zunehmend häufigere Verwendung dieses Begriffes ist Ergebnis der Erkenntnis, dass sich der Beginn psychischer Probleme im Zusammenhang mit Schwangerschaften und Geburten oftmals gar nicht so genau zeitlich einordnen lässt. Im Nachhinein stellt sich oftmals durchaus die Frage, ob da nicht auch schon vor der Entbindung erste Anzeichen der Depression vorhanden waren, die sich danach dann in voller Stärke gezeigt hat.

## Störung, Erkrankung

Während Bezeichnungen wie Krankheit oder Erkrankung im Zusammenhang mit körperlichen Problemen üblich sind, wird in psychiatrischen Klassifikationssystemen auch der Begriff *Störung* als Übersetzung des englischen Wortes »*Disorder*« verwendet (z. B. Angststörung). Manche Betroffene bevorzugen den Begriff Störung, weil sie nicht krank sein möchten. Andere wiederum fühlen sich durch »Störung« bzw. das daraus abgeleitete »gestört« möglicherweise diskriminiert.

Wir richten uns in diesem Buch nach den geläufigen Bezeichnungen in der Medizin bzw. Psychologie. Nachdem vor einigen Jahrzehnten die gängigen Klassifikationssysteme für psychiatrische Probleme statt Erkrankung weitgehend die Bezeichnung *Disorder*, also Störung, eingeführt hatten, ändert sich das nun gerade wieder. Das hat u. a. auch mit den Diskussionen zu den verschiedenen Konzepten zu tun, wie diese Störungen bzw. Erkrankungen verursacht werden.

Da das im Wesentlichen theoretische Diskussionen sind, verwenden wir in diesem Buch die Begriffe Störung, Erkrankung und Krankheit gleichbedeutend. Handelt es sich um feste diagnostische Begriffe, bleibt das Wort Störung (wie etwa bei »posttraumatische Belastungsstörung«).

## Psychose, Neurose

Das sind zwei Begriffe, die in der Umgangssprache manchmal gleichgesetzt oder verwechselt werden, obwohl damit ganz unterschiedliche Dinge gemeint sind.

Als *Psychose* bezeichnet man einen krankhaften Zustand der Psyche, bei dem es zu einer Veränderung in der Selbst- und Außenwahrnehmung kommt, zu irrealen Gedanken und Befürchtungen bis hin zu Sinnestäuschungen und Wahnideen. Auch in Denken und Fühlen, Antrieb und Verhalten sind Betroffene im Vergleich zu ihrem sonstigen Wesen verändert.

Zu den Psychosen gehören beispielsweise die Schizophrenie und schizoaffektive Störungen (Mischung von depressiven und/oder manischen sowie psychotischen Symptomen), aber auch manche schweren Formen der Depression und der Manie, wenn sie nämlich mit psychotischen Symptomen einhergehen (z.B. psychotische Depression). Psychosen können auch durch körperliche Erkrankungen, Drogenkonsum etc. angestoßen werden.

Zur Entstehung von Psychosen tragen viele verschiedene Faktoren bei. Ganz wesentlich sind *Veränderungen des Hirnstoffwechsels*, was auch bei der Behandlung berücksichtigt wird.

Psychosen können schleichend beginnen und sich manchmal schon lange vorher durch leichte Symptome bemerkbar machen. Sie können aber auch sehr plötzlich aus völliger Gesundheit heraus beginnen. Genauso ist es mit dem Ende: die Symptome können sehr schnell wieder vorbei sein; bei anderen Patienten dauert es dagegen sehr lange, bis sie wieder gesund sind. Bei manchen schwer verlaufenden Psychosen kommt es nicht wieder zu völliger Gesundheit; einzelne oder leichte Symptome können zurückbleiben und dauerhafte Einschränkungen verursachen, z.B. bei der Arbeitsfähigkeit. Man spricht dann von Residualsymptomatik.

*Psychosen, die nach Entbindungen* beginnen, sind meist »gutartig«, d. h. sie klingen in der Regel mit der Behandlung vollständig wieder ab und hinterlassen keine Folgeerscheinungen. Oftmals sind es sehr stürmische Krankheitsbilder mit euphorischen bzw. manischen Symptomen, die sich beispielsweise aus einer anfänglichen Depressivität entwickeln. Von

einem Einfluss der starken hormonellen Veränderungen nach der Geburt ist auszugehen.

