

Bachelorarbeit

Patricia Siebenhofer

16.07.1990

Depressionen bei Frauen

Medizinische Universität Graz

Begutachterin: Ao. Univ.-Prof. Dr. phil. Gries Anna

Institut für Physiologie

Harrachgasse 21/ V

8010 Graz

Lehrveranstaltung: Physiologie

Abgabetermin: 08.04.2013

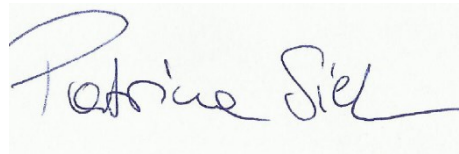
Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit 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.

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

Graz, am 08.04.2013

Unterschrift:

A handwritten signature in blue ink on a light green background. The signature reads "Patricie Sieč" in a cursive script.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
2. Definitionen	5
2.1. Affektive Störungen	5
2.1.1. Allgemeines.....	5
2.1.2. Unipolare affektive Störungen.....	5
2.1.3. Bipolare affektive Störungen	7
3. Epidemiologie	9
3.1. Allgemeines	9
3.2. Unterschied Frauen und Männer.....	9
4. Ursachen	11
4.1. Allgemeines	11
4.2. Frauenspezifische Ursachen	11
5. Frauenspezifische Depressionen	14
5.1. Postpartale psychische Störungen.....	14
5.1.1. Allgemeines.....	14
5.1.2. Baby blues.....	15
5.1.3. Traumatisch erlebte Entbindung.....	16
5.1.4. Postpartale Depressionen.....	17
5.1.4.1. Allgemeines.....	17
5.1.4.2. Insuffizienztyp	18
5.1.4.3. Zwangstyp.....	19
5.1.4.4. Paniktyp	19
5.1.5. Postpartale Psychosen	20
5.2. Prämenstruelles Syndrom/ Prämenstruelle dysphorische Störung	21
5.3. Perimenopausale Depression.....	24

6. Therapiemöglichkeiten	25
6.1. Medikamentöse Therapie	25
6.1.1. Antidepressiva	25
6.2. Nichtmedikamentöse Therapie	26
6.2.1. REM- Schlafdeprivation.....	26
6.2.2. Verhaltenstherapie	27
6.2.2.1. Kognitive Therapie	27
6.2.2.2. Euthyme Therapiemethoden	28
6.2.3. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	28
6.2.4. Interpersonelle Psychotherapie (IPT)	28
6.2.5. Systematische Therapie.....	29
6.2.6. Entspannungsverfahren.....	29
6.2.6.1. Autogenes Training	29
6.2.6.2. Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson	30
7. Diskussion	31
8. Literaturverzeichnis	33
9. Abbildungsverzeichnis	34
Anhang	35

1. Einleitung

Die WHO prognostiziert ein steigendes Wachstum von Depressionen. Im Jahre 2020 wird die Depression, nach den Herz-Kreislaufkrankungen, zum häufigsten Grund für eine frühzeitige Arbeitsunfähigkeit werden.¹

Weiters bleibt diese Krankheit trotz der guten Aufklärung und Behandlungsmethoden teilweise unbehandelt. Gründe dafür sind oft Schamgefühle oder das nicht Eingestehen dieser Krankheit. Dies ist nur einer der Gründe, weshalb ich mich für dieses Thema entschieden habe.²

Zu Beginn meiner Arbeit werde ich mich den affektiven Störungen sowie deren Symptomatik widmen, um diese Krankheit zu verstehen. Ein weiterer wichtiger Punkt bzw. Grund für meine Themenauswahl ist, einen besseren Einblick in die verschiedenen Arten von frauenspezifischen Depressionen zu bekommen.

Da Frauen in ihrem Leben sehr einschneidende Abschnitte erleben, wie das Einsetzen der Menstruation, die Menopause aber auch die Geburt eines Kindes, sind sie vielen hormonellen Veränderungen ausgesetzt und deshalb auch anfälliger für psychische Erkrankungen.³

Mit meiner Arbeit möchte ich die verschiedenen Arten von Depressionen vor allem bei Frauen etwas näher erklären und auf die zahlreichen Therapieformen eingehen.

Aus diesen oben erwähnten Gründen habe ich meine Forschungsfragen formuliert: Welche frauenspezifischen Arten von Depressionen gibt es? Welche unterschiedlichen Therapiemöglichkeiten sind für die Behandlung von Depressionen vorhanden?

¹ Winkelbauer, B./Ebner, N./Fischer, G. (2008): Psychiatrie. In: Rieder, A./Lohff, B. (Hrsg.), Gender Medizin. Geschlechterspezifische Aspekte für die klinische Praxis, zweite, überarbeitete und erweiterte Auflage, S.289-330, hier S. 290.

² Vgl. <http://www.euro.who.int/de/where-we-work/member-states/tajikistan/news/news/2012/10/depression-in-europe> [Stand: 20.03.2013]

³

Vgl. <http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/5/3/5/CH1102/CMS1329822770089/frauengesundheitsbericht.pdf> [Stand: 18.03.2013], S. 124.

