

# Bakkalaureatsarbeit

von

Stephanie Hopfer | 0733055

## **Der Hormonhaushalt in der Schwangerschaft – Postpartale Depression**

**Aus der Vorlesung:** Physiologie

**Betreuerin:** Ao.Univ.-Prof. Dr.phil. Anna Gries  
Institut für Physiologie  
Harrachgasse 21/V  
8010 Graz

**Zuständige Universität:** Medizinische Universität Graz  
Auenbruggerplatz 2/4  
8039 Graz

**Datum der Einreichung:** 09.09.2010

**Jahr der Vorlage:** 2010

## Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bakkalaureatsarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen, als solche kenntlich gemacht habe.

Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, am 09. September 2010

Stephanie Hoffer

# Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Die weiblichen Geschlechtsorgane</b> .....	<b>5</b>
1.1 Die Gebärmutter .....	5
1.2 Die Eileiter .....	7
1.3 Die Eierstöcke .....	7
1.4 Die Scheide .....	8
1.5 Die Vulva .....	9
1.6 Der Damm .....	9
<b>2. Das Spermium</b> .....	<b>10</b>
<b>3. Die Befruchtung</b> .....	<b>11</b>
<b>4. Die Schwangerschaft</b> .....	<b>12</b>
<b>5. Die Plazenta</b> .....	<b>12</b>
5.1 Bildung der Plazenta .....	13
<b>6. Die Hormone</b> .....	<b>14</b>
6.1 Humanes Choriongonadotropin (HCG) .....	16
6.2 Östrogene und Progesteron .....	18
6.2.1 Östrogene .....	18
6.2.2 Progesteron .....	19
6.3 Humanes Plazentalaktogen (HPL) .....	19
6.4 Corticoliberin (CRH) .....	20
6.5 Oxytocin .....	20
6.6 Prolaktin .....	21
6.7 Calcitonin .....	21
6.8 Relaxin .....	21
6.9 Adrenalin, Noradrenalin und Endorphine .....	22
<b>7. Die postnatalen Störungen</b> .....	<b>22</b>
7.1 Die normale Umstellung nach der Geburt und der Baby-Blues .....	23
7.2 Schwere postnatale Veränderungen von Stimmung und Antrieb .....	23
7.3 Postnatale Angststörungen .....	24
7.4 Wochenbettpsychose .....	25
7.5 Alarmsignale nach der Geburt .....	26
7.6 Risikofaktoren und Gefährdung .....	28
7.6.1 Die Körperlichen Faktoren .....	29
7.6.2 Die psychischen Faktoren .....	31
7.6.3 Die sozialen Faktoren .....	34
<b>8. Die postpartale Depression</b> .....	<b>36</b>
8.1 Begriffsklärung und Häufigkeit .....	36
8.2 Symptomatik .....	36
<b>9. Die Rolle der Väter</b> .....	<b>38</b>
<b>10. Die Therapie der postnatalen Störung</b> .....	<b>39</b>
<b>11. Zusammenfassung - Schlussfolgerung</b> .....	<b>40</b>
<b>12. Literaturverzeichnis</b> .....	<b>42</b>
<b>13. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>42</b>

## Einleitung

Es ist Teil unseres Lebens sich fortzupflanzen und einem kleinen Lebewesen das Leben auf der Erde zu ermöglichen. Es ist unser biologischer Drang, dadurch unser Leben auf der Erde zu sichern, und die Existenz der Menschen aufrechtzuerhalten.

### **Die Forschungsfrage für meine Bakkalaureatsarbeit lautet:**

In welchem Kontext steht der Hormonhaushalt, während der Schwangerschaft und nach der Geburt, mit dem Auftreten einer postpartalen Depression?

Ich habe mich im Rahmen meiner Bakkalaureatsarbeit mit der Thematik der Schwangerschaft, dem Hormonhaushalt und postnatalen Störungen beschäftigt.

Zu Beginn meiner Arbeit möchte ich durch die Beschreibung der Anatomie der weiblichen Geschlechtsorgane, sowie der Befruchtung, Schwangerschaft und Plazenta einen Zugang zur Thematik schaffen, um in weiterer Folge zu klären, wie die Hormone gebildet werden.

Anschließend möchte ich durch die Erläuterung der Hormone während der Schwangerschaft und der Geburt veranschaulichen, welche bedeutende Rolle dieser Hormonhaushalt spielt.

Mit der Auseinandersetzung der postnatalen Störungen, im besonderen mit den postpartalen Depressionen, versuche ich einen groben Überblick über diese zu geben, um herauszufinden welchen Einfluss der Hormonhaushalt diesbezüglich hat um meine Fragstellung zu beantworten.

Ein weiteres Ziel meiner Arbeit ist es, die große Thematik so strukturiert aufzuarbeiten, dass es den Leserinnen und Lesern eine Freude bereitet sich noch weiter in die Thematik zu vertiefen.

Zu Beginn meiner Arbeit möchte ich die Anatomie der weiblichen Geschlechtsorgane aufzeigen, um ein Verständnis dafür zu erlangen, wie es uns von der Natur her möglich ist, seitens der Frau, sich fortzupflanzen.

## 1. Die weiblichen Geschlechtsorgane

Bei der genauen Betrachtung der weiblichen Geschlechtsorgane mit deren Aufbau, Funktion und physiologischen Prozessen, erlangt man ein Verständnis dafür wie der Körper der Frau sich auf die Schwangerschaft, die Geburt und das Stillen vorbereiten kann.

### 1.1 Die Gebärmutter

Die Gebärmutter (Uterus) ist das zentrale Organ für Schwangerschaft und Geburt. (Vgl. Balaskas & Gordon, 1997, S. 14) Der Uterus liegt im weiblichen Becken zwischen der Harnblase und dem Mastdarm. Bei einer nicht schwangeren Frau ist die birnenförmige Gebärmutter meist nach vorne (Anteversio uteri) geneigt und leicht nach unten gebogen. Unten grenzt sie an die Scheide (Vagina). Beidseitig münden die zwei Eileiter in den oberen Gebärmutterabschnitt. Der Uterus ist bis zu einem gewissen Grad beweglich und lässt sich durch eine gefüllte Blase vertikal verschieben. Der Uterus besteht aus dem Gebärmuttergrund (Fundus uteri), dem Gebärmutterkörper (Corpus uteri) und dem Gebärmutterhals (Zervix, Cervix uteri). Von innen nach außen besteht die Wand des Gebärmutterkörpers aus einer Schleimhaut (Endometrium), Muskulatur (Myometrium) und einer serösen Haut<sup>1</sup> (Perimetrium).

Das Endometrium ist sehr drüsenreich und besteht aus einem einschichtigen, zylinderförmigen Epithel auf einer Bindegewebsschicht, der Lamina propria.

Während des Menstruationszyklus, welcher die proliferative Phase, die Sekretionsphase und die Menstruationsphase umfasst, verändert sich die Beschaffenheit des Endometriums. Während der Schwangerschaft dehnt sich der Uterus aus. Im dritten Monat der Schwangerschaft reicht die Gebärmutter bis zum oberen Teil des Schambeines, um die 20. Schwangerschaftswoche (SSW) bis zur Höhe des Bauchnabels

---

<sup>1</sup> „Seröse Haut (Serosa) bedeckt als spiegelnde, glatte, beutelartige Hüllschicht alle inneren Organe und ermöglicht somit deren Bewegung in den Körperhöhlen. Sie besteht aus einer Schicht von Epithelzellen, durch die Flüssigkeit und Abwehrzellen leicht hindurchtreten können. Weiters noch aus einer darunter liegenden Schicht von Bindegewebe.“ (Cheers, 2007, S. 23)

und in der 36. SSW bis zum Zwerchfell. Außerdem drückt die Gebärmutter während dieser Zeit auch auf angrenzende Bauchorgane.

Über das breite Mutterband (Ligamentum latum uteri) ist der Uterus mit den Seitenwänden des Beckens verbunden. Zusätzlichen Halt geben die dem Gebärmutterhals verbundenen Bänder, welche den Beckenboden durchziehen und an den Beckenwänden ansetzen.

Die Zervix liegt zwischen Gebärmutterkörper und Scheide. Sie umfasst eine stark ausgebildete Muskelwand und ist mit Schleimhaut ausgekleidet, welche während der Menstruation nicht abgestoßen wird. Der Zervixschleim hat normalerweise eine dickflüssige und zähe Konsistenz, füllt den Gebärmutterhalskanal (Zervikalkanal) aus und ist für die Bildung einer schützenden Barriere gegen Krankheitserreger und Spermien von Bedeutung. Das Sperma muss auf dem Weg in die Gebärmutter die Zervix passieren, ebenso wie das Menstruationsblut vor dem Austritt aus dem Körper durch den Gebärmutterhals fließt. Bei der Geburt, während der Wehen, muss sich die Zervix auf 10 cm erweitern. (Vgl. Cheers, 2007, S. 393f)

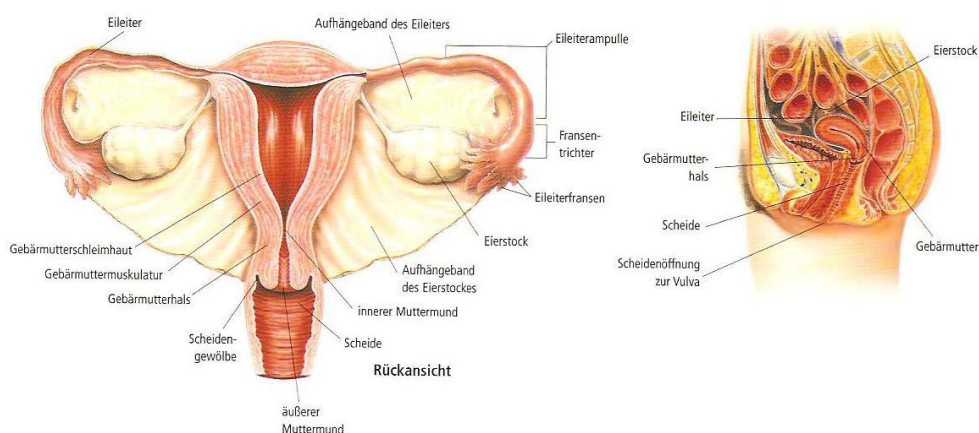


Abb. 1: Gebärmutter

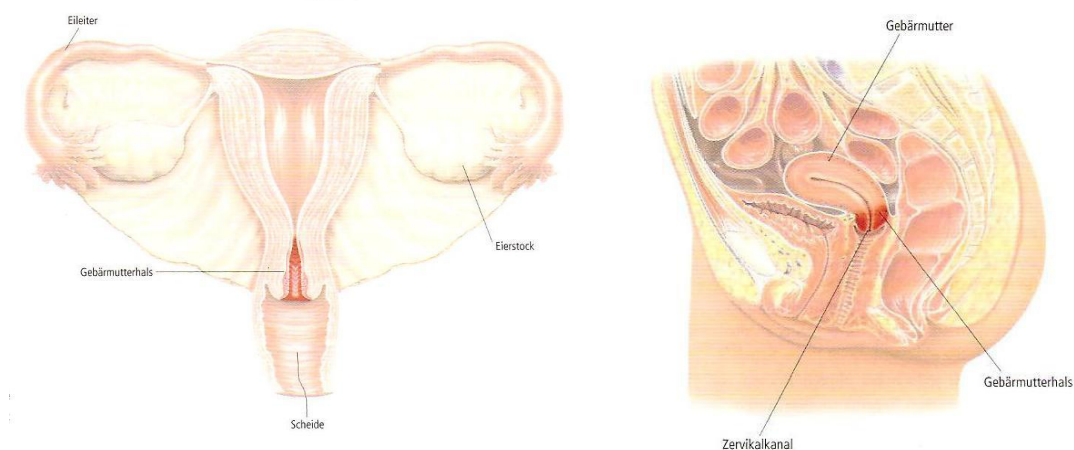


Abb 2: Gebärmutterhals und Zervikalkanal

## 1.2 Die Eileiter

Jeder der beiden Eileiter führt von dem jeweiligen Eierstock mit einem schmalen Ende am Übergang zur Gebärmutter und mit einem breiten, trichterförmigen Ende in die Nähe des Eierstocks. Die anatomische Bezeichnung hierfür lautet *Salpinx* – die lateinische Bezeichnung für Trompete, weshalb die Form der Eileiter ein wenig an ein Alphorn erinnert.

