

Screening und Versorgungsmodalitäten von Müttern mit postpartaler Depression in Deutschland

Carl-Ludwig v. Ballestrem, Martina Strauß, Steffen Häfner und Horst Kächele

Forschungsstelle für Psychotherapie, Stuttgart, Deutschland

Schlüsselwörter: Postpartale Depression, Screening, Inanspruchnahme therapeutischer Möglichkeiten

Abstract: *Screening and Utilization of Treatment in Mothers with Postnatal Depression in Germany.* Using a longitudinal screening-model, 772 mothers were screened for postnatal depression after delivery. This model contains the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the Hamilton Depression Scale (HAMD). The first screening was 6–8 weeks after delivery with the EPDS. Mothers with high scores in first screening had a second screening 9–12 weeks after delivery with the EPDS. Time between first and second screening was at least three weeks. Mothers with high scores in both screenings were investigated with the Hamilton Depression Scale (HAMD). Classification was performed with the DSM IV. After observation until the 3rd month after delivery 3.6% (N = 28) of the 772 mothers were diagnosed with postnatal depression. Different methods of therapy were offered to those mothers. 18% (N = 5) accepted one or more of these methods of treatment. The rest of the mothers with postnatal depression refused – mostly for factual or practical reasons. 13.4% of the mothers showed high scores in the first screening but not in the second. For those mothers a longitudinal observation is currently being performed to distinguish between a depressive episode and a depression with oscillating symptoms.

Zusammenfassung: Mit einem longitudinalen Screening-Modell wurden 772 Mütter nach der Geburt auf postpartale Depressionen untersucht. Dieses Modell enthält die Edinburgh Postnatale Depressions Skala (EPDS) und die Hamilton Depressions Skala (HAMD). Das erste Screening fand 6–8 Wochen postpartum mit der EPDS statt. Mütter mit auffälligen Werten wurden 9–12 Wochen postpartum nochmal mit der EPDS untersucht. Der Mindestabstand zwischen dem ersten und dem zweiten Screening betrug 3 Wochen. Mütter, die zu beiden Screening-Zeitpunkten auffällige Werte zeigten, wurden mit der Hamilton Depressions Skala (HAMD) interviewt. Es erfolgte eine Einklassifizierung nach dem DSM IV. 3,6% (N = 28) der 772 Mütter zeigten nach der Beobachtung bis zum dritten

Korrespondenzanschrift: Dr. med. C.-L. v. Ballestrem, Forschungsstelle für Psychotherapie, Christian-Belser-Straße 79a, 70597 Stuttgart, Telefon (0711) 6781400, Telefax (0711) 6876902, E-mail ballestr@psyres-stuttgart.de

Das Projekt wird von der Dr. Nelly-Hahne-Stiftung und der Stiftung für Bildung und Behindertenförderung unterstützt.

Monat nach der Geburt eine postpartale Depression. Diesen Müttern wurden therapeutische Möglichkeiten angeboten. 18% (N = 5) nahmen eines oder mehrere dieser Angebote an. Die restlichen betroffenen Mütter lehnten alle Möglichkeiten ab – meist aus sachlichen oder organisatorischen Gründen. 13,4% (N = 104) der Mütter zeigten bei der ersten Screening-Untersuchung einen auffälligen und beim zweiten Screening einen unauffälligen Wert. Sie werden derzeit einer Langzeitbeobachtung unterzogen, um zu unterscheiden, ob es sich dabei um depressive Verstimmungen handelt oder um Depressionen mit oszillierendem Symptomverlauf.

*

Einleitung

Postpartale Depressionen sind zu unterscheiden von den sogenannten „Heultagen“, die im englischen Sprachraum als Baby Blues bezeichnet werden. Die Hauptsymptome eines Baby Blues sind Traurigkeit und Affektlabilität. Bis zu 50% aller Wöchnerinnen erleben nach der Geburt solche Phasen [16]. Die Symptome tauchen meist zwischen dem 2. und dem 5. postpartalen Tag auf und verschwinden in den ersten 10 Tagen nach der Geburt wieder. Persistieren die Symptome oder tauchen nach den ersten 10 Tagen postpartum depressive Symptome auf, können diese über wenige Wochen oder auch Monate, wenn nicht sogar Jahre dauern. Für die Diagnose einer postpartalen Depression sollte der Beginn der depressiven Symptomatik innerhalb der ersten 2 Monate nach einer Geburt nachgewiesen werden.