2. Definitionen

2.1. 2.1 Affektive Störungen

2.1.1. Allgemeines

Wenn das Wort „Affekt“ als Substantiv verwendet wird, bezieht es sich auf Emotionen oder Gefühle, welche wichtige Bestandteile der menschlichen Existenz sind. Im Leben eines Menschen präsentieren diese beiden Komponenten die Bewertung bestimmter Ereignisse. Was einem Menschen geschehen ist, wird durch seinen emotionalen Zustand widergespiegelt. Verschiedene Ereignisse in einer realen Welt sind mit menschlichen Gefühlen verbunden.⁴

Bei manchen Menschen kapseln sich jedoch Gefühle von der Realität ab. Sie sind oft niedergeschlagen oder haben übertriebene Glücks- und Hochgefühle. Diese Gefühlszustände lassen sich jedoch nicht durch bestimmte Lebensereignisse rechtfertigen. Ein Beispiel dafür wäre, dass eine Depression nach dem Verlust eines geliebten Menschen normal ist. Hingegen sind affektive Störungen, die die gesamte Lebensführung prägen und bezüglich der Hilfe von Freunden und Familie keine Reaktionen erkennen lassen, pathologisch. Die bipolare und die unipolare affektive Störung sind die zwei unterschiedlichen Grundformen der bereits erwähnten affektiven Störungen.⁵

2.1.2. Unipolare affektive Störungen

Die unipolare affektive Störung wird auch als Depression bezeichnet. Sie kann von dauerhafter Natur sein, ohne abzuschwächen oder auch schubweise vorzukommen.⁶

Bei dieser Störung kommen im Verlauf nur depressive Krankheitsepisoden vor. Der Verlauf der Krankheit wie auch die Anzahl der einzelnen Episoden sind individuell unterschiedlich.⁷

⁴ Vgl. Carlson, N. R. (2004): Physiologische Psychologie, 8.aktualisierte Auflage, München, S. 646.

⁵ Vgl. ebenda.

⁶ Vgl. ebenda.

⁷ Vgl. Rohde, A./ Dorn, A. (2007): Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie. Das Lehrbuch, Stuttgart, S. 303.

Es wird eine depressive Episode diagnostiziert, wenn mindestens zwei Wochen die Kernsymptome des depressiven Zustandes anhalten. Interessensverlust, Antriebsminderung, Freudlosigkeit und depressive Stimmung werden zur Kernsymptomatik gezählt. Es führen bereits geringe Anstrengungen zu einer deutlichen Müdigkeit. Diese Aktivierungseinschränkung und erhöhte Ermüdbarkeit wird durch die verminderte Energie hervorgerufen. Zudem wird bei der Diagnose der Schweregrad der Depression bestimmt und zugeordnet. Nach dem ICD- 10 gibt es verschiedene Schweregrade einer depressiven Episode.⁸

ICD-10	Bezeichnung	Kernsymptomatik	Andere Symptome
F 32	Depressive Episode	<ol style="list-style-type: none"> 1. Depressive Stimmung 2. Interessensverlust 3. Antriebsminderung (müssen mindestens zwei Wochen anhalten) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vermindertes Selbstwertgefühl ✓ Schuldgefühle ✓ Suizidalität ✓ Konzentrationsstörungen, ✓ Hemmungen oder Getriebenheit ✓ Schlafstörungen ✓ Appetitstörungen
F32.0	Leichte depressive Episode	Mindestens zwei Kernsymptome	Ein oder mehrere Symptome (Insgesamt sollten vier oder fünf, inklusive den Kernsymptomen vorkommen)
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	Mindestens zwei Kernsymptome	Ein Symptom oder mehrere Symptome (Inklusive den Kernsymptomen sollten sechs oder sieben Symptome vorhanden sein)
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychosomatische Symptome	Alle Kernsymptome	Ein Symptom oder mehrere Symptome, davon sind ein paar stark ausgeprägt (Inklusive den Kernsymptomen, mindestens acht Symptome) Kein Wahn, Halluzinationen oder depressiver Stupor
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychosomatischen Symptomen	Alle Kernsymptome	Sehr schwere depressive Episode, wie bei F 32.2, allerdings mit Wahnideen, Halluzinationen, Stupor oder psychomotorischer Hemmung

Depressive Episode und Subtypen⁹

⁸ Vgl. Rohde/ Dorn (2007), S. 305.

⁹ Vgl. Tabelle aus: Rohde/ Dorn (2007), S. 304.

2.1.3. Bipolare affektive Störungen

Diese Störung der Stimmung wird durch zyklische Episoden von Depression und Manie charakterisiert. Die manischen Episoden dauern oft Tage, Wochen oder Monate, allerdings dauert die anschließende depressive Episode häufig dreimal so lang wie die manische Phase.¹⁰

Euphorie kennzeichnet eine manische Episode, wobei sie durch die jeweiligen Umstände nicht gerechtfertigt ist. Eine depressive Manie ist teilweise eine Sache des Schweregrades. Begeisterung und Überschwung werden zum Beispiel nicht als pathologisch bezeichnet. Hingegen sprechen manische Personen unaufhörlich, sind motorisch dauernd sehr aktiv, haben meistens Illusionen und springen von einem Thema zum nächsten. Manische Personen benötigen meistens sehr wenig Schlaf oder kommen oft längere Zeit ohne Schlaf aus. Sie arbeiten an Projekten, die meistens nicht realisierbar sind.¹¹