Die Eileiter transportieren die Eizelle zum Uterus. Unmittelbar nach dem Geschlechtsakt können Spermien die Eileiter erreichen, wenn sie in die entgegengesetzte Richtung wandern. Die Befruchtung, die Verschmelzung von Eizelle und Spermium, findet in den Eileitern statt. (Vgl. Cheers, 2007, S. 406)

*„Die befruchtete Eizelle wird zum Embryo und wandert den Eileiter hinab, um sich an den Wänden der Gebärmutter einzunisten.“* (Cheers, 2007, S. 406)

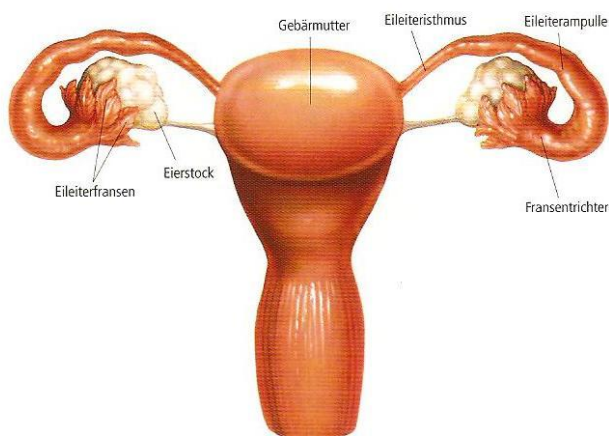


Abb 3: Eileiter

## 1.3 Die Eierstöcke

Die Eierstöcke (Ovarien) sind Organe von ungefähr 3 cm Länge und 1 cm Breite. Sie befinden sich dicht an den Seitenwänden des Beckens und werden von dem breiten Mutterband vor Verletzungen geschützt. Die Ovarien enthalten Tausende von kleinen, unreifen Follikeln, bestehend aus einer Eizelle, die von spezialisierten Sekretzellen umgeben ist, welche weibliche Hormone (Östrogen und Progesteron) produzieren. Bei Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter enthalten die Ovarien auch einige Follikel, welche vor jedem Eisprung heranreifen und größer werden. Die meisten davon bilden sich wieder zurück, sodass nur eine einzige Eizelle aus den Eierstöcken

abgestoßen wird. Nach dem Eisprung verwandelt sich der Follikel in den so genannten Gelbkörper (Corpus luteum). (Vgl. Cheers, 2007, S. 401f)

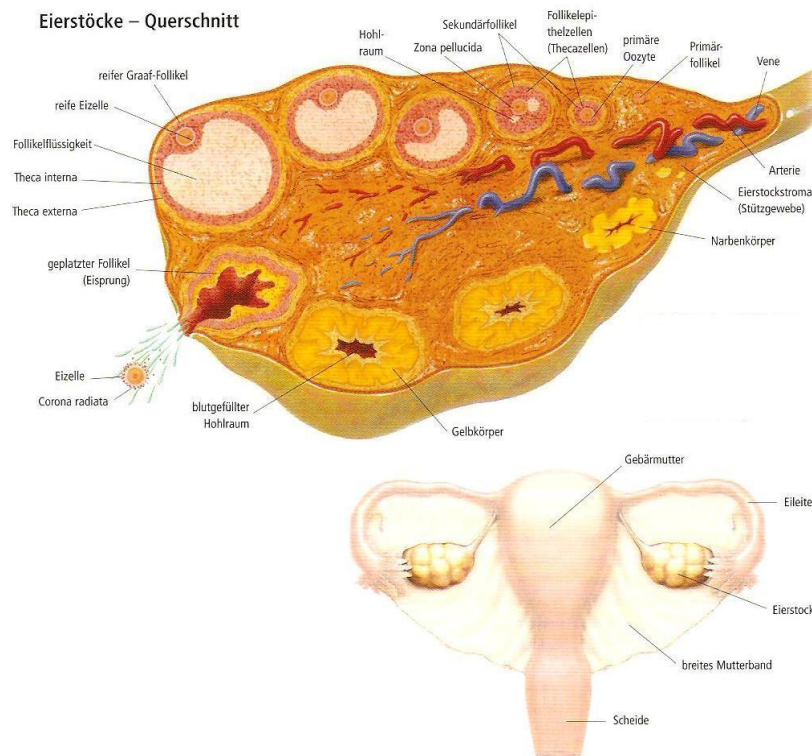


Abb 4: Eierstöcke im Querschnitt, Eierstock mit breitem Mutterband

## 1.4 Die Scheide

Die Scheide (Vagina) ist die Verbindung zwischen der Gebärmutter und den äußeren Genitalien und liegt im unteren Beckenbereich und Beckenboden zwischen Harnblase und Mastdarm. Durch das Jungfernhäutchen (Hymen), einer dünnen Membran, ist teilweise die untere Vaginalöffnung bei Mädchen, welche noch keinen Geschlechtsverkehr hatten, verschlossen. Von innen nach außen besteht die Scheidenwand aus einem stark ausgebildeten Muskel, Schleimhaut und einem angrenzenden Hohlraum. Dieser Hohlraum ist leicht nach hinten geneigt und liegt etwa im rechten Winkel zum Zervikalkanal, welcher die Vagina mit der Gebärmutterhöhle verbindet.

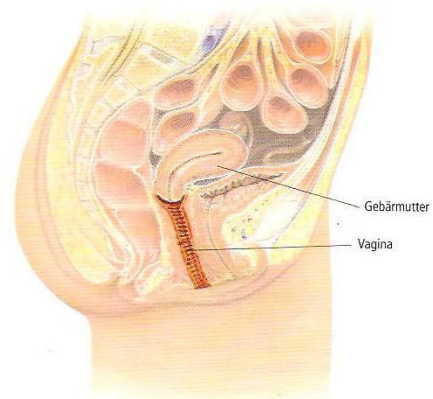


Abb. 5: Scheide

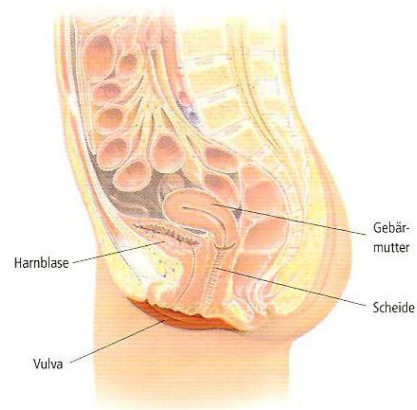
In der Vagina ist eine aus Zervixschleim bestehende Flüssigkeit und Plasma aus den Schleimhautkapillaren enthalten. Die äußere Öffnung des Gebärmutterhalses ragt in den oberen Bereich der Vagina hinein und ist vom Scheidengewölbe (Fornix) umgeben. (Vgl. Cheers, 2007, S. 407)

## 1.5 Die Vulva

Die äußeren weiblichen Geschlechtsorgane werden als Scham (Vulva) bezeichnet und diese besteht aus den großen Schamlippen (Labia majora pudendi). Die großen Schamlippen sind paarig angelegte Falten, die innen fettreich und außen von Haut und Schamhaar bedeckt sind. Die großen Schamlippen verdecken die kleinen Schamlippen (Labia minora pudendi). Dies sind Hautfalten, die den Scheidenvorhof (mit Scheideneingang, äußerer Harnröhrenöffnung und Schleim produzierenden Drüsen) auf beiden Seiten umschließen. Die Klitoris (Kitzler) entspricht der weiblichen Form des Penis. Sie ist der erektile und empfindliche Teil der Vulva und wird von den Falten der kleinen Schamlippen umschlossen. (Vgl. Cheers, 2007, S. 409)

Die Klitoris enthält ein reich mit Nerven versorgtes Gewebe, welches sich bei Erregung mit Blut füllt und aufrichtet. Es ist nur der äußere Teil, die Glans, sichtbar, wenn die Frau nicht sexuell erregt ist. (Vgl. Balaskas & Grodon, 1997, S. 19)

Abb. 6: Vulva



## 1.6 Der Damm

Der Damm (Perineum) ist eine Bindegewebs- und Muskelschicht am Beckenboden, zwischen Scheide und After. Das Perineum stützt die darüber liegende Beckenbodenmuskulatur und enthält den Harnröhren- und Afterschließmuskel. (Vgl. Cheers, 2007, S. 409) Während der Geburt dehnt sich das Gewebe des Perineums enorm aus, besonders wenn der Kopf des Kindes austritt. (Vgl. Balaskas & Gordon, 1997, S. 19)

## 2. Das Spermium

Die Spermien, auch Spermatozoen genannt, sind reife männliche Keimzellen, welche zusammen mit der weiblichen Keimzelle, der Eizelle, den Beginn einer Schwangerschaft einleiten. Sie bestehen jeweils aus einem Kopf, Körper und Schwanz. Der Kopf enthält einen Kern mit Chromosomen und ein Akrosom, eine Kappe, welche die für die Befruchtung erforderlichen Enzyme enthält. (Vgl. Cheers, 2007, S.389)

Der Körper enthält Mitochondrien, welche Energie liefern. Der Schwanz ist ein langes, dünnes Gebilde, welches sich schnell bewegt um sich vorwärts zu treiben. (Vgl. Balaskas & Gordon, 1997, S. 25) Mit dem Schwanz ist es dem Spermium möglich, von der Scheide durch den Muttermund und die Gebärmutter in die Eileiter zu schwimmen, um dort auf eine Eizelle zu treffen. (Vgl. Cheers, 2007, S.389)

Die Spermien entstehen in den Testes, welche außerhalb des Körpers im kühleren Hodensack (Skrotum) liegen, weil sie sich bei der Körpertemperatur von 37 °C nicht voll entwickeln können. Die frisch produzierten Spermatozoen wandern in die Nebenhoden, wo sie anschließend reifen und gespeichert werden. Durch Muskelkontraktionen gelangen sie bei einer Ejakulation über die Samenleiter in die Harnröhre. Hierbei werden sie mit der Samenflüssigkeit aus Samenbläschen und Prostata vermischt. Diese verleiht ihnen Mobilität und schützt sie vor der Scheidenflüssigkeit. Der Samen besteht aus 90 % Samenflüssigkeit (Sperma) und 10 % Spermatozoen und Flüssigkeit aus den Nebenhoden. Durchschnittlich werden pro Orgasmus des Mannes zwischen 80 und 300 Millionen Spermien ejakuliert. Im Normalfall kann nur ein Spermium in die befruchtungsfähige Eizelle eindringen, da die Eihülle danach sofort undurchdringlich wird. Die Spermatozoen tragen das genetische Erbgut des Mannes und bestimmen das Geschlecht des Kindes. (Vgl. Cheers, 2007. S. 389)

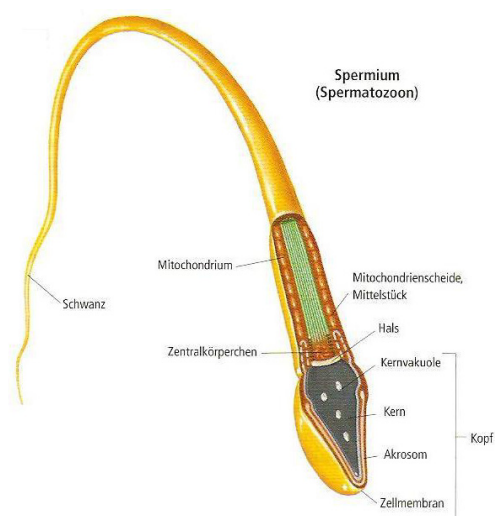


Abb. 7: Aufbau des Spermiums

### 3. Die Befruchtung

Die Befruchtung bezeichnet die Vereinigung von Eizelle und Spermium zu einer Zygote. Dieser Vorgang spielt sich normalerweise in der Ampulle, der mittleren Region des Eileiters, ab. Die Eizelle verlässt den Eierstock mit zwei Membranen: einer dünnen azellulären Schicht (Zona pellucida), welche sich noch im Eierstock um die Eizelle bildet, und einem Kranz von Follikelzellen (Corona radiata). (Vgl. Cheers, 2007, S. 541)

Treffen Spermatozoe und Eizelle aufeinander, koppelt die Spermatozoe an Rezeptoren der Zona pellucida an und dringt in das Ei ein. Somit fusionieren die Membranen der beiden Zellen. (Vgl. Silbernagl & Despopoulos, S. 310)

Um die Zeit des Eisprunges wird der Zervikalschleim des Gebärmutterhalses wässrig und durchlässig, um eine Befruchtung möglich zu machen. Ein weiterer wichtiger Faktor ist die Spermienbeweglichkeit, da davon das Erreichen der Ampulle abhängt. Ebenso sind die Kontraktionen der Muskelwände des weiblichen Fortpflanzungstraktes von Bedeutung. Im männlichen Fortpflanzungstrakt reifen die Spermien bis zu einem gewissen Grad, danach wird die Reifung im weiblichen Genital vollendet. Dieser Vorgang wird Kapazitation genannt, dauert ca. 7 Stunden und wird durch Sekrete herbeigeführt, die in der Gebärmutter und den Eileitern produziert werden. (Vgl. Cheers, 2007, S. 541)