Im Gegensatz zur Psychose handelt es sich bei der *Neurose* um einen Zustand, bei deren Entstehung *psychologische Faktoren* die wesentliche Rolle spielen, wie etwa unbewältigte Konflikte oder unverarbeitete Kindheitserlebnisse. Neurosen können einen Menschen über das ganze Leben begleiten oder auch nur eine Zeit lang bestehen. Der Begriff »Neurose« bzw. »neurotisch« sagt also schon etwas über die angenommene Verursachung aus, so etwa im Begriff »neurotische Depression«.

Da durch die psychiatrische Forschung mittlerweile belegt ist, dass bei vielen Störungen, die früher als Neurose bezeichnet wurden, auch biologische Veränderungen, z.B. im Hirnstoffwechsel, von Bedeutung sind, werden diese heute als Störung oder Erkrankung bezeichnet. So ist also nicht mehr von »Angstneurose« oder »Zwangsneurose« die Rede, sondern von »Angststörung« bzw. »Angsterkrankung« und »Zwangsstörung« bzw. »Zwangserkrankung«.

## **Affektive Störung, manisch-depressive Erkrankung**

Die geläufige Bezeichnung für Erkrankungen, die mit Phasen von Depression und/oder Manie einhergehen, lautet »affektive Störung« (von Affekt = heftiges Gefühl). Der Begriff »manisch-depressive Erkrankung« wird heute nur noch selten verwendet.

Bei der Unterform »*bipolare affektive Störung*« wechseln sich depressive und manische Phasen ab, dazwischen gibt es Zeiten von (meist) völliger Gesundheit. Eine affektive Störung, bei der nur depressive Phasen vorkommen, heißt »*unipolare affektive Störung*« oder auch »monopolare affektive Störung«.

## **Wochenbettdepression, Wochenbettpsychose**

Die Begriffe »Wochenbettdepression« und »Wochenbettpsychose« werden im Alltag ebenso wie im medizinischen Bereich verwendet, um aufzuzeigen, dass eine Depression oder eine Psychose im zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung aufgetreten ist. Völlig korrekt ist das

jedoch nicht immer, da das Wochenbett aus gynäkologischer Sicht ein umgrenzter Zeitraum ist, nämlich die ersten sechs bis acht Wochen nach der Entbindung, in denen sich die schwangerschaftsbedingten Veränderungen des Körpers zurückbilden. Zwar beginnen in diesem Zeitraum die meisten Psychosen, aber auch danach kommen sie vor. Und Depressionen können ebenfalls später beginnen.

Außerdem haben verschiedene wissenschaftliche Untersuchungen gezeigt, dass Depressionen und Psychosen nach der Entbindung in allen wesentlichen Punkten vergleichbar sind mit Depressionen und Psychosen, die zu *anderen Lebenszeitpunkten* auftreten, und dass nach einer Entbindung beginnende psychische Störungen im weiteren Leben auch unabhängig davon wiederkehren können.

Genauer spricht man also von Depressionen oder Psychosen, die nach der Entbindung begonnen haben – oder in der psychiatrischen Fachsprache ganz korrekt von »postpartal beginnender Depression« bzw. »postpartal beginnender Psychose«. Doch auch hier führt der klinische Alltag zu Verkürzungen, und deshalb werden häufig die Begriffe »postpartale Depression« bzw. »Depression pp.« und »postpartale Psychose« bzw. »Psychose pp.« verwendet.

## Krankheitsphase, Krankheitsepisode

Die Begriffe *Episode* und *Phase* werden in der Psychiatrie gleichbedeutend verwendet. Wichtig ist die darin enthaltene Bedeutung, dass eine psychische Störung phasenhaft abläuft und dass Betroffene nach Ablauf der Krankheitsphase wieder gesund bzw. weitgehend gesund werden. Wie lange eine Krankheitsphase dauert, hat auch mit der Wirksamkeit der Behandlung zu tun; insofern empfiehlt sich eine möglichst frühzeitige Therapie.

Kommt es im Verlauf zu mehreren Krankheitsepisoden, dann wird die Bezeichnung *rezidivierend* verwendet, was wiederkehrend bedeutet. So spricht man beispielsweise von »rezidivierender Depression«. Bei den postpartalen Depressionen kann es bei einer einzelnen Krankheitsphase bleiben, es können aber auch im späteren Leben weitere Episoden auftreten.