Eine leichtere Form der Manie ist die Hypomanie, welche in der Regel nicht behandlungsbedürftig ist. In der Schwangerschaft oder nach einer Entbindung konnten hypomanische Zustände festgestellt werden. Behandlungsbedürftig wird eine Manie erst dann, wenn der manische Zustand zu Symptomen führt, die das soziale, finanzielle oder familiäre Umfeld der betreffenden Patientin oder des betreffenden Patienten gefährden und dieser Zustand über ein paar Tage anhält. Eine solche Gefährdung könnte zum Beispiel sexuelle Enthemmung, Größenideen, übermäßiges Geldausgeben als auch fremd- oder autoaggressives Verhalten sein. In der darauffolgenden Tabelle sind Verlauf und Symptomatik einer manischen und hypomanischen Episode aufgelistet.¹²

¹⁰ Vgl. Carlson (2004), S.646.

¹¹ Vgl. ebenda, S. 647.

¹² Vgl. Rohde/ Dorn (2007), S. 305f.

ICD-10	Bezeichnung	Symptomatik/ Verlauf
F 30.0	Hypomanie	<p>a. Die Stimmung ist gehoben bzw. gereizt, in einem für die Betroffene oder den Betroffenen deutlich erkennbaren und abnormen Ausmaß und dies an wenigstens vier aufeinanderfolgenden Tagen.</p> <p>b. Mindestens drei der unten erwähnten Merkmale und der Beeinträchtigung der persönlichen Lebensführung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Motorische Ruhelosigkeit oder gesteigerte Aktivität ▪ Gesteigerter Redefluss ▪ Ablenkbarkeit oder Konzentrationsschwierigkeiten ▪ Vermindertes Schlafbedürfnis ▪ Gesteigerte Lipido ▪ Übermäßige Vertraulichkeit oder gesteigerte Geselligkeit ▪ Verschiedene Arten von leichtsinnigem oder verantwortungslosem Verhalten wie zum Beispiel übertriebene Einkäufe
F 30.1	Manie <u>ohne</u> psychotische Symptome	<p>a. Die Stimmung ist hauptsächlich expansiv, gehoben oder gereizt in einem für die Betroffene oder den Betroffenen deutlich abnormen Ausmaß über mindestens sieben Tage.</p> <p>b. Mindestens drei der unten genannten Merkmale (vier bei gereizter Stimmung), welche eine massive Störung der alltäglichen Lebensführung hervorrufen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Motorische Ruhelosigkeit oder gesteigerte Aktivität ▪ Gesteigerte Gesprächigkeit („Rededrang“) ▪ Ideenflucht oder ein subjektives Gefühl von Gedankenrasen ▪ Verlust normaler sozialer Hemmung ▪ Vermindertes Schlafbedürfnis ▪ Größenwahn oder überhöhte Selbsteinschätzung ▪ Ablenkbarkeit ▪ Rücksichtsloses oder tollkühnes Verhalten, dessen Risiken nicht erkannt werden ▪ Gesteigerte Libido oder sexuelle Taktlosigkeit
F 30.2	Manie <u>mit</u> psychotischen Symptomen	Sind die gleichen Symptome wie F 30.1, jedoch mit dem Vorhandensein von Wahn (meistens Größenwahn) oder Halluzinationen (oft Stimmen, die direkt mit Betroffenen reden)

Symptomatik der hypomanischen bzw. manischen Episode¹³

¹³ Vgl. Tabelle aus: Rohde/ Dorn (2007), S. 306.

3. Epidemiologie

3.1. Allgemeines

Laut WHO gibt es jährlich 850.000 Todesopfer durch Selbstmorde im Zusammenhang mit Depressionen. Des Weiteren ist die Depression einer der häufigsten Gründe für Arbeitsunfähigkeit. Die WHO geht davon aus, dass Depressionen bis zum Jahre 2020, nach den Herz-Kreislaufkrankungen, zum zweithäufigsten Grund für frühzeitige Arbeitsunfähigkeit werden.¹⁴

Es leiden pro Jahr ungefähr 25% der in Europa lebenden Bevölkerung an einer Depression oder an einem Angstzustand.¹⁵ Von diesen 25% sind 7% von einer schweren Depression betroffen. Es bleiben jedoch von jenen schweren Depressionen mehr als 50% unbehandelt. Viele Menschen wollen trotz vorhandener und wirksamer Behandlung keine Hilfe in Anspruch nehmen. Der Grund dafür ist oft das Schamgefühl oder dass sie sich diese Krankheit nicht eingestehen bzw. sie nicht zugeben wollen.¹⁶

3.2. Unterschied Frauen und Männer

Die Gemeinsamkeit bei affektiven Störungen (vor allem Depressionen, phobische Störungen, als auch Angsterkrankungen) besteht darin, dass Frauen doppelt so häufig betroffen sind wie Männer. Bei den bipolaren Störungen gibt es bei der Prävalenz keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Dass Depressionen doppelt so häufig bei Frauen wie bei Männern vorkommen, zeichnet sich bereits bei Minderjährigen ab. Frauen haben eine Lebenszeitprävalenz von 21 %, d.h. von zehn Frauen müssen zwei davon ausgehen, an einer Depression zu erkranken. Bei Männern hingegen liegt die Lebenszeitprävalenz nur bei 13 %.¹⁷

Es scheint ein Phänomen zu sein, dass überwiegend Frauen an depressiven Erkrankungen leiden, auch unabhängig von Religion, Herkunftsland oder Kultur. Auch im

¹⁴ Vgl. Winkelbaur u. a. (2008), S. 290.