Die Zonareaktion verhindert das Eindringen weiterer Spermien durch rasche proteolytische Veränderungen an den Rezeptoren des Eies. Die Befruchtung findet meist am ersten Tag nach dem Geschlechtsverkehr statt und ist nur bis maximal 24 Stunden nach der Ovulation möglich. (Vgl. Silbernagl & Despopoulos, S. 310)

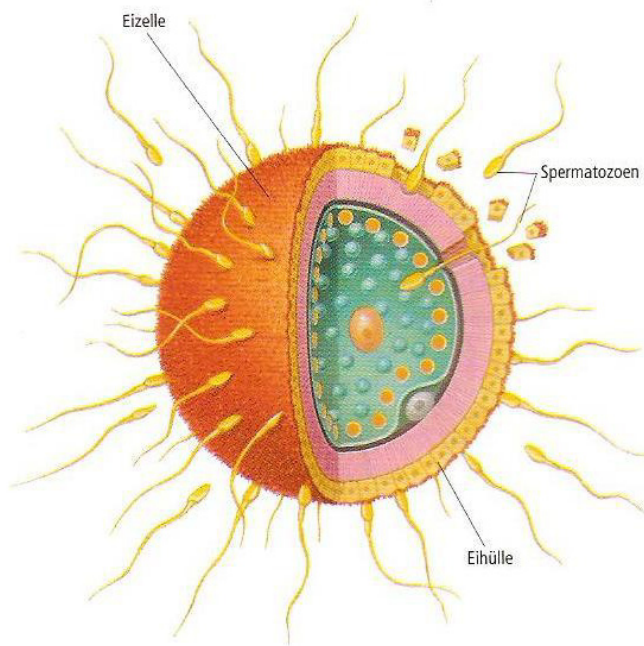


Abb 8: Befruchtung

## 4. Die Schwangerschaft

Die Schwangerschaft (Gestation) erstreckt sich von der Befruchtung, der Vereinigung von Eizelle und Spermium, bis zur Geburt. Sie ist der Zustand, in dem sich ein heranreifender Fetus in der Gebärmutter befindet. Eine Frau ist in jedem Menstruationszyklus etwa 24 Stunden lang fruchtbar, wobei hingegen ein Spermium fünf Tage lang in den Geschlechtsorganen der Frau überleben kann. Nach der Befruchtung nistet sich der entstehende Organismus innerhalb von drei bis vier Tagen als Blastozyste im Endometrium ein, und die Bildung der Plazenta beginnt. (Vgl. Cheers, 2007, S. 549)

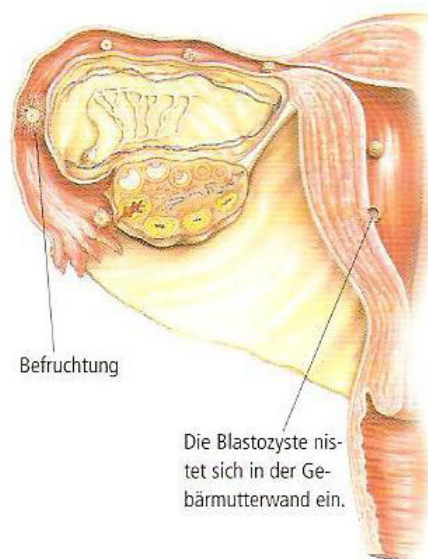


Abb. 9: Schwangerschaft – Frühstadien

## 5. Die Plazenta

Die Plazenta, auch Mutterkuchen genannt, ist ein Organ, welches in der Schwangerschaft entsteht und über die Nabelschnur die Verbindung zwischen dem Blutkreislauf der Mutter und des Kindes bildet. Durch ihre Membran findet ein selektiver Austausch von Substanzen statt und sorgt dadurch für eine ausreichende Sauerstoff- und Nährstoffversorgung des Fetus. (Vgl. Cheers, 2007, S.551f)

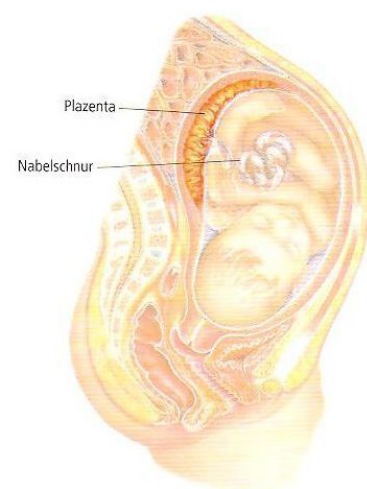


Abb. 10: Plazenta

## 5.1 Bildung der Plazenta

Bei der Befruchtung vereinigen sich Eizelle und Spermium zu einer Zygote, einem einzelligen Embryo. Die Zygote teilt sich rasch und bildet beim Eintritt in die Gebärmutter am vierten Gestationstag einen Hohlkörper, auch Blastozyste oder Keimbläschen genannt. Aus einigen Zellen innerhalb der Blastozyste entwickeln sich der Embryo und die Eihäute, aus den äußeren Zellen bildet sich die Plazenta. Das Keimbläschen nistet sich ca. am sechsten Tag im Endometrium ein. Veränderungen der äußeren Zellmasse sorgen dafür, dass es in die Gebärmutter eindringen kann und anschließend von dieser bedeckt wird. Der Teil der äußeren Zellmasse, aus welchem die Plazenta entsteht, bildet zahlreiche Falten, die sogenannten Chorionzotten. Beim weiteren Eindringen in das Endometrium sickert Blut aus den mütterlichen Blutgefäßen zwischen den Zotten hindurch, wodurch langsam ein Kreislauf entsteht, bei dem das Blut der Mutter aus den Arterienenden in die Plazenta hinein- und durch die Venen wieder hinausfließt. Die Blutgefäße des Fetus entwickeln sich in den Zotten der Plazenta, welche über die Nabelschnur mit den Blutgefäßen im Körper des Embryos verbunden sind. Die Plazentaschranke sorgt dafür, dass die beiden Kreisläufe in keinem direkten Kontakt zueinander stehen. (Vgl. Cheers, 2007, S. 552)

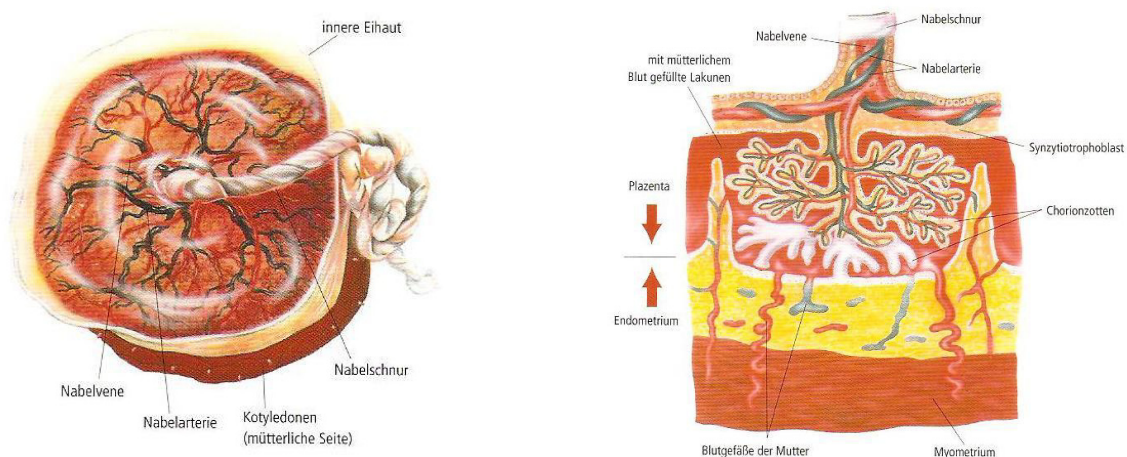


Abb. 11: Plazenta ganz und im Querschnitt

Eine weitere Funktion der Plazenta ist die Bildung von Hormonen, welche im nächsten Abschnitt erläutert werden.

## 6. Die Hormone

Unter Hormonen versteht man Substanzen, welche von endokrinen Drüsen, z.B. Hirnanhangsdrüse, Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebennieren, Bauchspeicheldrüse, Geschlechtsdrüsen, sowie während der Schwangerschaft von der Plazenta, produziert werden. (Vgl. Cheers, 2007, S. 33)

Hormone sind Botenstoffe und dienen vor allem der langsamen und langfristigen Signalübertragung. Weiters können Hormone ebenso aus Hormon produzierenden Geweben oder Zellen stammen und haben entweder eine untergeordnete Hormondrüse (glandotrope Hormone) oder nichtendokrines Gewebe (aglandotrope Hormone) als Erfolgs- bzw. Zielorgan. (Vgl. Silbernagl & Despopoulos, 2007, S. 268)

Hormone werden in das Blut abgegeben und zu den Zielorganen transportiert, wo sie die Zellaktivität beeinflussen. Die Hormone steuern viele Körperfunktionen, wie z.B. die Ernährung, das Wachstum, den Stoffwechsel, die körperliche und psychische Entwicklung und Reifung, die Fortpflanzungsmechanismen, die Leistungsanpassung und die Homöostase<sup>2</sup> des Körpers. (Vgl. Cheers, 2007, S. 33)

Hormone lassen sich nach ihrer chemischen Struktur in drei Klassen unterteilen:

- (1) Peptid- oder Eiweißhormone (z.B. das Wachstumshormon und Insulin),
- (2) Hormone, die aus der Aminosäure Tyrosin gebildet werden (z.B. Adrenalin und Thyroxin) und
- (3) Steroidhormone (z.B. Corticoide und Geschlechtshormone).

(Vgl. Cheers, 2007, S. 33)

---

<sup>2</sup> Homöostase ist „[...] die Selbstregelung eines lebenden Organismus durch hormonelle Regelsysteme und Nervenimpulse zur Aufrechterhaltung seines dynamischen gleichgewichtszustandes.“ (Cheers, 2007, S. 33)

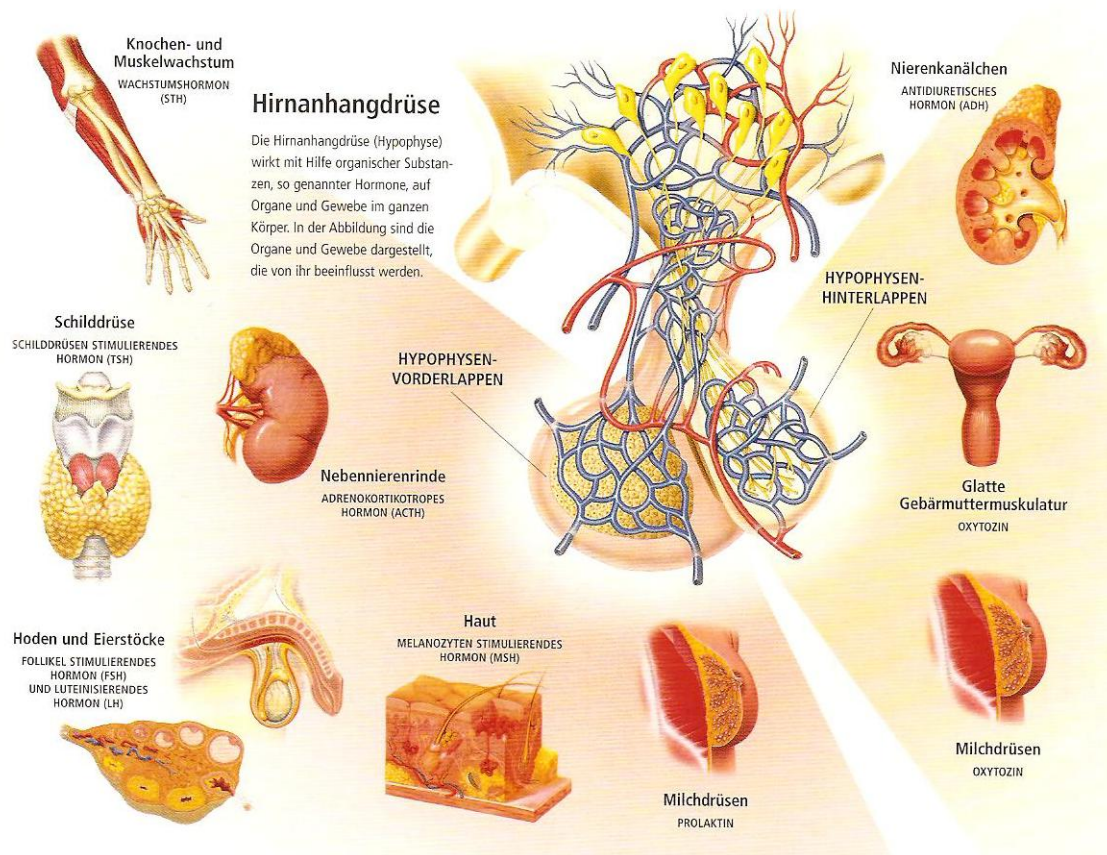


Abb. 12: Organe und Gewebe, welche von der Hirnanhangdrüse beeinflusst werden

Einige Hormone spielen, neben der permanenten Regulation vieler Körperfunktionen, nur zu bestimmten Zeiten eine wichtige Rolle. Hiermit möchte ich auf die Hormone während der Schwangerschaft, bei der Geburt und beim Stillen, sowie die Plazentahormone eingehen. Die Abbildung 13 fasst die Hormonplasmakonzentrationen während der Schwangerschaft zusammen. Das erste Trimenon ist vom steilen Anstieg des Humanen Choriongonadotropin (HCG) gekennzeichnet, wonach es bis hin zum Ende der Schwangerschaft am geringsten ist. Alle weiteren Hormonplasmakonzentrationen steigen im weiteren Verlauf der Schwangerschaft an.