Postpartale Depressionen kommen nach Angaben in der – meist anglo-amerikanischen – Literatur bei etwa 10% aller gebärenden Mütter vor [6]. Manche Autoren gehen von höheren Häufigkeitsziffern aus. Harris fand Ende des zweiten Monats postpartum bei 15% der Mütter depressive Zustände [11]. Reighard [21] fand bei 19,9% der untersuchten Mütter postpartale Depressionen am Ende des zweiten Monats nach der Geburt. Andere Untersuchungen kamen zu niedrigeren Häufigkeiten. So berichtet zum Beispiel Lee bei einer Untersuchung in Hong Kong, daß 5,5% aller Frauen eine postpartale Depression erleben [17]. Riecher-Rössler geht in einer Literaturübersicht davon aus, daß 10–15% aller entbindenden Mütter nach der Geburt an einer Depression leiden oder eine solche entwickeln [22].

Zum Screening von postpartal depressiven Müttern wird meist die Edinburgh Postnatale Depressions Skala (EPDS) verwendet. Dieser Fragebogen umfaßt 10 Items, die von der Mutter selbst auszufüllen sind. Er wurde 1987 vom schottischen Psychiater Cox [7] zum ersten Mal vorgestellt. Die Sensitivität des Original-Fragebogens betrug 86%, die Spezifität 78%. Harris [11] konnte nachweisen, daß die Edinburgh Postnatale Depressions Skala beim Screening von postpartalen Depressionen eine wesentlich höhere Sensitivität und Spezifität zeigt als das Beck Depressions Inventar (BDI). In einigen Ländern der Welt existieren Übersetzungen, die sich ebenfalls als genügend valide erwiesen haben [2, 4]. Bergant [2, 8] verwendete für die Validierung der deutschen Übersetzung die Forschungskriterien des ICD-10 für eine depressive Erkrankung.

Postpartale Depressionen unterscheiden sich hinsichtlich der Symptomatik nicht von Depressionen, die zu anderen Lebenszeitpunkten auftauchen. Der Zusatz „postpartal“ ist jedoch unserer Ansicht nach aus mehreren Gründen gerechtfertigt:

- a. Die Geburt eines Kindes und die erste Zeit danach bringt für eine Mutter zahlreiche psychosoziale Streßfaktoren mit sich (z. B. neue Situation, Veränderung von Beziehungen), die zu anderen Lebenszeitpunkten nicht in dem Ausmaß zum Tragen kommen.
- b. Der Beginn von Depressionen und psychotischen Erkrankungen liegt nach einigen Untersuchungen in den ersten Monaten nach der Geburt deutlich höher als zu anderen Zeitpunkten im Leben von Frauen [20].
- c. Der Zusammenhang zwischen hormonellen Veränderungen in den ersten Wochen nach der Geburt und dem Auftreten von Depressionen konnte in Untersuchungen nachgewiesen werden [19].
- d. Die kindliche Entwicklung ist nach Ansicht einiger Autoren bei Depressionen der Mutter in den ersten Lebensmonaten beeinträchtigt [23].

Studienteilnehmerinnen und Methode

Screening

Die Studie wurde in Zusammenarbeit mit dem Marienhospital in Stuttgart und zwei niedergelassenen Hebammen durchgeführt. Die Mütter wurden in der Reihenfolge der Geburt erfaßt. Es wurden nur solche Mütter angesprochen, die der deutschen Sprache mächtig waren. Bei allen Müttern wurden in der ersten Woche nach der Geburt mit einem Fragebogen psychosoziale und gynäkologische Parameter erfaßt. Die Interviews wurden postpartal entweder telefonisch oder durch ein Gespräch in der Klinik durchgeführt. Das erste Screening auf postpartale Depression fand 6–8 Wochen nach der Geburt statt. Dabei wurde die Edinburgh Postnatale Depressions Skala ausgefüllt (EPDS 1). Die Fragen wurden entweder telefonisch gestellt oder schriftlich der Mutter zugestellt. Alle Werte oberhalb 9,5 Punkte wurden als auffällig eingestuft. Die Mütter mit auffälligen Werten wurden 9–12 Wochen postpartal nochmal mit der Edinburgh Postnatalen Depressions Skala befragt (EPDS 2). Der Mindestabstand zum ersten Screening betrug 3 Wochen. Stellte sich wiederum ein auffälliger Wert heraus, wurde zusätzlich ein klinisches Interview nach Hamilton durchgeführt (HAMD) [5], mit dem eine Einklassifizierung nach DSM IV durchführbar war [1]. Die klinischen Interviews fanden nach Möglichkeit an der Forschungsstelle für Psychotherapie in Stuttgart statt. War dies für eine Mutter aus organisatorischen Gründen nicht möglich, wurde das Interview im Rahmen eines Hausbesuches durchgeführt. Die Abbildungen 1 und 2 zeigen den genauen Ablauf der einzelnen Untersuchungen.