¹⁵ Vgl. <http://www.euro.who.int/de/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-in-europe-facts-and-figures> [Stand: 19.03.2013]

¹⁶ Vgl. <http://www.euro.who.int/de/where-we-work/member-states/tajikistan/news/news/2012/10/depression-in-europe> [Stand: 19.03.2013]

¹⁷ Vgl. Winkelbaur u.a. (2008), S. 295 f.

Kindes- und Jugendalter überwiegt das weibliche Geschlecht, was wiederum zeigt, dass Frauen früher an Depressionen erkranken als Männer.¹⁸

Ergebnisse aus Studien zeigten, dass verheiratete Frauen häufiger an einer psychischen Erkrankung leiden als verheiratete Männer. Für Männer ist daher die Ehe anscheinend ein besserer Schutz vor depressiven Störungen.¹⁹ Frauen, welche jung geheiratet und Kinder im Vorschulalter haben, gehen ein sehr hohes Risiko ein, an einer Depression zu erkranken.²⁰

Aus einer weiteren Studie ist auch zu entnehmen, dass die Depressionsraten bei Frauen länderabhängig sind. In den mediterranen Ländern sowie in ländlichen Gebieten wird die Hausfrauen- und Mutterrolle viel mehr geschätzt und ist höher angesehen als in industrialisierten Ländern. Das heißt, dass die Depressionsrate durch die Berufstätigkeit von Frauen und Männern gesenkt wird.²¹

Ein weiterer Unterschied macht sich in den Verhaltensweisen bemerkbar. Männer tendieren in einer Depression zu einem eher aggressiven Verhalten, das sich etwa in einer erhöhten Gewaltbereitschaft widerspiegelt. Frauen hingegen neigen zu Introvertiertheit und Schuldgefühlen. Es werden auch mehr Suizide von Männern als von Frauen begangen. Laut Statistik vollziehen 15% der depressiven Patientinnen und Patienten einen Suizid. Bemerkbar ist ein deutlicher Unterschied der Suizidversuche. Für Frauen sind Medikamentenintoxikationen üblich, während Männer eher zu gewaltvollen Methoden wie Erschießen und Erhängen neigen. Im Gegensatz zu Männern unternehmen Frauen weit weniger Suizidversuche und diese enden auch bei Männern häufiger tödlich.²²

¹⁸ Vgl. Winkelbaur u. a. (2008), S. 295f.

¹⁹ Vgl. ebenda. S. 297.

²⁰ Vgl. ebenda. S. 297.

²¹ Vgl. ebenda. S. 298.

²² Vgl. ebenda. S. 298 f.

4. Ursachen

4.1. Allgemeines

Es gibt zahlreiche Ursachen für das Auftreten von Depressionen. Eine wesentliche Rolle spielen die Erziehung, das Umfeld sowie der Umgang mit Krankheit. Die Gesundheitseinstellung wird von jedem Individuum bereits im Kindesalter durch das familiäre und soziale Umfeld geprägt.²³

Man kann also sagen, dass die Ätiologie depressiver Störungen sehr komplex und nur teilweise bekannt ist. Faktoren der psychosozialen Ebene sind in ihrer Bedeutung noch sehr umstritten. Auf dieser Ebene wird davon ausgegangen, dass gravierende Störungen in der Primärsozialisation, vor allem frühe Verluste sowie schwere Beziehungsstörungen ein höheres Risiko darstellen, an einer Depression zu erkranken.²⁴

4.2. Frauenspezifische Ursachen

Geschlechtsunterschiede bei depressiven Erkrankungen zeigen sich nicht nur in der Häufigkeit, sondern auch in der Symptomatik und im Verlauf. Dafür gibt es zahlreiche Gründe. Bei Frauen wird die Diagnose Depression viel häufiger gestellt. Ein Grund dafür wäre, dass die Beschwerden von Frauen selbst besser wahrgenommen werden, sie bereitwilliger darüber berichten und vor allem schneller Hilfe in Anspruch nehmen. Frauen versuchen ihre Krankheit nicht zu verdrängen.²⁵

Es gibt verschiedene Hypothesen, warum Frauen so oft an Depressionen erkranken. Das wären hormonelle Faktoren, geschlechterspezifische Sozialisation, Live Events, Artefakttheorie, genetische Faktoren, vorbestehende Angststörung, sozialer Status und Rollenbild.²⁶

²³ Vgl. Winkelbaur u.a. (2008), S. 291.

²⁴ Vgl. ebenda. S. 607.

²⁵ Vgl. <http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/5/3/5/CH1102/CMS1329822770089/frauengesundheitsbericht.pdf> [Stand: 18.03.2013], S. 124.

²⁶ Vgl. Winkelbaur u.a. (2008), S. 296.