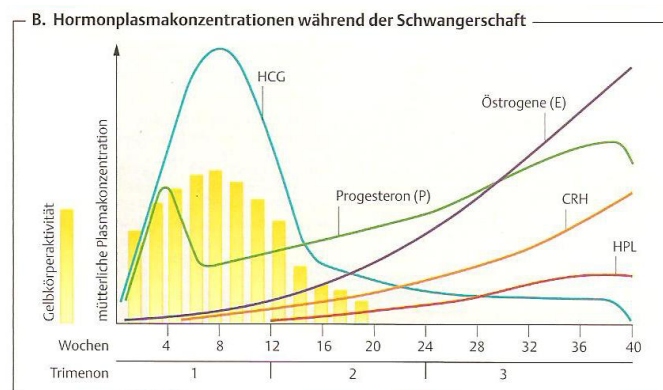


Abb. 13: Hormonplasmakonzentrationen während der Schwangerschaft

## 6.1 Humanes Choriongonadotropin (HCG)

*„Während der Schwangerschaft fungiert die Plazenta als endokrines Organ, da sie ein Hormon zur Aufrechterhaltung der Schwangerschaft, das (humane) Choriongonadotropin (HCG) produziert.“ (Cheers, 2007, S. 149)*

HCG wird während der Schwangerschaft als erstes Hormon gebildet. Es wird am sechsten Gestationstag erstmals abgesondert, sorgt für die Erhaltung des Gelbkörpers (des Ei-Follikels, der das Ei abstößt) und gewährleistet, dass dieser solange Progesteron und Östrogen bildet, bis die Plazenta selbst ausreichende Mengen beider Hormone produzieren kann, was normalerweise im dritten Monat der Schwangerschaft der Fall ist, anschließend sinkt die Konzentration des HCG ab. In den beiden letzten Schwangerschaftsdritteln sondert die Plazenta zunehmend Progesteron ab, welches für die Fortsetzung der Schwangerschaft benötigt wird. (Vgl. Cheers, 2007, S. 552)

Ist eine Frau schwanger, sondert die Plazenta HCG ab, welches die Progesteronproduktion des Gelbkörpers bis zum Ende des ersten Trimenons aufrechterhält. Danach erfolgt die Sekretion von der Plazenta aus. (Vgl. Cheers, 2007, S. 403)

Neben den anderen Aufgaben der Plazenta, deckt diese den Großteil des Hormonbedarfs während der Schwangerschaft ab. Besonders am Beginn der Schwangerschaft sind dazu auch die Hormone des mütterlichen Ovars nötig.

Die Plazenta produziert die Hormone Humanes Choriongonadotropin (HCG), Corticoliberin (CRH), Östrogene, Progesteron, Humanes Plazentalaktogen (HPL), Proopiomelanocortin (POMC) u.a. HCG beherrscht dabei das 1. Trimenon<sup>3</sup>, während bei der Mutter HPL und die CRH-gesteuerten Östrogene erst im 3. Trimenon stark ansteigen (siehe dazu Abb. 13).

Die Hormone, welche von der Plazenta gebildet werden, gelangen sowohl in den mütterlichen als auch in den fetalen Organismus. Diese enge Verknüpfung der Hormonbildung in Mutter, Fetus und Plazenta wird als fetoplazentare Einheit bezeichnet.

---

<sup>3</sup>„Unter dem Begriff Trimester (lat.: *tri* = drei + *mensis* = Monat bzw. „trimestris“ = dreimonatig) versteht man, die Einteilung einer Schwangerschaft in 3 Abschnitte zu je 3 Monaten.“  
(<http://de.wikipedia.org/wiki/Trimester>, Datum des Zugriffs: 19.07.2010, 9:00 Uhr)

Die Abbildung 14 zeigt die Hormonproduktion von Plazenta, Mutter und Fetus – als fetoplazenterale Einheit. (Vgl. Silbernagl & Despopoulos, 2007, S. 306)

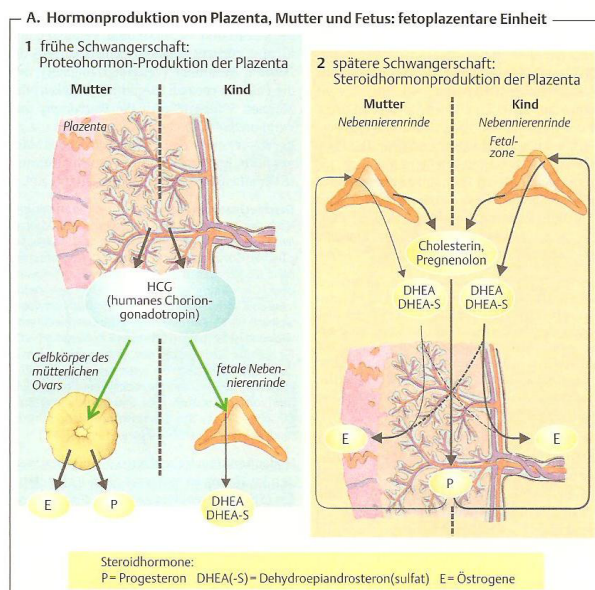


Abb. 14: Hormonproduktion von Plazenta, Mutter und Fetus: fetoplazenterale Einheit

„HCG hat die Aufgabe,

(a) in der fetalen Nebennierenrinde die Produktion von DHEA<sup>4</sup>, DHEA-S<sup>5</sup> und anderen Steroiden zu stimulieren,

(b) im mütterlichen Ovar die Follikelbildung zu unterdrücken und

(c) im Gelbkörper die Progesteron und Östrogen-Produktion aufrechtzuerhalten.“

(Silbernagl & Despopoulos, 2007, S. 306)

Häufig basieren Schwangerschaftstests auf dem Nachweis von HCG im Urin (ab dem ca. 6. bis 8. Tag nach der Befruchtung). Aufgrund des Anstiegs der Östrogen- und Progesteron-Sekretion während der Schwangerschaft, werden diese Hormone und ihre Abbauprodukte, Östriol bzw. Pregnandiol, im Harn von Schwangeren vermehrt ausgeschieden. Siehe dazu Tabelle 1, welche die Plasmakonzentrationen von Östradiol und Progesteron veranschaulicht. (Vgl. Silbernagl & Despopoulos, 2007, S. 306)

<sup>4</sup> Dehydroepiandrosteron

<sup>5</sup> Dehydroepiandrosteron-Sulfat

## 6.2 Östrogene und Progesteron

Östrogen und Progesteron sind die beiden Haupthormone der Eierstöcke. Diese Hormone spielen in der Steuerung von Eisprung, Schwangerschaft und Ausprägung der sekundären weiblichen Geschlechtsmerkmale eine einzigartige Rolle. (Vgl. Cheers, 2007, S. 402)

Östrogen und Progesteron entspannen während der Schwangerschaft die glatte Muskulatur von Uterus, Blase, Verdauungstrakt und Blutgefäßen. Sie helfen so dem Körper der schwangeren Frau sich den erhöhten Anforderungen, die eine Schwangerschaft mit sich bringt, anzupassen. Teilweise sind die beiden für die in der Schwangerschaft häufig auftretenden Wassereinlagerungen verantwortlich.

Die Konzentration von Östrogen und Progesteron sinkt nach der Geburt innerhalb von Minuten ab und ist bereits am zweiten Tag ganz niedrig. Dies unterstützt das Körpergewebe um rasch in den Zustand vor der Schwangerschaft zurückzukehren und kann daher auch für Stimmungsschwankungen nach der Geburt verantwortlich sein (Vgl. Balaskas & Gordon, 1997, S. 38f)

### 6.2.1 Östrogene

Östrogene sind Steroidhormone, welche vorwiegend in den Eierstöcken, aber auch in den Nebennieren gebildet werden. Die Fettsubstanzen werden vom Cholesterin, welches dem Blut entnommen wird, abgeleitet. Die Umwandlung von Cholesterin in Östrogen erfolgt in mehreren enzymgesteuerten Schritten. Zu den Zwischensubstanzen hierbei zählen Progesteron und Testosteron.

Östradiol und das verwandte Östron sind die im Eierstock produzierten Östrogene. Beide werden an den Kreislauf abgegeben und in der Leber zu Östriol gespalten, welches im Urin enthalten ist. Die Wirkung auf Zielorgane, wie zum Beispiel den Uterus, wird über Hormonrezeptoren vermittelt.

Während der Schwangerschaft werden große Mengen an Östrogen ausgeschüttet. Beteiligt sind hierbei die Plazenta sowie die Nebennieren von Fetus und Mutter. Der Östrogenspiegel fällt wenige Tage nach der Entbindung wieder auf einen sehr niedrigen Wert ab. (Vgl. Cheers, 2007, S. 402)

Die Östrogene der Frau sind für das Brustwachstum zuständig, beeinflussen aber ansonsten vor allem den weiblichen Fortpflanzungszyklus und die Psyche. (Vgl. Cheers, 2007, S. 36)

### 6.2.2 Progesteron

Progesteron zählt zu den wichtigsten Hormonen während der Schwangerschaft (Gestation). Es ist ein Steroid- und Sexualhormon, welches in der zweiten Zyklushälfte vom Gelbkörper in den Eierstöcken produziert wird. (Vgl. Cheers, 2007, S. 403) Zur Hauptaufgabe von Progesteron zählt die Vorbereitung des Genitaltraktes der Frau für die Aufnahme und Reifung des befruchteten Eies und die Aufrechterhaltung der Schwangerschaft (siehe dazu Tab. 1). (Vgl. Silbernagl & Despopoulos, 2007, S. 305) Das Endometrium wird durch Progesteron zur Sekretion einer Flüssigkeit angeregt, welche das befruchtete Ei im Uterus schützt und ernährt, bevor es sich einnistet. Des weiteren bewirkt Progesteron das Wachstum der Plazenta. In der Schwangerschaft sondert die Plazenta HCG ab, das die Progesteronproduktion des Gelbkörpers bis zum Ende des ersten Trimenons aufrechterhält. Anschließend erfolgt von der Plazenta aus die Sekretion von Progesteron. Der Progesterongehalt sinkt schon einige Stunden nach der Geburt stark ab (siehe Tab. 1). (Vgl. Cheers, 2007, S. 403)

Plasmakonzentrationen von Östradiol und Progesteron (ng/ml):		
Phase	Östradiol	Progesteron
<b>Frau</b>		
frühe Follikelphase	0,06	0,3
mittlere u. späte Follikelphase	0,1 ⇒ 0,4	1,0
Ovulation	0,4	2,0
mittlere Lutealphase	0,2	8 – 16
Schwangerschaft	7 – 14	40 ⇒ 130
1 d nach Entbindung		20
<b>Mann</b>		
	0,05	0,3

Tab. 1: Plasmakonzentration von Östradiol und Progesteron

### 6.3 Humanes Plazentalaktogen (HPL)

HPL wird ebenfalls von der Plazenta produziert. Während der Schwangerschaft steigt die Konzentration von HPL kontinuierlich an und erhöht das Wachstum und die Milchproduktion der Brustdrüse. Die Erhöhung des mütterlichen Glucosespiegels ist ebenso eine wichtige Funktion von HPL. (Vgl. Silbernagl & Despopoulos, 2007, S. 306)

## 6.4 Corticoliberin (CRH)

CRH wird in der Plazenta gebildet und spielt bei der hormonalen Regelung der Geburt eine sehr wichtige Rolle. Im mütterlichen Blut steigt ab der 12. SSW die Konzentration exponentiell an, und zwar vor einer Frühgeburt schneller und vor einer termingerechten Geburt langsamer. Daraus folgt, dass das Tempo der plazentaren CRH-Produktions-Steigerung die Dauer der Schwangerschaft bestimmt. (Vgl. Silbernagl & Despopoulos, 2007, S. 306)

[.] CRH stimuliert

- (a) die ACTH-Sekretion in der fetalen Hypophyse, so dass in der fetalen NNR vermehrt Cortisol gebildet wird, das die CRH-Ausschüttung fördert (positive Rückkoppelung) und außerdem die Lungenreifung vorantreibt, und
- (b) in der fetalen NNR die Produktion von DHEA und DHEA-S, aus denen die Plazenta vorwiegend Östrogen synthetisiert.