Therapieangebote für betroffene Mütter

Den Müttern, die in den ersten 3 Monaten nach der Geburt eine postpartale Depression nach DSM IV aufwiesen, wurden therapeutische Möglichkeiten angeboten. Dabei handelte es sich um eine Selbsthilfegruppe, ambulante psychiatrische Behandlung, ambulante Psychotherapie oder stationäre Behandlung. Die

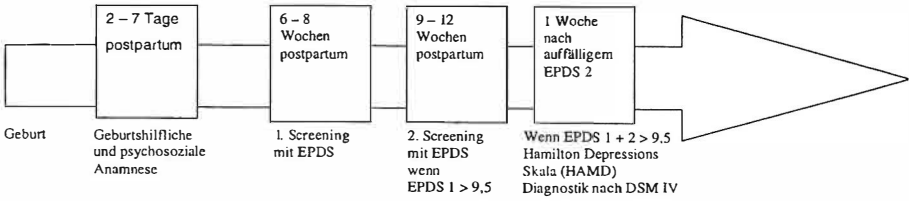


Abb. 1. Zeitlicher Verlauf beim Screening auf postpartale Depression mit der Edinburgh Postnatalen Depressions Skala (EPDS).

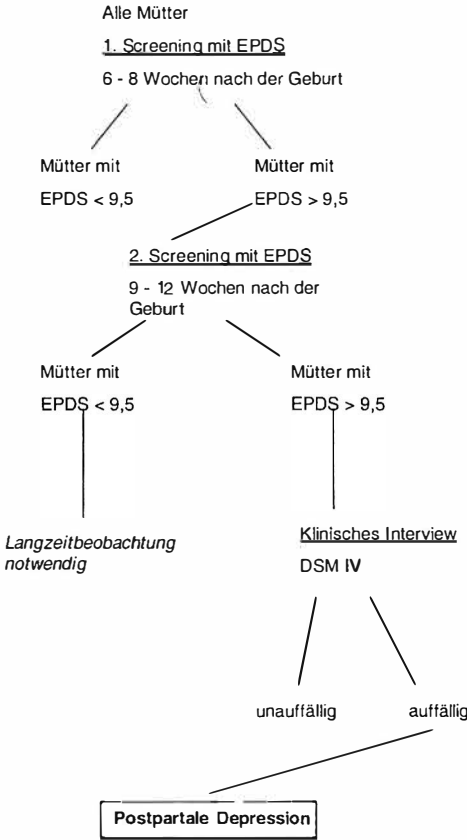


Abb. 2. Flußdiagramm beim Screening auf postpartale Depression mit der Edinburgh Postnatalen Depressions Skala (EPDS).

Reaktion der Mütter auf das Angebot wurde festgehalten. Im Falle einer Ablehnung aller therapeutischen Möglichkeiten wurden die von der Mutter dafür angegebenen Gründe notiert.

Datenanalysen

Für die statistischen Berechnungen wurden die Gruppe der Mütter ohne auffällige Screeningwerte und die Gruppe der Mütter mit klinischer Diagnose einer post-

partalen Depression verwendet. Die Mütter mit einem auffälligen Screeningwert (EPDS 1) wurden vorerst nicht berücksichtigt. Die Berechnungen wurden mit dem Statistik-Programm SPSS (Version 10.0) durchgeführt. Zur Überprüfung von Signifikanzen wurde der Chi-Quadrat-Test verwendet.