Eine erhöhte weibliche Depressionsrate entwickelt sich meist im jüngeren Erwachsenenalter, steigt dann stark im mittleren Alter an und sinkt nach der menopausalen Phase wieder ab. Bezüglich der Depressionsrate kann man in der Kindheit und im höheren Lebensalter keinen Unterschied zwischen Frauen und Männern feststellen. Erst mit dem Einsetzen der reproduktiven Phase kann ein Unterschied bei der Depressionsrate erfasst werden. Man nimmt daher an, dass bestimmte endokrinologische Faktoren dazu führen, dass Frauen anfälliger für Depressionen sind. Diese Hypothese wird durch die vielen verschiedenen Veränderungen in den einzelnen Lebensabschnitten, wie zum Beispiel ein starker Abfall von Östrogen und Progesteron in der Menopause oder auch vor und nach der Menstruation, verstärkt.²⁷

Eine weitere Rolle für die Entstehung von Depressionen können frauenspezifische Einflüsse wie zum Beispiel die Menopause, die Menstruation, eine Geburt, geschlechtsspezifisches Rollenverhalten sowie sozialer Status, Gewalt und Missbrauch sein. So kann man sagen, dass psychische Erkrankungen bei Frauen durch Reproduktionsfaktoren, wie zum Beispiel Pubertät, Menstruationsvorgänge, Schwangerschaft, Perinatalzeit oder durch die Menopause bedingt sind.

Eine weitere essentielle Rolle spielen die psychosozialen Faktoren, welche mit der Erziehung über die Sozialisation in die Gesellschaft bis hin zum Arbeitsleben unser Rollenverhalten prägen.²⁸

Zum Rollenverhalten ist zu sagen, dass Mädchen eher zur Hilflosigkeit erzogen werden. Als Folge davon neigen Frauen dazu, Konflikte nicht nach außen zu tragen und deshalb mit Depression und Schuldgefühlen darauf zu reagieren. Es kann auch zu einer Abhängigkeit innerhalb der Partnerschaft kommen, was auch ein Grund für die höheren Depressionsraten bei Frauen ist. Zudem spielt auch die soziale, psychische und körperliche Gewalt an Frauen eine wesentliche Rolle, was das Depressionsrisiko stark ansteigen lässt.²⁹

Ein weiterer Grund ist auch die Doppelbelastung beziehungsweise die Mehrfachbelastung von Frauen. Da sie mehrere Rollen gleichzeitig erfüllen müssen wie zum Beispiel die Rolle der Mutter, Hausfrau, Ehefrau, im Beruf oder auch als Pflegeperson für die Angehörigen, führt dies zu einer enormen Belastung und das wiederum zu einer

²⁷ Vgl. Winkelbauer u.a (2008), S. 296 f.

²⁸ Vgl. <http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/5/3/5/CH1102/CMS1329822770089/frauengesundheitsbericht.pdf> [Stand: 18.03.2013], S. 124.

²⁹ Vgl. ebenda. S. 125.

Überlastung. Des Weiteren leiden Frauen an enormen Rollenkonflikten durch die zahlreichen miteinander in Konflikt stehenden Rollen.³⁰

Es gibt zurzeit keine Daten, welche die Annahme bestätigen, dass genetische oder endokrinologische Faktoren für eine höhere Depressionsrate bei Frauen verantwortlich sind. Hingegen gibt es Zusammenhänge zwischen depressiven Symptomen und den sozialen und psychosozialen Faktoren.³¹

³⁰Vgl. <http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/5/3/5/CH1102/CMS1329822770089/frauengesundheitsbericht.pdf> [Stand: 18.03.2013], S, 125.

³¹ Vgl. Winkelbaur u. a.(2008), S.298.

5. Frauenspezifische Depressionen

5.1. Postpartale psychische Störungen

5.1.1 Allgemeines

Die Zeit nach einer Entbindung ist, genauso wie die Schwangerschaft, mit vielen Veränderungen, die vor allem die Mutter betreffen, verbunden. Es erfolgt eine hohe Anpassung an den neuen Lebensabschnitt. Entstehen daraus eventuell emotionale Turbulenzen oder psychische Instabilitäten, sind diese nicht pathologisch sondern nachvollziehbar. Reaktionen, die nicht mehr als „normal“ gelten sondern als postpartale psychische Störung eingeschätzt werden, müssen ein paar bestimmte Symptomkonstellationen aufweisen. Die postpartale Zeit einer Frau ist jene Zeit, in der ein sehr hohes Risiko besteht, eine psychische Erkrankung zu erleiden. Von Bedeutung und zahlenmäßig die häufigsten psychischen Erkrankungen sind dabei die Depressionen.³²

Eigentlich können mehrere oder alle uns bekannten psychischen Störungen wie Psychosen, Angsterkrankungen und affektive Störungen nach einer Entbindung vorkommen, vor allem dann, wenn bereits eine erhöhte Anfälligkeit für psychische Störungen vorhanden ist.³³

Es tragen viele verschiedene Faktoren dazu bei, dass sich psychische Krankheiten manifestieren. Nur die Symptome eines „Baby blues“, welche nicht als pathologisch gesehen werden, können auf die hormonelle Umstellung nach einer Geburt zurückzuführen sein. Es können psychosoziale Faktoren, Persönlichkeitsmerkmale aber auch die individuelle Anfälligkeit - die genetisch angelegt sein kann - zum Anfang einer psychischen Störung beitragen.³⁴

Bei postpartalen psychischen Störungen werden mehrere Arten unterschieden, welche ich anschließend näher erläutern werde.