(Silbernagl & Despopoulos, 2007, S. 306)

## 6.5 Oxytocin

Oxytocin wird vom Hypothalamus produziert und beeinflusst die Gebärmuttermuskulatur sowie die kleinen Muskeln in den Milchgängen. Direkt an der Brust ist die Ausschüttung von Oxytocin die Folge der Stimulation der Brustwarze beim Saugen. Beim Stillen regt das Hormon den Milchfluss an, während die Milchproduktion in den Milchdrüsen von dem Hypophysenhormon Prolaktin gesteuert wird.

Am Uterus führt Oxytocin zu Kontraktionen der Muskulatur, weshalb es zur Verstärkung schwacher Wehen, zur Einleitung der Geburt und zur Verringerung der Blutungen nach der Geburt eingesetzt werden kann. Die Empfindlichkeit vom Uterus auf Oxytocin ist von Östrogenen und Progesteron abhängig. Zu Beginn der Schwangerschaft ist diese sehr niedrig und erhöht sich zum Geburtstermin stark. (Vgl. Cheers, 2007, S. 557)

## 6.6 Prolaktin

Durch Prolaktin, welches in der Hirnanhangsdrüse gebildet wird, produzieren die Milchdrüsen Milch, welche in ein System von Milchkanälchen, von den Milchdrüsen zur Brustwarze transportiert wird. Im letzten Trimenon wird das Kolostrum, die sogenannte Vormilch, produziert. Die Vormilch enthält Milchfett und Immunglobuline, ist jedoch arm an Nährstoffen und wird noch in den ersten Tagen nach der Geburt abgesondert. Anschließend wird die Vormilch durch den Einfluss von Prolaktin von der normalen Muttermilch ersetzt. (Vgl. Cheers, 2007, S. 285)

Prolaktin fördert zusammen mit Östrogen, Progesteron, Glucocorticoiden und Insulin das Brustwachstum während der Schwangerschaft und anschließend die Milchbildung (Laktogenese). Das Saugen an der mütterlichen Brustwarze während des Stillens sorgt für eine besonders starke Sekretion von Prolaktin. Beim Abstillen senkt sich der Prolaktin-Spiegel und lässt die Milchproduktion rasch versiegen. (Vgl. Silbernagl & Despopoulos, 2007, S. 305) Während der Schwangerschaft steigt der Prolaktin-Spiegel allmählich an und erreicht seinen Höhepunkt nach der Geburt während der Zeit des Stillens. (Vgl. Balaskas & Gordon, 1997, S. 38)

## 6.7 Calcitonin

Calcitonin ist ein Peptidhormon und wird von der Schilddrüse gebildet. Calcitonin spielt bei der hormonalen Regelung des Calcium- und Phosphathaushaltes, neben Parathyrin und Calcitriol, nur eine eingeschränkte Rolle. In der Schwangerschaft und beim Stillen besteht ein erhöhter Bedarf an  $\text{Ca}^{2+}$ , welches über die Plazenta bzw. über die Muttermilch vom Neugeborenen aufgenommen und in sein Skelett eingebaut wird. (Vgl. Silbernagl & Despopoulos, 2007, S. 292ff)

## 6.8 Relaxin

Das Hormon Relaxin wird ebenfalls von der Plazenta gebildet und macht die Bindegewebe und Bänder im Körper weicher und elastischer. Die Gelenke im Rückgrat und das Becken werden auf die Vorbereitung der Geburt flexibler und die Bänder, welche den Uterus stützen, können sich während der Wehen besser dehnen. (Vgl. Balaskas & Gordon, 1997, S. 38)

## 6.9 Adrenalin, Noradrenalin und Endorphine

Die zwei Nebennierenhormone Adrenalin und Noradrenalin, sowie die Endorphine, Hormone, welche im Gehirn gebildet werden, sind Teil des komplexen autonomen Nervensystems. Das autonome Nervensystem erhält die unwillkürlichen Abläufe im Körper aufrecht. Die Hormone Adrenalin, Noradrenalin und Endorphine steuern den Herzschlag, den Atemrhythmus, die Vorgänge im Verdauungstrakt und die Aktivität des Uterus, des weiteren haben sie einen großen Einfluss auf Stimmung und Psyche. Viele Frauen spüren während der Schwangerschaft eine Stimmungsänderung, was größtenteils mit Schwankungen der Hormone und Endorphinen zusammenhängt. Die Endorphine haben eine starke Wirkung auf die Wahrnehmung von Schmerz und Wohlfühl. Sie können als körpereigenes Schmerz- und Beruhigungsmittel angesehen werden. In der Schwangerschaft steigt der Endorphinspiegel kontinuierlich an und erreicht während der Wehen seinen Höhepunkt. Ein erhöhter Adrenalin Spiegel regt die Energie und den Austreibungsreflex am Ende der Wehen an. (Vgl. Balaskas & Gordon, 1997, S. 39)

## 7. Die postnatalen<sup>6</sup> Störungen

Mutter und Vater werden und dann Eltern sein ist ein schönes, glückliches und überwältigendes Erlebnis. Jedoch bringt dieses eine große Umstellung für das weitere Leben und in diesem Zusammenhang oft auch negative Gefühle mit sich. Eine Schwangerschaft bedeutet für eine Frau eine große körperliche und emotionale Umstellung, in welcher der Partner und das soziale Umfeld unterstützend zur Seite stehen sollten. Es ist ein Karussell zwischen Verunsicherung, Ängsten, Vorfremde und Glück. Hierbei denkt man wieder an seine eigene Kindheit und erfährt durch Gespräche mit der eigenen Mutter wie es ihr damals dabei ergangen ist. Solche Gespräche helfen, diese Umstellung positiv zu bewältigen.

Jedoch bergen die Anforderungen der Schwangerschaft und das anschließende Mutter sein das Risiko, depressiv zu werden. Die Mütter fühlen sich oft antriebslos, mutlos, freudlos und verzweifelt. Oft ist es für eine Frau auch schwierig, mit Komplika-

---

<sup>6</sup> Die Begriffe „postnatal“ und „postpartal“ beschreiben Ereignisse oder Zustände nach der Geburt. (Vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Postnatal>, Datum des Zugriffs: 19.07.2010, 11:00 Uhr)

nen schon während der Schwangerschaft oder bei der Geburt umzugehen. Dem Partner, dem Vater, kommt eine bedeutende Rolle zu. Es ist wichtig, sich auf die Rolle als Mutter und Vater gut vorzubereiten.

Somit möchte ich jetzt die breite Palette der postnatalen Störungen aufzeigen, die Alarmsignale nach der Geburt, die Risikofaktoren und die Symptome. Eine Zusammenfassung über das Spektrum der postnatalen Störungen zeigt die Tabelle 2.

## **7.1 Die normale Umstellung nach der Geburt und der Baby-Blues**

Als Teil der ganz normalen Umstellung nach der Geburt durchlaufen frischgebackene Mütter biologische, soziale und psychologische Veränderungen, welche sie in ihrem alltäglichen Leben nicht beeinträchtigen. Jedoch sind rund 80 % der Frauen nach der Entbindung vom Baby-Blues betroffen. Der Baby-Blues ist eine leichte Verstimmung, die 24 bis 48 Stunden nach der Geburt beginnt und durch die hormonellen Veränderungen nach der Entbindung verursacht wird. Die Mütter weinen sehr schnell, weshalb die Tage auch als „Heultage“ bezeichnet werden. Die Frauen reagieren auf Dinge, welche sie normalerweise nicht stören schnell gereizt, sind ausgesprochen müde und erschöpft, leiden massiv unter Schlafstörungen, reagieren emotionaler als gewöhnlich und fühlen sich leicht beunruhigt und besorgt. Normalerweise dauert der Baby-Blues nicht länger als zwei Wochen an und die mit dem Baby-Blues verbundenen Gefühle verschwinden wieder von ganz allein. Die normale postnatale Umstellung hat dieselben Symptome, kann jedoch bis zu acht Wochen nach der Geburt andauern. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 29f)

Zur normalen Umstellung kommen als Symptome noch Angstzustände, Stimmungsschwankungen und Zornausbrüche hinzu, wobei die negativen Gefühle mal schwächer und mal stärker auftreten. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 24)

## **7.2 Schwere postnatale Veränderungen von Stimmung und Antrieb**

Die Veränderungen von Stimmung und Antrieb werden auch als affektive Störung bezeichnet. Hauptvertreter dieser Störung sind postnatale Depressionen und postnatale Manie. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S.35)

Bei der postnatalen Depression ist die Mutter niedergeschlagen, weint sehr häufig, fühlt sich erschöpft und wütend. Des Weiteren leidet die frischgebackene Mutter unter Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, Schlafstörungen und Selbstzweifeln. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S.24) Da ich meinen Schwerpunkt der postnatalen Störungen auf die postnatale Depression gelegt habe, möchte ich sie hier erwähnen und im nächsten Abschnitt genauer den Begriff und die Symptome erläutern.

Bei der postnatalen Manie verfügt die Frau über enorme Energien, weshalb sie wenig Schlaf benötigt. Die postnatale Manie tritt, so wie der Baby-Blues, in den ersten Tagen nach der Entbindung auf. Die betroffenen Mütter beschreiben sich selbst als sehr „aufgedreht“, wobei sie sich kaum ausruhen oder zurückschalten können. Typisch für die Manie sind leichte Ablenkbarkeit, plötzliche Stimmungsumschwünge, von Erregung über Gereiztheit bis hin zu Niedergeschlagenheit. Im Gegensatz zur gewöhnlichen Manie steht hier die leichte Erregbarkeit und Gereiztheit im Vordergrund. Spitzt sich die Situation der postnatalen Manie auf Dauer zu, sollte umgehend ein Arzt aufgesucht werden. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 39)

### **7.3 Postnatale Angststörungen**

Als postnatale Angststörungen werden schwere und immer wiederkehrende Angst- und/oder Panikgefühle bezeichnet. Diese Symptome treten meist in den ersten zwei bis drei Wochen nach der Geburt auf und erreichen erst einige Wochen später ein auffälliges Ausmaß. Die Angstzustände können vage und unspezifisch sein, sich auf das Leben oder die Welt im Allgemeinen beziehen oder aber auch in ganz bestimmten Situationen oder zu bestimmten Anlässen auftreten. Werden die Symptome nicht rechtzeitig erkannt und behandelt, kann sich daraus eine Depression entwickeln. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 42)

Postnatale Angststörungen umfassen drei Krankheitsbilder:

#### 1) Postnatale Panikstörungen

Hierbei leiden die Frauen unter Panikattacken und Angstzuständen, die aus heiterem Himmel hereinbrechen. Die Panikattacke ist ein Anfall extremer Angst, bei dem die

Frau körperliche Symptome wie Kurzatmigkeit, Gefühle der Beklemmung oder des Schmerzens im Brustbereich, Schwindel, Kribbeln in Händen und Füßen, Zittern oder Schütteln, Schweißausbrüche, Ohnmacht sowie heißes und kaltes Schaudern verspürt. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 43)

## 2) Postnatale Zwangsstörungen

Als Symptome werden hierbei ständig zwanghaft wiederkehrende Angstgedanken, Angstvorstellungen oder Angstbilder genannt. Diese Störungen treten in den ersten Wochen nach der Geburt auf und sehr häufig drehen sich diese plötzlichen und beängstigenden Gedanken darum, dass dem Baby etwas passiert, oder dem Baby irgendetwas anzutun. Auf diese Weise wird versucht, das Kind inmitten unserer gefährlichen Welt besser zu beschützen. Die betroffenen Frauen sind sich zu jedem Zeitpunkt darüber im Klaren, dass diese Gedanken falsch sind und sie diese keinesfalls in die Tat umsetzen dürfen. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 46f)