Ergebnisse

Screening

Die Untersuchungen fanden 1998–2000 in einem Zeitraum von 18 Monaten statt. In dieser Zeit kamen im Marienhospital 2990 Kinder zur Welt. Bei den beiden Hebammen wurden in diesem Zeitraum 149 Mütter entbunden. Insgesamt 1102 deutschsprachige Mütter konnten zur Teilnahme an der Untersuchung aufgefordert werden. 812 (73,7%) davon erklärten sich anfangs bereit, teilzunehmen. 772 Mütter nahmen an allen notwendigen Untersuchungen so teil, daß verwertbare Daten erhoben werden konnten. Die Drop-Out-Rate betrug somit 4,9%.

Die soziodemographischen Daten aller untersuchten 772 Mütter zeigt Tabelle 1. Beim ersten Screening mit der Edinburgh Postnatalen Depressions Skala (EPDS 1) zeigten 132 Mütter (17%) einen auffälligen Wert oberhalb von 9,5 Punkten. 640 Mütter wiesen unauffällige Werte auf. Die zweite Screening-Untersuchung der 132 Mütter mit auffälligem ersten Screening-Wert ergab, daß 28 Mütter (3,6%) wiederum auffällige Werte in der Edinburgh Postnatalen Depressions Skala (EPDS 2) aufwiesen. All diese Mütter konnten nach dem klinischen Interview nach Hamilton als auffällig entsprechend den Kriterien des DSM IV eingestuft werden.

Beim Vergleich psychosozialer und geburtshilfficher Parameter zeigte sich, daß die Gruppe der unauffälligen Mütter von der Gruppe der Mütter mit postpartaler Depression hinsichtlich einiger Faktoren erheblich abweicht, einige sich jedoch kaum unterscheiden (Tabelle 2). Der Modus der Geburt zeigte geringen Einfluß auf die Häufigkeit postpartaler Depressionen. Mütter, die per Kaiserschnitt entbunden wurden, hatten sogar seltener eine postpartale Depression als Mütter, die ihr Kind spontan auf die Welt brachten. Der Unterschied war hier nicht signifi-

Tabelle 1. Soziodemographische Daten der untersuchten Mütter (N = 772)

Gesamtzahl der untersuchten Mütter	772
Nationalität	
Deutsch	84,2%
Ausländer	15,8%
Erstgravidae	47,7%
Durchschnittsalter (Mittelwert)	31,3 Jahre (Minimum 17, Maximum 45)
Entbindungen im Krankenhaus	96%
Entbindungen zuhause	4%
Verheiratet	83%
Nicht verheiratet / in eheähnlicher Partnerschaft	11,8%
Alleinstehend	5,2%
Geschlecht Neugeborene	
Männlich	49,2%
Weiblich	50,8%

Tabelle 2. Vergleich psychosozialer und geburtshilflicher Parameter bei unauffälligen Müttern und Müttern mit postpartaler Depression

Parameter	Ohne depressive Symptome N = 640	Postpartale Depression N = 28	Chi-Quadrat p-Wert
Geburtsmodus			
Normalgeburt	63%	71%	$\geq 0,05$ n.s.
Forceps/Saugglocke	8%	7%	$\geq 0,05$ n.s.
Sectio	29%	21%	$\geq 0,05$ n.s.
Anzahl der Geburten			
Para 1	58%	36%	nicht möglich
Para 2	31%	50%	nicht möglich
Para >2	11%	14%	nicht möglich
Ort der Geburt			
Klinik-Geburt	96,7%	92,9%	$> 0,05$ n.s.
Hausgeburt	3,3%	7,1%	$> 0,05$ n.s.
Gestillt	92,8%	96,4%	$> 0,05$ n.s.
Baby Blues	39,1%	46,4%	$> 0,05$ n.s.
Geschlecht der Neugeborenen			
männlich	49,8%	35,7%	$> 0,05$ n.s.
weiblich	50,2%	64,3%	$> 0,05$ n.s.
Partnerschaft			
Alleinstehend	4%	7%	$> 0,05$ n.s.
Eheähnlich	12%	14%	$> 0,05$ n.s.
Verheiratet	83%	79%	$> 0,05$ n.s.
Unterstützung vom Partner eingeschränkt oder nicht vorhanden	12,3%	39,3%	$\leq 0,01$ **
Anamnese			
Mit depressiver Verstimmung in der jetzigen Schwangerschaft	2,8%	10,7%	$\leq 0,05$ *
Mit psychischer Erkrankung in Anamnese	12%	32%	$\leq 0,05$ *
Mit anamnestischer depressiver Episode	7,0%	21,4%	$\leq 0,05$ *
Familiäre Disposition (Eltern, Geschwister)	21%	29%	$> 0,05$ n.s.