³² Vgl. Rhode/ Dorn(2007),S. 183.

³³ Vgl. ebenda.

³⁴ Vgl. ebenda. S. 184.

5.1.2. Baby blues

Der „baby blues“ ist heutzutage noch häufig unter dem Terminus „Heultage“ bekannt, wobei er von Frauen als diskriminierend empfunden wird und deshalb der Gebrauch dieses Wortes nur noch selten vorkommt.³⁵

Wissenschaftliche Studien zeigten, dass um den dritten bis fünften Tag nach der Entbindung ungefähr 50- 70 % der Frauen vom „baby blues“ betroffen sind. Dass dieser so häufig auftritt gibt einen Hinweis darauf, dass es sich nicht um pathologische Veränderungen handelt. Es ist davon auszugehen, dass die physiologische Hormonumstellung nach einer Entbindung mitverantwortlich für psychische Beschwerden ist. Weiters von Bedeutung hierfür ist die sehr schnelle Normalisierung der Hormonwerte nach der Geburt (Progesteron, Östrogen), welche in der Schwangerschaft gebildet werden. In verschiedenen Untersuchungen konnte ein Zusammenhang zwischen der Normalisierung der Hormone und der Stimmungslabilität festgestellt werden. Hormonelle Veränderungen konnten schon öfter in Verbindung mit psychischen Begleiterscheinungen gebracht werden. Beispiele dafür wären Schilddrüsenerkrankungen oder Nebenwirkungen der Glukokortikoide.³⁶

Die Symptomatik, welche für den „baby blues“ typisch ist, besteht zum Beispiel aus einer erhöhten Empfindlichkeit bei schnellem Wechsel zwischen Weinen und Euphorie, bei Kränkungen, als auch aus einer stärker ausgeprägten Affektlabilität.³⁷

Diese Symptomatik bedarf keiner Behandlung. Es wäre allerdings von Vorteil wenn mit der Patientin empathisch und sensibel umgegangen wird. Es kommt beim „baby blues“ nur selten zu einer postpartalen Depression oder einer Psychose. Jedoch zeigten wiederum Untersuchungen, dass der „baby blues“ als Vulnerabilitätsmerkmal für postpartale Depressionen gilt.³⁸

³⁵ Vgl. Rhode/ Dorn (2007), S. 185.

³⁶ Vgl. ebenda. S. 185 f.

³⁷ Vgl. ebenda. S. 186.

³⁸ Vgl. ebenda.

5.2.3. Traumatisch erlebte Entbindung

Durch die Gesellschaft und die Medien wird eine Geburt als ein positives und schönes Ereignis dargestellt. Die Geburt ist, von Natur aus, bei vielen Frauen mit Angst verbunden, trotzdem hoffen die meisten von ihnen auf ein positives Geburtserlebnis. Deshalb ist es für Frauen umso schlimmer, wenn sie eine Entbindung hatten und diese als traumatisch empfunden haben und mit dieser schlimmen Erfahrung noch längere Zeit umgehen müssen.³⁹

Es gibt zu diesem Thema noch nicht viele epidemiologische Untersuchungen, es wird aber davon ausgegangen, dass bei ca. zwei Prozent aller Geburten die ganze Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung entsteht. Sie ist eine Traumafolge, die meistens nach Ereignissen wie Katastrophen, schweren Verkehrsunfällen oder Kriegserlebnissen bekannt ist. Es wurde jedoch in den letzten Jahren deutlicher, dass nicht nur die objektive Schwere eines Traumas wichtig ist, sondern auch das subjektive Wahrnehmen an Bedeutung zunimmt. Daher kann man ableiten, dass im Einzelfall eine Geburt, bei der es objektiv keine besonderen Schwierigkeiten gab, subjektiv als traumatisch wahrgenommen wird.⁴⁰

Diese Störung kann sich dadurch äußern, dass die traumatischen Erfahrungen immer wieder neu in Flashbacks oder in Intrusionen durchlebt werden. Die Erlebnisse laufen vor dem inneren Auge immer wieder wie ein Film ab. Diese Intrusionen oder Flashbacks werden meistens durch Assoziationen ausgelöst. Im Bezug auf eine traumatisch erlebte Geburt könnte das zum Beispiel eine schwangere Frau sein. Auf das Vorhandensein einer posttraumatischen Belastungsstörung können neben dem Durchleben des traumatischen Ereignisses auch Gereiztheit, sozialer Rückzug oder auch innere Stumpfheit hinweisen.⁴¹

Vortraumatisierte Frauen (traumatische Erfahrungen oder sexueller Missbrauch in der Vergangenheit) sind besonders gefährdet, an einer posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken. Des Weiteren können individuelle Persönlichkeitsmerkmale wie ein starkes Kontrollbedürfnis oder Hilflosigkeit dazu beitragen, eine solche Störung zu entwickeln.⁴²

³⁹ Vgl. Rohde/Dorn (2007), S. 186.

⁴⁰ Vgl. ebenda. S. 187.

⁴¹ Vgl. ebenda.

⁴² Vgl. ebenda.