## 3) Posttraumatische Belastungsstörungen

Diese Belastungsstörung bezeichnet eine Stressreaktion, welche nach einem schädigenden Einfluss auf Körper und Seele auftritt. Im Gegensatz zu den zuvor genannten Angststörungen existiert hier ein konkreter Anlass, der die Panikreaktion auslöst. Diese Panik steht mit einem bestimmten Trauma in Verbindung. Mit einem vor kurzem erlebten Trauma, wie etwa während der Schwangerschaft oder der Geburt, oder aber einem, das in der Vergangenheit liegt. Es kommt aber selten vor, dass Frauen mit posttraumatischen Belastungsstörungen die sogenannten Flashbacks erleben, bei denen sie den Bezug zur Realität verlieren und sie das Gefühl haben, wieder in die alte, traumatische Situation zurückgekehrt zu sein. Bei dieser Form der psychischen Veränderung sollte die betroffene Person umgehend einen Arzt aufsuchen. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 49f)

## **7.4 Wochenbettpsychose**

Die Wochenbett- oder Postpartumpsychose ist die schwerste unter den postnatalen psychischen Störungen. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 52)

*„Eine Psychose ist eine seelische Erkrankung, bei der der Bezug zur Wirklichkeit gestört ist.“* (Dunnewold & Sanford, 1996, S. 52)

Wenn diese nach einer Geburt auftritt, spricht man von Wochenbett- bzw. Postpartumpsychose. Hierbei treten wie bei der Manie, extreme Ablenkbarkeit und rasend schnelle Gedanken, häufig auch erhebliche Verwirrung, ein gestörtes Urteilsvermögen und Halluzinationen auf. Die Form der postnatalen psychischen Störung ist die seltenste, beginnt bald nach der Geburt und kann zwischen wenigen Tagen und mehreren Wochen andauern. Sie kann durch körperlichen Stress, wie beispielsweise durch das Abstillen, oder extremen Schlafmangel erst später ausbrechen. Wird die Psychose nicht behandelt, kann sie sich durch starke Verwirrung der Mutter und Gedanken, welche nichts mit der Realität zu tun haben, ankündigen und sich bis hin zu schweren Halluzinationen, hochgradiger Verwirrung, Desorientierung und Wahnvorstellungen bezüglich des Babys entwickeln. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 52f)

Die Wochenbettpsychose unterscheidet sich hinsichtlich der postnatalen Zwangsstörung darin, dass

- die Betroffene bei der Wochenbettpsychose nicht weiß, dass die Gedanken falsch sind und nicht in die Tat umgesetzt werden dürfen und
- die Betroffene bei postnatalen Zwangsstörungen reine Abscheu bei dem Gedanken empfindet, ihr Kind zu verletzen. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 47)

## **7.5 Alarmsignale nach der Geburt**

Durch die Geburt eines Kindes machen alle Mütter gewisse Veränderungen angesichts ihrer Stimmungslage und ihres Verhaltens durch. Vor allem der Prozess der hormonalen Umstellung nach der Geburt erleichtert nicht gerade, das emotionale Gleichgewicht zu erlangen. Die Alarmsignale beinhalten die wichtigsten Symptome. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 57)

Als Alarmsignale in der Zeit nach der Geburt werden von Dunnewold und Sanford (1996) genannt:

- Stärker werdende Schlafstörungen, besonders wenn man nachts nach dem Stillen nicht mehr einschlafen kann
- Probleme mit dem Essen: wenn man extrem zuviel oder zuwenig isst
- Stärkere Neigung zu Depressionen oder Gereiztheit, im besonderen
  - o Selbstzweifel
  - o wachsendes Unbehagen in der Mutterrolle
  - o Angst um das Kind und häufige Gedanken an den Tod des Kindes
  - o Todessehnsucht bis hin zu Selbstmordgedanken
- Abschottung von anderen Menschen, sich zurückziehen, soziale Isolation
- Probleme im Umgang mit dem Kind
- Panikattacken
- Unfähigkeit, vernünftig zu denken, Halluzinationen, Wahnvorstellungen
- Manien: wenn man sich gehetzt fühlt, nur sehr wenig Schlaf braucht, sich leicht ablenken lässt, reizbar und leicht erregbar ist

(Dunnewold & Sanford, 1996, S. 58)

Die Tabelle 2 fasst die Symptome des Baby-Blues, der normalen Umstellung, der Postnatalen Störungen und der Wochenbettpsychose zusammen.

Baby-Blues	Normale Umstellung	Postnatale Störungen	Wochenbettpsychose
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weinen</li> <li>▪ Reizbarkeit</li> <li>▪ Wut</li> <li>▪ Schlaflosigkeit</li> <li>▪ Erschöpfung</li> <li>▪ Anspannung</li> <li>▪ Angst</li> <li>▪ Ruhelosigkeit</li> <li>▪ Emotionalität</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Häufiges Weinen</li> <li>▪ Reizbarkeit</li> <li>▪ Wut</li> <li>▪ Schlafstörungen</li> <li>▪ Müdigkeit</li> <li>▪ Emotionale Verstimmungen</li> <li>▪ Veränderungen des Appetits</li> <li>▪ Mangelndes Interesse an gewohnten Aktivitäten</li> <li>▪ Angstzustände</li> <li>▪ Emotionale Instabilität (Stimmungsumschwünge)</li> <li>▪ Zweifel (bezüglich der eigenen Attraktivität, der Fähigkeit, eine gute Mutter zu sein etc.)</li> </ul> <p>Postnatale Erschöpfungszustände:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leugnen der Depressionen oder Angstzustände</li> <li>▪ Gefühl der Überforderung</li> <li>▪ Unfähigkeit einzuschlafen oder sich auszuruhen</li> <li>▪ Körperliche Symptome (Kopfschmerzen, Magenschmerzen etc.)</li> </ul>	<p>Depression:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Auftreten der Symptome der normalen Umstellung, nur stärker</li> </ul> <p>Manie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gefühl von Aufgedretheit</li> <li>▪ Geringeres Schlafbedürfnis</li> <li>▪ Leichte Ablenkbarkeit, Fahrigkeit, Reizbarkeit, leichte Erregbarkeit, überstürztes Denken und Sprechen</li> </ul> <p>Panikstörungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Panikattacken</li> <li>▪ Schwere Angstzustände</li> <li>▪ Körperliche Symptome (Atembeschwerden, Schwindel, Schüttelfrost)</li> </ul> <p>Posttraumatische Belastungsstörungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Panikattacken, die mit einem bestimmten Trauma in der Vergangenheit in Verbindung stehen</li> </ul> <p>Zwanghafte Reaktionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sich ständig wiederholende negative Gedanken</li> </ul>	<p>Bereits genannte Symptome, außerdem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Starke Verwirrung</li> <li>▪ Halluzinationen</li> <li>▪ Wahnvorstellungen</li> </ul>

Tab. 2: Das Spektrum der postnatalen Störungen

## 7.6 Risikofaktoren und Gefährdung

Die Probleme, die mit der Umstellung nach der Geburt auftreten, haben nichts mit der Mutter als Person zu tun. Es ist normal, dass die körperliche und emotionale Belastung der Geburt und die sozialen Beziehungen den Körper der Frau durcheinander bringen. Die Faktoren, welche zu den postnatalen Umstellungsproblemen führen sind heutzutage bekannt und es wird zwischen körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren unterschieden. Ich möchte nun an dieser Stelle gleich die Risikofaktoren genauer erläutern, da diese ebenso auf die postpartale Depression zutreffen. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 60)

## 7.6.1 Die Körperlichen Faktoren

Die körperlichen Faktoren umfassen:

- ✦ Normale Umstellung des Körpers während der Schwangerschaft und nach der Geburt

Der weibliche Körper macht während der Schwangerschaft eine Reihe von Veränderungen durch, denn er muss einen kleinen Menschen versorgen:

Die Produktion der Hormone Östrogen und Progesteron steigt stark an. Der Uterus verändert sehr stark seine Größe. Von der ursprünglichen Größe einer Birne auf die Größe eines Fußballes. Ebenso erweitert sich der Brustraum, so dass die Lungen noch ausreichend Platz finden um die Mutter selbst und das heranwachsende Kind mit Sauerstoff zu versorgen. Die Brüste bereiten sich auf die Milchbildung vor. Es kommt zu einer Verdoppelung der Blutmenge, welche im Körper der Mutter zirkuliert, und Herz, Leber und Nieren müssen sowohl die Mutter als auch das Kind versorgen. Der Körper durchlebt während der Schwangerschaft diese Veränderungen, jedoch macht er nach der Geburt wieder einen Sprung zum Normalzustand. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 69f)

- ✦ Hormonelle Veränderungen durch Schwangerschaft und Geburt

Die Plazenta produziert im 2. Trimenon etwa 30- bis 50mal mehr Östrogen und Progesteron als normal. Der Prolaktinspiegel steigt in Vorbereitung auf das Stillen ebenso stark an. Des weiteren erhöht sich die Produktion von anderen Hormonen ebenso, wie zB Adrenalin oder HCG. Nach der Geburt verlässt nicht nur der Säugling sondern auch die Plazenta den Körper der Frau, wodurch es zu einem abrupten Abfall von Östrogen und Progesteron kommt. Der Progesteronspiegel sinkt nach der Geburt innerhalb von einer Woche auf Null (siehe dazu auch Tab. 1.). Auch die Hormone, die während der Schwangerschaft präsent sind, verschwinden und somit durchläuft der Körper innerhalb kürzester Zeit nach der Geburt einen Strudel hormoneller Umstellungen. Bis der Körper sein Gleichgewicht wiederfindet, dauert es eine Weile. Aufgrund dieser hormonellen Umstellungen sind rund 80 % aller Frauen nach der Geburt von den Heultagen, dem sogenannten Baby-Blues betroffen. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 70f)

- × Erbliche Vorbelastung

Inwieweit die erbliche Vorbelastung im Zusammenhang mit dem Auftreten von postnatalen psychischen Störungen liegt, sind Fachleute geteilter Meinung. Manche Spezialisten sehen nur einen geringen Zusammenhang zwischen dem Erbfaktor und postnatalen Reaktionen. Andere wiederum sind davon überzeugt, dass sowohl die biologische als auch die psychische Vorbelastung im engen Zusammenhang mit den psychischen Störungen steht. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 72)

- × Frühere postnatale psychische Veränderungen

Hierbei sind sich die Spezialisten einig, dass eine Frau, die bei einer früheren Geburt bereits unter postnatalen Störungen gelitten hat, bei einer weiteren Geburt wieder der erhöhten Gefahr ausgesetzt ist. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S.73)

- × Komplikationen während der Schwangerschaft oder Geburt

Der Verlauf der Schwangerschaft und die Umstände der Geburt beeinflussen die Frau auch später noch, wodurch Probleme auftreten und zu psychischen Störungen führen können. Weichen die Vorstellungen und Erwartungen hinsichtlich der Schwangerschaft und Geburt von der Realität ab, erhöht sich die Gefahr postnataler Störungen. (Vgl. Dunnewold & Sanfrod, 1996, S. 74)

- × Stillen und Abstillen

Das Stillen ist für den Körper ein anstrengender Prozess, womit viele Frauen das Gefühl haben, das Stillen beeinträchtigt den Alltag. Des Weiteren geht auch vieles mit der hormonellen Umstellung einher. Nach dem Abstillen dauert es eine Weile, bis der Prolaktinspiegel fällt und der Körper seine normale Produktion von Östrogen und Progesteron wieder aufnimmt. Mit dem fallenden Prolaktinspiegel durch das Abstillen kommt es zusätzlich zu einer Senkung des Endorphinspiegels. Dieser jedoch spielt bezüglich des Schmerzempfindens und des Wohlfühlens eine große Rolle. Durch das Stillen empfindet die Mutter eine ganz enge Nähe zum Kind, wobei das anschließende Abstillen ein Ende dieser Nähe bedeutet. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 75f)

- ✘ Prämenstruelles Syndrom (PMS) und andere Menstruationsbeschwerden

Viele der Symptome bei psychischen Störungen und auch beim PMS sind hormonell bedingt, da Veränderungen der Stimmung oder des Verhaltens aus Schwankungen des Progesteron-, des Östrogen- oder eines anderen Sexualhormonspiegels resultieren können. Wenn man nun den starken Abfall der Hormonspiegels nach der Geburt bedenkt, können sich bei Frauen, welche bereits unter PMS leiden, derartige hormonelle Veränderungen nach der Geburt sehr schnell zu psychischen Störungen entwickeln. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 76)