n.s.: nicht signifikant *: signifikant **: hoch signifikant

kant. Mütter mit einer postpartalen Depression zeigten zwar geringfügig häufiger die Symptome eines Baby Blues. Der Unterschied war jedoch nicht signifikant. Der Partnerschaftsstatus zeigte kaum Auswirkungen auf das Auftreten von postpartalen Depressionen. Auffällig ist jedoch der Unterschied hinsichtlich der Unterstützung durch den Partner der Mutter. Diejenigen Mütter, die eine postpartale Depression aufwiesen, klagten wesentlich häufiger über eingeschränkte oder nicht vorhandene Unterstützung des Partners (39,3%) als Mütter, die nach der

Geburt keine depressiven Phasen hatten (12,3%). Dieser Unterschied war hoch signifikant.

Therapieangebote an betroffene Mütter

Den 28 Müttern, die nach 3monatiger Beobachtung postpartale Depressionen zeigten, die auch den Kriterien des DSM IV entsprachen, wurde therapeutische Hilfe angeboten. 5 dieser Mütter (18%) nahmen ein oder mehrere Angebote wahr, die restlichen Mütter lehnten alle Angebote ab. Die Hauptgründe für die Ablehnung therapeutischer Hilfe waren meist sachlicher oder organisatorischer Natur. So lehnten 39% der betroffenen Mütter aus sachlichen Gründen (Beispiel: „Ich lehne alle psychiatrischen oder psychotherapeutischen Maßnahmen ab, da ich nicht glaube, daß sie mir helfen.“) therapeutische Hilfe ab, 26% aus organisatorischen Gründen (Beispiel: „Ich habe dafür keine Zeit“). 35% dieser Mütter konnten keinen Grund für die Ablehnung der therapeutischen Maßnahmen benennen.

Falldarstellungen aus der Gruppe der betroffenen Mütter

Im folgenden werden drei exemplarische Fälle beschrieben. Zur Anonymisierung und Charakterisierung der Mütter wurden dabei bezeichnende Metaphern verwendet.

Kasuistik 1 – „Der schwarze, traurige Schwan“

Die erstgebärende Frau ist 34 Jahre, südländischer Herkunft, verheiratet und beruflich im sozialen Bereich tätig. Vor einigen Jahren hat sie wegen einer Beziehungsproblematik (damals ein anderer Partner) eine Gestalttherapie gemacht, die sie als hilfreich erlebte. Bis zum 5. Monat der Schwangerschaft leidet sie unter erheblichem Erbrechen und wird zeitweise krank geschrieben. Der Sohn kommt mit 4300 g wegen eines Mißverhältnisses per Kaiserschnitt zur Welt. Zuerst geht es ihr gut, ab dem 4. Tag postpartum treten Alpträume mit Angstzuständen auf, so daß der Klinikpsychologe zweimal hinzugezogen werden muß. Im ersten Screening ist sie auffällig, beim zweiten Screening geht es ihr noch schlechter – sie ist sehr depressiv. Es kommt zum klinischen Interview – sie erfüllt die DSM IV Kriterien für Depression. Bis auf ihren Ehemann weiß niemand, wie schlecht es ihr geht. Er unterstützt sie, da er selbständig ist, hat er jedoch wenig Zeit. Sie streiten häufig. Im Rahmen des Gesprächs wird ihr therapeutische Hilfe vorgeschlagen, sie entschließt sich zu einer Verhaltenstherapie bei dem Psychologen, der sie schon in der Klinik betreute. Trotz einer guten Therapieerfahrung in der Vorgeschichte muß der Kontakt durch das Forschungsteam vermittelt werden. Die Therapie verläuft erfolgreich und wird etwa ein Jahr nach der Geburt beendet. Sie fühlt sich wesentlich besser, engagiert sich wieder beruflich und ist auch in ihrer Freizeit sehr aktiv.

