



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



Dr. phil. Dipl.-Psych. Almut Dorn

Psychologische Psychotherapeutin
Praxis für Gynäkologische Psychosomatik,
Hamburg
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 Wissenstand 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 angewandter 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

2., erweiterte und überarbeitete Auflage 2025

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Heßbrühlstraße 69, 70565 Stuttgart
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

Worum es in diesem Buch geht	13
1 Hilfreiche Erläuterungen zu Beginn	17
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
2 Postpartale Depressionen und ihre vielen Gesichter	30
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
3 Verursachungsmodelle und Einflussfaktoren	59
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
4 Wie geht es weiter?	73
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

5	Behandlungsverfahren in ihrer Vielfalt	80
	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
6	Unterstützung – angepasst an den Bedarf	114
	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, Spezialsprechstunden	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
7	Was können Angehörige tun?	134
	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
8 Selbsthilfestrategien leicht anzuwenden	142
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 entgegentreten	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
 9 Fallbeispiele aus der Praxis	 185
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 Möderin 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
10 Erfahrungsberichte betroffener Frauen	226
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
11 Weiterführende Informationen	292
Auswahl bereits erschienener Ratgeber der Autorinnen	294
Danksagung	295

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 Vorauflage (»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 wahnschaft 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

Worum es in diesem Buch geht

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 Punktewerte 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

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-Bedeutungen 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.