- ✘ Schilddrüsenfunktionsstörungen

Nach der Geburt sinkt die Menge von Hormonen, welche von der Schilddrüse gebildet werden auf ein niedrigeres Niveau ab als vor der Schwangerschaft. Dadurch fühlen sich Frauen schnell erschöpft, antriebslos und träge. Weiters kann es auch zu plötzlichen Stimmungsumschwüngen, innerer Unruhe, Ermüdung, Schlafstörungen und dem Gefühl von Anspannung kommen. Nervosität und Aufgedretheit folgen wenn der Körper zuviel dieser Hormone produziert. Aufgrund der engen Verbindung der unterschiedlichen hormonellen Systeme, welche sich gegenseitig beeinflussen, gibt es nach dem Ereignis der Geburt zahlreiche störanfällige Stellen. Aus diesem Grund besteht auch die Möglichkeit, dass Frauen mit psychischen Veränderungen nach der Geburt, mit PMS oder allgemein unter verschiedenen hormonellen Ungleichgewichten, wie zB einem Mangel an Östrogen und Progesteron, einem Überschuss an Prolaktin oder eben auch Schilddrüsenfunktionsstörungen, leiden. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 77)

## **7.6.2 Die psychischen Faktoren**

Zu den psychischen Faktoren zählen:

- ✘ Normale psychische Veränderungen durch die Geburt

Durch eine Schwangerschaft und eine Geburt durchläuft der Körper psychische Veränderungen. Es verändert sich nachhaltig die Sichtweise der Welt und die auf sich selbst. Die neue Rolle als Mutter und das Muttersein stellen die größte psychische Herausforderung dar. War man vor der Geburt berufstätig, ist man nun nicht mehr beispielsweise mit den Abrechnungen beschäftigt, sondern mit Windeln wechseln

und Fläschchen wärmen. Dies ist nicht gerade sehr fördernd für das Selbstbewusstsein der Mutter, denn jetzt steht die Befriedigung der körperlichen Bedürfnisse des Neugeborenen im Vordergrund. Es ist ein Prozess, sich an die neue Rolle als Mutter zu gewöhnen und die eigenen Bedürfnisse an die des Babys anzupassen. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 78ff)

✘ Erwartungshaltung hinsichtlich der Mutterrolle

Oft setzen die frischgebackenen Mütter ihre Erwartungen an das Muttersein zu hoch an und sind letztendlich enttäuscht und wütend, wenn sie diese nicht erfüllen können. Diese Erwartungen beruhen in der Regel auf den Erfahrungen der eigenen Mutter und ebenso auf der kulturellen Erwartungshaltung der Gesellschaft, in der man lebt. Es ist ratsam sich einzugestehen, dass man Fehler machen darf und sich langsam an das Muttersein vorwärtstastet. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 80)

✘ Lebensstil

Es ist wichtig zu berücksichtigen, dass es keine perfekte Mutter gibt. Besonders wenn man das erste Kind bekommen hat, sind die Ansprüche und Erwartungen sehr hoch. Oftmals werden Wünsche und Vorstellungen von dem Mutterbild, welches von Zeitschriften und im Fernsehen präsentiert wird, abgeleitet. Jedoch muss jede Mutter ihre eigenen Erfahrungen in ihrer neuen Rolle als Mutter machen. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 81f)

Es werden weiters von Dunnewold und Sanford (1996) drei Persönlichkeitsmerkmale von Frauen beschrieben, welche für ein höheres Risiko für psychische Störungen verantwortlich sind. Diese lauten:

- *das Bedürfnis, alles unter Kontrolle haben zu müssen*
- *Perfektionismus, gepaart mit einer hohen Erwartungshaltung*
- *eine Neigung zu negativem Denken und überdurchschnittlicher Besorgnis.*

(Dunnewold & Sanford, 1996, S. 83)

✘ Frühere psychische Probleme

Sind schon vor der Schwangerschaft bzw. der Geburt Depressionen, Angstzustände oder gar eine Psychose aufgetreten, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit nach der Geburt wieder mit psychischen Problemen konfrontiert zu sein. Wenn dies bisher

nicht der Fall war, spielt es eine Rolle, wie man in der Vergangenheit mit größeren Veränderungen im Leben fertig geworden ist. Es ist nichts Ungewöhnliches, dass ein tiefgreifender Einschnitt, wie beispielsweise der Umzug in eine andere Stadt eine bedeutende psychische und emotionale Umstellung darstellt. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 85)

- ✘ Kindheitserfahrungen

Man wird in der eigenen Familie von den Eltern, welche eine soziale und emotionale Entwicklung durchlebten, als Kind geprägt. Das erlernte Verhaltens- und Beziehungsmuster kann man nicht so leicht ablegen. Daher muss man sich diese Prägung bewusst vor Augen führen, um dann aktiv daran arbeiten zu können. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 85ff)

- ✘ Nicht verarbeitete Verluste

Ganz gleich in welcher Hinsicht, aber die Geburt eines Babys stellt sowohl einen Verlust als auch einen Neuanfang dar. Besonders bei Frauen, welche schon einmal eine Fehlgeburt, eine Totgeburt oder einen Schwangerschaftsabbruch erlebt haben, erhöht sich das Risiko für eine postpartale Störung. Es kommt auch bei anderen Problemen oder Verlusten, welche durchlaufen und noch nicht abgeschlossen wurden, vor. Bei verschiedenen Wendepunkten im Leben werden diese unverarbeiteten Verluste immer wieder auftauchen, denn sie lassen sich nicht unterdrücken. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 88)

- ✘ Belastungen in der unmittelbaren Vergangenheit

Schon während der Schwangerschaft und in der Zeit nach der Geburt treten viele Belastungen für die Mutter auf. Des weiteren kann es sich ebenso um Belastungen hinsichtlich der Familie, des Arbeitsplatzes, einer Krankheit oder auch um finanzielle Probleme handeln. Es ist ratsam, größere Veränderungen der Lebensumstände vor der Geburt zu vermeiden, denn ein Umzug in eine größere Wohnung und dass noch ein Neugeborenes stellen eine doppelte Veränderung und neue Situation dar. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 88f)

- ✘ Umgang mit sich selbst und mit Herausforderungen

In der Situation der frischgebackenen Mutter ist es hilfreich, über die Ressourcen Flexibilität, Aufgeschlossenheit und einen positiven Umgang mit sich selbst zu verfügen. Man kommt besser mit der Umstellung der Geburt zurecht, wenn man die Veränderungen als Chance für eine persönliche Weiterentwicklung sieht und offen für neue Erfahrungen ist. Dies fällt umso leichter, je positiver die Gedanken sind, je aufgeschlossener man ist und je mehr Geduld man mit sich selbst hat. Ebenso ist es wichtig, dass die Frau auf ihr emotionales Gleichgewicht und ihre eigenen Bedürfnisse achtet. (Vgl. Dunnewold & Sanford, S. 89f)

### **7.6.3 Die sozialen Faktoren**

Die sozialen Faktoren, welche das Risiko psychischer Störungen im Wochenbett erhöhen, umfassen:

- ✘ Die normalen Veränderungen, die Beziehungen nach einer Geburt durchlaufen

Durch die Geburt eines Kindes verändern sich nicht nur die sozialen Beziehungen sondern auch die Partnerschaft. Oftmals wird schon im Vorhinein mit diesen Veränderungen gerechnet, jedoch sind diese in der Realität doch schwerwiegender als erwartet. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 90f)

- ✘ Die Qualität der Ehe oder Partnerschaft

Kommunikationsschwierigkeiten, Zeitmangel oder Probleme, welche die gegenseitige Zuneigung ausdrücken, können durch ein Baby ausgelöst oder verstärkt werden. Mit der Geburt eines Kindes wird die Partnerschaft auf eine besondere Probe gestellt. Stimmt in der Partnerschaft die Kommunikation und das Verständnis zwischen den Partnern, so stärkt das Baby die Bindung zwischen den Eltern. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 93)

- ✘ Die Stabilität des sozialen Netzes

Von einem sozialen Netz aus Beziehungen innerhalb der Familie und/oder des Freundeskreises gehen emotionale Unterstützung und praktische Hilfe aus. Mit Familienangehörigen und Freunden kann man Erfahrungen austauschen und einfach nur

einmal reden, wodurch es einem leichter fällt, mit der eigenen Situation zurechtzukommen und optimistischer in die Zukunft zu schauen. Durch die Unterstützung von Verwandten und Freunden geht die körperliche und emotionale Erholung nach der Geburt schneller voran. Fehlt jedoch die soziale Unterstützung, plagen die Mutter oftmals Gefühle der Überforderung, Angst und Hoffnungslosigkeit. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 94)

× Die Tatsache, alleinerziehende Mutter zu sein

Vor allem bei alleinerziehenden Müttern ist die Unterstützung durch das soziale Netz, wie im vorigen Punkt beschrieben, von großer Bedeutung. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 95)

× Die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung

Nicht nur die Beziehung zum Partner, zur Familie und zu den Freunden sondern auch die Qualität der Beziehung zum Neugeborenen beeinflusst die Umstellung nach der Geburt. Es handelt sich meist um Umstände, die man selbst nicht beeinflussen kann und für die die Mutter meist keine Verantwortung tragen muss. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 96)

Als Umstände, welche zu einer Belastung der Mutter-Kind-Beziehung führen können, werden von Dunnewold und Sanford (1996) genannt:

- ein nervöses oder sehr anstrengendes Baby
- ein Baby, das unter Koliken und Blähungen leidet
- ein Baby, das erkrankt oder verletzt ist oder das an einer angeborenen Fehlbildung oder Krankheit leidet
- eine Disharmonie zwischen den Temperamenten von Mutter und Kind

(Dunnewold & Sanford, 1996, S. 96)

× Das Verhältnis zu bereits vorhandenen Kindern

Dies wird vor allem davon beeinflusst, wie die älteren Kinder das Baby annehmen und sich deren Reaktion auf das Neugeborene auswirkt. Es ist verständlich, dass durch das Baby den anderen Kindern nicht mehr so viel Zeit und Aufmerksamkeit geschenkt werden kann, wie bisher, zumindest in der ersten Zeit nach der Geburt. Daher ist es ratsam, die älteren Geschwister auf die Geburt ihrer Schwester oder

ihres Bruders und die neue Situation vorzubereiten, um Vorbehalte und Unsicherheiten abzubauen. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 99f)

## **8. Die postpartale Depression**

Da schon im vorigen Abschnitt der postnatalen Störungen das breite Spektrum samt deren Risikofaktoren ausführlich erläutert wurde, möchte ich im folgenden Abschnitt den Begriff der postpartalen Depression klären, sowie auf deren Häufigkeit und Symptome eingehen. Anschließend möchte ich noch die Rolle der Väter ansprechen und die einen Einblick in die Möglichkeiten der Therapie geben.

### **8.1 Begriffsklärung und Häufigkeit**

*„Als ‚postpartale Depression‘ werden im allgemeinen alle schwereren, längerdauernden und behandlungsbedürftigen depressiven Erkrankungen bezeichnet, die im ersten Jahr nach der Entbindung auftreten oder entstehen.“ (Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler, 2006, S. 11)*

Heute geht man, im Gegensatz zu früheren Annahmen, davon aus, dass es sich bei diesen Störungen um keine spezifische Ätiologie handelt. Postnatale depressive Störungen stellen eine besondere diagnostische und therapeutische Anforderung dar. (Vgl. Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler, 2006, S. 11)

Die postpartale Depression zählt zu der häufigsten psychiatrischen Erkrankung nach der Geburt. Statistiken zeigen eine Inzidenz für postpartale Depressionen von 10 bis 15 % von schwangeren Frauen bzw. Müttern auf. (Vgl. <http://www.depression.at/scripts/index.php?content=1463&highlighted=98>, Datum des Zugriffs: 31.08.2010, 09:30 Uhr)

### **8.2 Symptomatik**

Die Symptome der postnatalen Depression unterscheiden sich nicht prinzipiell von denen einer anderen Depression. Die Inhalte des depressiven Grübelns beziehen

sich häufig auf die Mutterschaft und das Kind. Auch eine ausgeprägte emotionale Labilität fällt immer wieder auf. Des Weiteren klagen viele Frauen über ein Gefühl der Gefühllosigkeit gegenüber ihrem Neugeborenen. (Vgl. Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler, 2006, S. 11)

Zu den Symptomen der postpartalen Depression zählen:

- Depressive Verstimmung
- Antriebsmangel, Energielosigkeit
- Freudlosigkeit, Interessensverlust
- Müdigkeit
- Schlaf- und Appetitstörungen
- Konzentrationsstörungen
- Ängste, Sorgen
- Zwangsgedanken (zB dem Kind schaden)
- Schuldgefühle
- Gefühl der Gefühllosigkeit (DD bonding-disorder)
- Suizidgedanken und zum Teil –handlungen
- Emotionale Labilität

(Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler, 2006, S. 12)

Die Entwicklung einer postnatalen Depression ist normalerweise langsam und erstreckt sich über einen Zeitraum von acht oder mehr Wochen. Abwechselnde Stärke der Beschwerden ist Kennzeichen für diesen Prozess. Die Frau fühlt sich einmal gut, dann wieder elend, wobei dies ganz plötzlich umschlägt. Dieser Wechsel unterscheidet die postnatale Depression vom Baby-Blues, welcher sich in den ersten Tagen nach der Entbindung bereits in voller Stärke zeigt.