Kasuistik 2 – „Die Schönfärberin“

Die Holländerin ist über 30 und hat bereits eine Tochter von 3 Jahren. Sie ist verheiratet. Sie kann sich erinnern, daß sie vor 6 Jahren eine längere depressive Verstimmung hatte. Durch eine berufliche Veränderung ging es ihr dann wieder besser und auch die Ehe lief besser. Seit der Geburt der Tochter arbeitet sie nicht mehr. Ihr Mann kommt abends spät heim, die Unterstützung durch ihn ist begrenzt. Die Schwangerschaft verläuft problemlos, der Sohn kommt als Hausgeburt ohne Komplikationen zur Welt. Sie fühlt sich nach der Geburt sehr erschöpft. Die Tochter ist sehr eifersüchtig. Der Sohn entwickelt 3-Monats-

Koliken. Das erste Screening ist auffällig – sie leidet erheblich unter Angst, Trauer und Schuldgefühlen und hat auch manchmal suizidale Gedanken. Beim zweiten Screening ist sie wiederum auffällig. Sie versucht nachträglich ihren Zustand beim ersten Screening zu beschönigen. Das klinische Interview wird bei ihr daheim durchgeführt – keines der Symptome, die vor 2 Wochen bestanden, sind nachweisbar. Ihr Zustand hat sich zu unserem Erstaunen extrem gebessert. So wird auch kein therapeutisches Hilfsangebot offeriert. Die Hebamme berichtet, daß sie noch öfters sehr depressive Phasen erlebte. Die Mutter hat eine postpartale Depression mit oszillierendem Verlauf erlebt. Möglicherweise fand das Interview in einer Phase der Besserung statt; es entstand jedoch der Eindruck, daß sie zu einer Beschönigung ihres Zustands tendierte. Therapie kam für sie nicht in Frage.

Kasuistik 3 – „Die gebremste Powerfrau“

Es handelt sich um eine 33jährige verheiratete dynamische Akademikerin, die ihr erstes Kind bekommen hat. Die Beziehung besteht schon lange und wird von ihr als sehr positiv erlebt. Die Unterstützung durch ihren Mann erlebt sie objektiv als ausreichend, subjektiv jedoch als zu wenig. Ihr Beruf bedeutet ihr viel und macht ihr Freude – sie scheint recht erfolgreich und ehrgeizig zu sein. In der Vorgeschichte hat sie aufgrund einer Bulimie eine analytische Behandlung gemacht; bulimische Symptome weist sie zwar nicht mehr auf, die Therapie erlebte sie jedoch sehr ambivalent. Die Schwangerschaft verlief komplikationslos. Wegen Beckenendlage kommt die Tochter via Kaiserschnitt zur Welt – die Narkose hat sie als alpträumhaft erlebt, von Halluzinationen begleitet, und in der anschließenden Woche auf Station war sie sehr durcheinander, weinte viel. Auf Station erfolgt ein längeres Gespräch, mit dem Angebot, sich bei Bedarf an uns wenden zu können. Beides macht sie etwas ruhiger. Die Tochter entwickelt 3-Monats-Koliken. Im ersten Screening ist sie auffällig, leidet unter Angst- und Überforderungsgefühlen und hat zuweilen Suizidgedanken. Beim zweiten Screening geht es ihr viel besser – nach unseren Kriterien ist sie unauffällig. 13 Monate postpartum meldet sie sich erneut bei uns, es geht ihr sehr schlecht. Sie kommt zu einem ausführlichen Gespräch, und es wird deutlich, daß sie in den letzten 13 Monaten eine schwere Depression mit oszillierendem Verlauf erlebt hat. Sie meint, es wäre besser gewesen, sich professionelle Hilfe zu holen. Sie intendiert jetzt eine Therapie, wozu es jedoch nicht kommt, da sich ihr Zustand über Weihnachten bessert und dann auch stabil bleibt. Dieser Fall weist darauf hin, daß eine Beobachtung des Verlaufs über den dritten Monat hinaus sinnvoll ist.