5.2.4. Postpartale Depressionen

5.2.4.1. Allgemeines

Nach einer Entbindung auftretende depressive Symptome sind oft schwer von den „normalen“ Auswirkungen einer Geburt und den dadurch veränderten Lebensabschnitt abzugrenzen, da die Symptome meist schleichend beginnen.⁴³

Die Symptome der postpartalen Depression kommen nicht unmittelbar nach einer Geburt, sondern häufig Wochen oder Monate danach vor. Von dieser Art der Depression sind ca. 10-15 % der Frauen betroffen. Es ist nicht immer leicht, eine postpartale Depression von den „normalen“ Empfindungen nach einer Geburt zu unterscheiden. Dies kann im Endeffekt nur durch das Vorhandensein der Symptomkonstellationen abgeleitet werden.⁴⁴

Bei der Diagnostik dieser psychischen Erkrankung ist es wichtig, organische Ursachen wie eine Schilddrüsenfunktionsstörung oder eine Anämie auszuschließen. Hilfreich in der Praxis kann die Verwendung eines Screening- Instrumentes (EPDS- Edinburgh Postnatal Depression Scale⁴⁵) sein (siehe Anhang). Dieser EPDS ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, der zehn Fragen beinhaltet. Beim Ausfüllen ergeben sich Werte, die zwischen 0 und 30 liegen. Ist der Wert höher als 12 Punkte, könnte dies auf ein Vorhandensein einer Depression hinweisen und sollte daher weiter untersucht werden.⁴⁶

Symptome einer postpartalen Depression sind neben der Niedergeschlagenheit bzw. der depressiven Stimmung auch Antriebsminderung, Angstsymptome, Störung von Konzentration, Schlaf und Appetit, vermehrtes Weinen, körperliche Symptome, lebensmüde Gedanken und teilweise auch Suizidalität.⁴⁷

Es gibt bei postpartalen Depressionen verschiedene Prägnanztypen, bei denen unterschiedliche Symptome von Bedeutung sind.⁴⁸

Ich werde die einzelnen Prägnanztypen in den nächsten Seiten genauer behandeln.

⁴³ Vgl. Rohde/Dorn (2007), S190.

⁴⁴ Vgl. ebenda.

⁴⁵ Vgl. http://www.schatten-und-licht.de/joomla/static_content/Dokumente/fragebogenselbsteinschaetzung.pdf [Stand: 23.03.2013]

⁴⁶ Vgl. Rohde/Dorn (2007), S190.

⁴⁷ Vgl. ebenda.

⁴⁸ Vgl. ebenda.

5.2.4.2. Insuffizienztyp

In der klinischen Praxis kommt dieser Typ am häufigsten vor. Im Vordergrund stehen Insuffizienzgefühle und dass Frauen der Überzeugung sind, keine gute Mutter zu sein. Diese Gefühle sind von mehreren depressiven Symptomen begleitet. Die Ängste beginnen meistens mit „normalen Unsicherheiten“, die sich dann aber verstärken und ausweiten. Dies kann sogar bei Frauen geschehen, die sich ein Kind gewünscht und auf die Mutterschaft gefreut haben. Sie wissen dann aber oft nicht mehr, warum sie sich überhaupt ein Kind gewünscht haben bzw. dass sie sich zugetraut haben, dies zu bewältigen. Die Ambivalenz und Unsicherheit kann bei Frauen soweit führen, dass sie sich überlegen, ihr Kind zurückzugeben oder eine Adoption in Betracht ziehen. Die Schlussfolgerung einer solchen Überlegung kann auch Suizidalität sein.⁴⁹

Der Insuffizienztyp führt mit zunehmender Hoffnungslosigkeit immer tiefer in eine depressive Spirale hinein und kann zur Chronifizierung neigen, wenn er unbehandelt bleibt.



Abb. 1 Depressive Spirale bei postpartalen Depressionen⁵⁰

Bei diesem postpartalen Typ ist die Suizidalität, die auftreten kann, sehr ernst zu nehmen. Es können lebensmüde Gedanken bis hin zu genauen Suizidideen vorkommen. In diesem Zusammenhang ist die schlimmste Komplikation der erweiterte Suizid. Bei diesem möchte

⁴⁹ Vgl. Rohde/Dorn (2007), S. 191.

⁵⁰ Abbildung aus: Rohde/Dorn (2007), S. 191.

die Mutter ihr Baby nicht ganz alleine zurücklassen, deswegen tötet sie es und macht danach selbst den Suizidversuch.⁵¹

5.2.4.3. Zwangstyp

Es treten bei allen postpartalen Depressionen ca. 25% Zwangsgedanken auf, was die Besonderheit dieses Typs ausmacht. Es handelt sich dabei um ungewollte Gedanken, die meist unwillkürlich auftreten, angsterregend sind und der Inhalt oft unangenehmer Natur ist. Inhaltlich beschäftigen sich diese Gedanken meist damit, dass Mütter ihren eigenen Kindern etwas antun könnten. Wie etwa das Kind zu ersticken oder zu erwürgen, es fallen zu lassen oder das Kind nach dem Baden einfach im Wasser zu lassen. Diese Zwangsgedanken führen bei den meisten depressiven Müttern zu großen Ängsten, Schuld- und Schamgefühlen. Man kann den Müttern damit helfen, indem man vorsichtige Fragen bezüglich dieser Zwangsgedanken stellt und ihnen vermittelt, dass es auch andere Mütter mit solchen Gedanken gibt. Es sollten keine bestimmten Methoden erwähnt werden, da diese Mütter dann möglicherweise auf neue Ideen kommen.⁵²