Jederzeit innerhalb der ersten beiden Monate nach der Geburt des Babys kann eine postnatale Depression ausbrechen. Die Symptome der postnatalen Depression dauern an und sind nicht nur zeitweise, sondern ständig, in unterschiedlicher Stärke, spürbar. Weiters treten sowohl stark verminderter Appetit als auch Heißhunger auf. Bei den veränderten Schlafgewohnheiten werden ein erhöhtes Schlafbedürfnis und im Gegensatz dazu Durchschlafstörungen erwähnt. Tränenausbrüche, häufiges Weinen, starke Konzentrationsstörungen sowie Niedergeschlagenheit und Bedrückung kommen noch hinzu. Wie es zum Beispiel beim Prämenstruellen Syndrom, einem

hormonell bedingten Syndrom, der Fall ist, reagieren die betroffenen Mütter leicht reizbar und sehr überempfindlich.

Hilf- und Hoffnungslosigkeit kommen als negative Gefühle der Mütter in dieser Situation noch hinzu. Es besteht zusätzlich noch die Gefahr, dass die Frau angesichts nagender Selbstzweifel und bedrohlicher, negativer Gefühle, ihre Selbstachtung verliert. Sie sieht sich als unfähige Versagerin, da sie den persönlichen und sozialen Erwartungen bezüglich der Erfüllung der Mutterrolle nicht gerecht wird und von Schuldgefühlen geplagt ist. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 35f)

Die Gefahren und Risiken an einer postpartalen Depression zu erkranken, wurden bereits im Abschnitt unter Risikofaktoren der postnatalen Störungen im allgemeinen erläutert.

## **9. Die Rolle der Väter**

Erst nach der Geburt stellt der frischgebackene Vater fest, wie sich das Leben und die dazugehörigen Gefühle verändern. Vor allem die Beziehung zur Partnerin ist dieser Veränderung unterzogen. Viele Männer stehen schon während der Schwangerschaft im Abseits, da sich zu dieser Zeit alles um die Partnerin und um ihren wachsenden Bauch dreht. Nach der Geburt dreht sich alles um das Neugeborene. Es ist daher nichts Ungewöhnliches, dass sich die Gefühle von Freude, Unsicherheit und sogar Wut vermischen. Es ist zu berücksichtigen, dass die Stimmung und das Verhalten der Partnerin den Partner beeinflussen, und umgekehrt.

Dem Vater kommen nach der Geburt seines Kindes eine Reihe neuer Aufgaben hinzu. Die meisten Väter müssen nun viel mehr als vorher im Haushalt tätig sein. Weiters müssen sie die Partnerin bei der körperlichen und emotionalen Umstellung nach der Geburt unterstützen und helfend zur Seite stehen. Auch bei der Pflege des Babys kann der Vater mithelfen, um so richtig in die Rolle des Vaters hineinzuschlüpfen. Ganz wichtig dabei ist auch, sich nicht zu scheuen, Hilfe von Verwandten und Freunden anzunehmen. Der Partner hat auch die Aufgabe, die körperlichen und emotionalen Veränderungen seiner Partnerin zu beobachten und auf Anzeichen einer postnatalen Störung zu achten. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 156f)

## 10. Die Therapie der postnatalen Störung

Wenn man mit den Veränderungen und der Umstellung nach der Geburt mit einer postnatalen Störung mit Selbsthilfe und mit der Hilfe des Partners, der Verwandten und Freunden nicht mehr zurechtkommt, alle Ressourcen ausgeschöpft hat, sollte man ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen.

Ein Arzt oder Psychotherapeut mit entsprechenden Erfahrungen und Kompetenzen auf dem Gebiet von psychischen Störungen nach der Geburt kann dann helfen.

Die Mutter muss sich darüber im Klaren sein, dass eine Psychotherapie keine sofortige Wunderheilung bedeutet, sondern eine gewisse Zeit in Anspruch nimmt, bis eine Besserung eintritt. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 177f)

Die Gespräche mit dem Therapeuten unterscheiden sich von denen mit dem Partner, den Verwandten und Freunden. Der Therapeut hört verständnisvoll zu, ohne zu urteilen und versucht, die Probleme der Frau aus einer anderen Sicht als bisher zu beleuchten. Für die betroffene Frau bedeutet das eine Auseinandersetzung mit sich selbst. Es ist für die erfolgreiche Beendigung der Therapie von Bedeutung, das Gelernte für den Umgang mit den Problemen nachhaltig anzuwenden. Die betroffene Mutter sollte den Therapieprozess erst dann abschließen, wenn sie das Gefühl hat, ihr Leben wieder im Griff zu haben. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 187f)

In Fällen in denen eine Gesprächstherapie mit einem Psychotherapeuten nicht ausreicht, um die Probleme zu lösen, können Psychopharmaka helfen, das Gleichgewicht zwischen Körper und Geister der Mutter wiederherzustellen. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 189)

Die Behandlung postnataler Beschwerden mit Psychopharmaka kann in der Zeit nach der Geburt hilfreich sein, jedoch sollte sich die Frau erst nach der Auseinandersetzung mit den Chancen und Risiken zu einer Behandlung mit Psychopharmaka entschließen. In manchen Fällen werden zur Therapie von postnatalen Störungen auch Hormonpräparate eingesetzt. (Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 190)

*„Es gibt unterschiedliche Arten von Psychopharmaka, die bei psychischen Störungen eingesetzt werden können:*

- *Antidepressiva*
- *Angstlösende Medikamente*
- *Antimanische Medikamente*

- *Antipsychotische Medikamente*
- *Schlaftabletten*“

(Dunnewold & Sanford, 1996, S. 190)

Dunnewold und Sanford (1996) gehen davon aus, „[...] dass *postnatale Störungen von Stimmung und Antrieb von einer Kombination aus psychischen und biologischen Faktoren verursacht werden.*“ (Dunnewold & Sanford, 1996, S. 190)

In diesem Zusammenhang können Psychopharmaka helfen, das biochemische Gleichgewicht im Körper wiederherzustellen und sich ausgleichend auf den Hormonhaushalt auszuwirken. Es kann sofort oder erst nach einigen Tagen oder Wochen eine Besserung eintreten und die Wirkung kann dauerhaft sein oder nach dem Absetzen des Medikaments verschwinden.

Während der Einnahme der meisten Psychopharmaka ist es leider nicht möglich, das Baby zu stillen. Daher sollte man sich die medikamentöse Behandlung vorher gut überlegen, wenn man unbedingt stillen möchte, da das Stillen aus psychologischer Sicht, sowohl für die Mutter als auch für das Neugeborene für die Mutter-Kind-Beziehung wichtig ist.

Folgende Symptome lassen sich medikamentös behandeln: Schlafstörungen; Müdigkeit; Rastlosigkeit, Erregungszustände; Panikattacken; Unfähigkeit, sich zu freuen; Stimmungsumschwünge im Laufe eines Tages; Veränderungen des Appetits; Sexuelle Lustlosigkeit; Zwanghafte Gedanken; Psychotische Symptome; Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit.

(Vgl. Dunnewold & Sanford, 1996, S. 190ff)

## **11. Zusammenfassung - Schlussfolgerung**

Im Rahmen meiner Bakkalaureatsarbeit habe ich mich mit der Thematik der Schwangerschaft, dem Hormonhaushalt und den postnatalen Störungen beschäftigt, insbesondere mit dem Zusammenhang des Hormonhaushaltes, während der Schwangerschaft und nach der Geburt, mit dem Auftreten einer postpartalen Depression.

Durch ausgiebige Literatursuche und Recherche bin ich jetzt am Ende meiner Arbeit auf das Resultat gekommen, dass der Hormonhaushalt, während der Schwanger-

schaft und nach der Geburt, zwar in einem Zusammenhang mit dem Auftreten einer postpartalen Depression steht, jedoch aber in geringerem Kontext als ich zuvor erwartet habe. Die hormonellen Veränderungen, welche die Frau schon während der Schwangerschaft und nach der Geburt durchläuft, sind sehr gravierend und beeinflussen das Wohlbefinden. Der Hormonhaushalt bildet nur einen Teil der körperlichen Faktoren, welche für das Auftreten einer postpartalen Störung verantwortlich sind. Durch meine Recherche bin ich auch auf die psychischen und sozialen Faktoren gestoßen, welche eine ebenso bedeutende Rolle spielen.

Erschreckend war für mich vor allem die Häufigkeit der postpartalen Depressionen. Betrachtet man die Anzahl der Geburten im Jahr 2009 in Österreich, welche 75.387<sup>7</sup> beträgt, so müssten laut Statistik rund 9.500 Mütter an einer postpartalen Depression gelitten haben. Aus diesem Grund müsste man meiner Meinung nach schon präventiv für schwangere Frauen und frischgebackene Mütter etwas machen. Vor allem die sozialen Faktoren können von der Mutter bzw. der Familie, gesamt betrachtet, am meisten beeinflusst werden um das Auftreten einer postpartalen Störung zu vermeiden. Vor allem die Komponenten der sozialen Faktoren haben mich verwundert, denn genau diesen, so glaube ich, werden in der Realität meist zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Während der Schwangerschaft und vor allem nach der Geburt ist es wichtig, den Familienzusammenhalt zu stärken und Hilfe von den Familienangehörigen und Freunden anzunehmen, um als frischgebackene Mutter das Frau sein nicht zu vergessen. Zusammenfassend bezüglich der Beantwortung meiner Forschungsfrage kann ich sagen, dass der Hormonhaushalt, während der Schwangerschaft und nach der Geburt, nur in einem geringen Kontext mit dem Auftreten einer postpartalen Depression steht. Die Hormone, dazugehörend zu den körperlichen Faktoren, spielen diesbezüglich eine wichtige Rolle, jedoch kommen aber noch weitere körperliche und vor allem die psychischen und sozialen Faktoren hinzu. Abschließend möchte ich sagen, dass es wichtig ist die Schwangerschaft, das Ereignis der Geburt und das neue Gefühl Mutter zu sein, so weit wie möglich zu genießen und den Partner, die Familie und Freunde daran Teil haben zu lassen und mit ihnen darüber zu reden. Beim Auftreten der aufgezählten Symptome, die auf eine postpartale Störung hinweisen, sollte man nicht lange zögern und fremde Hilfe annehmen.

---

<sup>7</sup> Vgl. [http://www.statistik.at/web\\_de/presse/043594](http://www.statistik.at/web_de/presse/043594), Datum des Zugriffs: 02.09.2010, 11:00 Uhr

## 12. Literaturverzeichnis

- Balaskas, J. & Gordon, Y. (1997) *Der große TRIAS-Ratgeber. Schwangerschaft und Geburt*. (Aus dem Englischen übersetzt und bearbeitet von Dagmar Kreye). Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Cheers, G. (Hrsg.) (2007) *Anatomica. Körper und Gesundheit. Das komplette Nachschlagwerk*. Tandem Verlag GmbH
- Dunnewold, A. & Sanford, D. G. (1996) „*Ich würde mich so gerne freuen!*“. *Verstimmungen und Depressionen nach der Geburt. Hilfen für Mütter und Väter*. (Aus dem Amerikanischen von Kirsten Sonntag). Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Silbernagl, S. & Despopoulos, A. (2007) *Taschenatlas Physiologie*. (7., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Wimmer-Puchinger B. & Riecher-Rössler, A. (Hrsg.) (2006) *Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis*. Wien: Springer-Verlag

### Internetquellen:

<http://www.wikipedia.org>

<http://www.depression.at>

<http://www.statistik.at>

## 13. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

- Abbildung 1: Cheers 2007, S. 394
- Abbildung 2: Cheers 2007, S. 399
- Abbildung 3: Cheers 2007, S. 405
- Abbildung 4: Cheers 2007, S. 401
- Abbildung 5: Cheers 2007, S. 207
- Abbildung 6: Cheers 2007, S. 408
- Abbildung 7: Cheers 2007, S. 389
- Abbildung 8: Cheers 2007, S. 541
- Abbildung 9: Cheers 2007, S. 549
- Abbildung 10: Cheers 2007, S. 551
- Abbildung 11: Cheers 2007, S. 551
- Abbildung 12: Cheers 2007, S. 149
- Abbildung 13: Cheers 2007, S. 307
- Abbildung 14: Cheers 2007, S. 307
- Tabelle 1: Silbernagl & Despopoulos 2007, S. 304
- Tabelle 2: Dunnewold & Sanford 1996, S. 59