Diskussion

Häufigkeit von Depressionen

Depressionen sind nach Angaben der WHO mit eine der wichtigsten Erkrankungen in den entwickelten Ländern. Das „Kompetenznetz Depressionen“ geht davon aus, daß in Deutschland circa 5% (d. h. 4 Millionen der Bevölkerung) an einer behandlungsbedürftigen Depression leiden [13]. Werden für die Berechnung der Häufigkeit Selbsteinschätzungsskalen verwendet, liegen die Angaben insgesamt zwischen 11% und 26% [9]. Bei Anwendung klinischer Interviews liegt die Häufigkeit deutlich niedriger und bewegt sich zwischen 2% und 13% [12]. Dabei liegen die Angaben für Frauen etwa doppelt so hoch, wie diejenigen für Männer. Wittchen und v. Zerssen geben für Männer eine 6-Monats-Prävalenz von 3% an, für Frauen von 4,5% bis 9,3% [24].

Häufigkeit von postpartalen Depressionen

Bei vielen Untersuchungen zur Häufigkeit von postpartalen Depressionen wird das Screening auf einen Zeitpunkt beschränkt. Dieser Zeitpunkt liegt bei den meisten Arbeitsgruppen am Ende des zweiten Monats nach der Geburt. In der hier vorliegenden Untersuchung wird im Verlauf des dritten Monats post-partum ein zweites Screening durchgeführt. Dieses Procedere wird von Cox [7] empfohlen. In unserem Untersuchungskollektiv zeigte sich, daß der Großteil der Mütter mit auffälligen Werten zum Zeitpunkt 1 (EPDS 1) im Verlauf des dritten postpartalen Monats (EPDS 2) wieder Normalwerte zeigt. Auch diese Beobachtung ist von Cox [7] beschrieben worden. Unserer Ansicht nach ist dieses zweite Screening wichtig, um Mütter mit depressiven Verstimmungen von Müttern mit postpartalen Depressionen zu unterscheiden.

Eine depressive Verstimmung könnte auch ein Hinweis auf einen oszillierenden Symptomverlauf sein. Dies wird momentan durch eine Langzeitbeobachtung bei möglichst allen Müttern mit auffälligem EPDS 1 geklärt.

Die Prävalenz von postpartalen Depressionen nach den Kriterien des DSM IV betrug nach Beobachtung bis zu 3 Monaten nach der Geburt 3,6%. Dies könnte darauf hindeuten, daß postpartale Depressionen in Deutschland seltener vorkommen als in anglo-amerikanischen Ländern, wo die Prävalenzangaben meist bei etwa 10% [6] oder höher [14] liegen. Die jüngsten Angaben aus Bayern errechneten eine Prävalenz von 3,3% nach DSM-IV-Kriterien im gesamten ersten Jahr nach der Geburt [15]. Diese Häufigkeit kommt unseren vorläufigen Zahlen recht nahe. Bei dieser Studie ist jedoch zu berücksichtigen, daß die Diagnose erst 7 Jahre nach der Geburt retrospektiv gestellt wurde.

Manche Autoren vermuten, daß eine Kaiserschnittentbindung einen Risikofaktor für das Auftreten von postpartalen depressiven Symptomen darstellt [19]. Ein solcher Zusammenhang konnte in dem hier vorgestellten Kollektiv nicht beobachtet werden. Der Anteil an auffälligen Werten war in der Gruppe der Spontanentbindungen und der Kaiserschnittentbindungen nahezu gleich. Möglicherweise wirken sich geburtshilfliche Eingriffe nicht immer auf die postpartale Stimmung aus.

Inanspruchnahme von therapeutischen Angeboten

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Möglichkeiten bei psychischen Erkrankungen ist in verschiedenen versorgungsepidemiologischen Untersuchungen überprüft worden. Im Mannheimer Kohortenprojekt zu Häufigkeit und Verlauf psychogener Erkrankungen wurde durch eine Untersuchung in der Allgemeinbevölkerung festgestellt, daß von den als behandlungsbedürftig eingestuften Personen sich 3% auf Eigeninitiative zu psychotherapeutischen Maßnahmen entschlossen. Nach motivierenden Gesprächen lag die Quote bei 33% [10a,b]. In der oberbayerischen Feldstudie wurde unter anderem die Inanspruchnahme von psychiatrischer Therapie von Personen mit einer depressiven Störung untersucht [18]. Dabei stellte sich heraus, daß nur 23,9% der Betroffenen psychiatrische Behandlung beanspruchten. Möglicherweise ist die Therapiemotivation bei Müttern mit postpartaler Depression auf Grund ihrer speziellen Situation nach der Geburt noch geringer. In einer amerikanischen Untersuchung nahmen 21,4% der

Mütter, die eine postpartale Depression hatten, Therapie in Anspruch [3]. Dies entspricht in etwa den 18% Müttern in unserem Kollektiv, die therapeutische Möglichkeiten nutzten.

Literatur

- [1] Ballestrem CLv, Strauß M, Häfner S, Kächele H (2001) Ein Modell für das Screening von Müttern mit postpartaler Depression. *Nervenheilkunde* 6 (20): 352–355
- [2] Bergant AM, Nguyen T, Heim K, Ulmer H, Dapunt O (1998) Deutschsprachige Fassung und Validierung der „Edinburgh Postnatal Depression Scale“. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 123: 35–40
- [3] Campbell SB, Cohn JF (1997) The timing and chronicity of postpartum depression: implications for infant development. In: Murray L, Cooper PJ (eds.) *Postpartum Depression and Child Development*. Guilford Press
- [4] Carpiello B, Pariante CM, Serri F, Costa G, Carta MG (1997) Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Italy. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology* 18: 280–285
- [5] Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum (1986) *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Beltz, Weinheim
- [6] Cooper PJ, Murray L (1998) Postnatal Depression. Clinical review. *British Medical Journal* 316: 1884–1886
- [7] Cox JL, Holden JM, Sagovsky R (1987) Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150: 782–786
- [8] Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E (1994) *Internationale Klassifikation Psychischer Störungen ICD-10, Forschungskriterien*. Verlag Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle
- [9] Eaton WW, Kessler LG (1981) Rates of depression in a national sample. *American Journal of Epidemiology* 114: 528–538
- [10a] Franz M, Schiessl N, Manz R, Fellhauer R, Schepank H, Tress W (1990) Zur Problematik der Psychotherapiemotivation und der Psychotherapieakzeptanz. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 40: 369–374
- [10b] Franz M (1997) *Der Weg in die psychotherapeutische Beziehung*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- [11] Harris B, Huckle P, Thomas R, Johns S, Fung H (1989) The use of rating scales to identify postnatal depression. *British Journal of Psychiatry* 154: 813–817
- [12] Hautzinger M, Bailer M (1993) *Allgemeine Depressions Skala*. Beltz, Weinheim
- [13] Hegerl U (1999) *Kompetenznetz Depression, Suizidalität*. Presseinformation
- [14] Kumar R, Robson KM (1984) A prospective study of emotional disorders in child-bearing women. *British Journal Psychiatry* 144: 35–47
- [15] Kurstjens S, Wolke D (2001) Postnatale und später auftretende Depressionen bei Müttern: Prävalenz und Zusammenhänge mit obstetrischen, soziodemographischen sowie psychosozialen Faktoren. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 30(1): 33–41
- [16] Lanczik M, Brockington IF (1999) Das postpartale dysphorische Syndrom. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 67: 60–67
- [17] Lee DT, Yip SK, Chiu HF, Leung TY, Chan KP, Chau IO, Leung HC, Chung TK (1998) Detection of postnatal depression in Chinese women. Validation of the Chinese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 172: 433–437

- [18] Meller I, Fichter M, Weyerer S, Witzke W (1989) The use of psychiatric facilities by depressives: results of the Upper Bavarian Study. *Acta Psychiatr Scand* 79(1): 27–31
- [19] Nispel P (1996) *Mutterglück und Tränen*. Herder, Freiburg
- [20] O'Hara MW (1997) Introduction to postpartum depressive disorder. In: Murray L, Cooper PJ (eds.) *Postpartum Depression and Child Development*. The Guilford Press, New York London
- [21] Reighard FT, Evans ML (1995) Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in a southern, rural population in the United States. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 19(7): 1219–1224
- [22] Riechler-Rössler A (1997) Psychische Störungen und Erkrankungen nach der Entbindung. *Fortschritte in Neurologie und Psychiatrie* 65: 97–107
- [23] Sharp D, Hay DF, Pawlby S, Schmücker G, Allen H, Kumar R (1995) The impact of Postnatal Depression on Boys' Intellectual Development. *Journal of Child Development* 36(8): 1315–1336
- [24] Wittchen HU, Zerssen D v (1988) *Verläufe unbehandelter und behandelter Depressionen und Angsterkrankungen*. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York