Es sollte zuerst festgestellt werden, ob es sich nur um Zwangsgedanken handelt, um danach die Mutter zu beruhigen, dass keine Gefahr besteht, diese Gedanken zu verwirklichen. Diese Informationen helfen den Frauen, diese Gedanken zu verstehen und es ist meist eine große Entlastung.⁵³

5.1.4.4. Paniktyp

Eine postpartale Depression mit Angstattacken kommt eher selten bei Müttern vor. Sollte es trotzdem zu solchen Attacken kommen, ist es sehr belastend für Mutter und Partner. Panikattacken zählen hierbei zur depressiven Symptomatik. Sie treten meist plötzlich auf und werden von vielen vegetativen Symptomen und starker Angst begleitet.⁵⁴

⁵¹ Vgl. Rohde/Dorn (2007), S. 191.

⁵² Vgl. Rhode/Dorn (2007), S. 192.

⁵³ Vgl. ebenda. S. 193.

⁵⁴ Vgl. ebenda. S. 194.

Beschreibung einer Panikattacke:

„Die 34-jährige Frau X berichtet etwa drei Monate nach Entbindung ihres Wunschkindes über ausgeprägte depressive Symptome, die sich langsam entwickelt hätten. Besonders belastet fühlt sie sich aber durch zunehmende, häufiger auftretende Angstattacken, die mit Herzrasen, Schweißausbrüchen, einem Kloßgefühl im Hals und Übelkeit einhergehen. Sie hat in diesen Situationen Angst, an einem Herzinfarkt zu versterben und bleibt deshalb nicht gerne alleine. Ausgeprägte Partnerschaftsprobleme sind die Folge. Eine kardiologische Abklärung ist bereits erfolgt und hat keine Hinweise auf eine kardiale Erkrankung ergeben.“⁵⁵

5.1.5. Postpartale Psychosen

Es ist möglich, dass nach einer Geburt alle psychotischen Störungen auftreten, wie zum Beispiel die Manie, schizoaffektive Psychosen oder die Schizophrenie. Frauen, die bereits vor einer Geburt an einer psychotischen Störung erkrankt waren, haben nach der Entbindung ein höheres Risiko - zwischen 25% und 75% - wieder an einer solchen Störung zu erkranken. Die häufigste Form nach einer Geburt sind Psychosen mit manischer Systemkonstellation. In diesem Fall sind die Symptome Größenideen, Größenwahn, Euphorie, vermindertes Schlafbedürfnis und andere Begleitkomponenten. Dieses Krankheitsbild kommt seltener und zeitnäher nach einer Entbindung vor als postpartale Depressionen. Postpartale Psychosen sind leichter zu erkennen und treten meist sehr akut und stürmisch auf. Aufgrund der möglichen Gefährdung des Kindes sollten sie also stationär behandelt werden.⁵⁶

Sehr gefährlich bei den Symptomen der postpartalen Psychosen sind die akustischen Halluzinationen, also imperative Stimmen, welche der Mutter beispielsweise befehlen, ihr Kind aus dem Fenster zu werfen. Sehr oft werden diese Stimmen von den Müttern befolgt. Ein weiteres gefährliches Symptom ist der Wahn, welcher sich meist auf die Entbindung oder das Kind richtet. Es gibt mehrere Arten des Wahns, wie zum Beispiel den Doppelgängerwahn oder dass die Mutter glaubt, ihr Kind sei vom Satan besessen. Diese Arten können manchmal auch dazu führen, dass die Mutter ihr Kind tötet.⁵⁷

⁵⁵ Rohde/Dorn (2007), S. 194.

⁵⁶ Vgl. Rohde/ Dorn (2007), S. 198.

⁵⁷ Vgl. ebenda. S. 199.

5.2. Prämenstruelles Syndrom/ Prämenstruelle dysphorische Störung

Während der Periode einer Frau kommt es meist eine Woche zuvor zu psychischen und körperlichen Veränderungen. Bei fast 75 % der fertilen Frauen werden prämenstruelle Symptome wahrgenommen bzw. leiden diese darunter.⁵⁸

Die körperlichen Symptome sind oft schwer von denen der Menstruation (Bauchschmerzen) abzugrenzen. Meistens sind es jedoch die psychischen Veränderungen, welche Frauen beeinträchtigen. Kennzeichen eines leichten prämenstruellen Syndroms sind meist subjektiv empfundene Konzentrationsstörungen, erhöhte Ungeduld oder eine etwas gedrückte Stimmung. Ist es jedoch eine schwere Form dieses Syndroms, wird es als prämenstruelle dysphorische Störung (PMDS) bezeichnet. Diese Form kann zusätzliche Reizbarkeit oder Depressivität mit sich bringen, was wiederum zu möglichen sozialen Konflikten führen kann. Es war sehr lange umstritten ob es sich bei der PMDS um eine Krankheit handelt, die behandelt werden muss. Erst seit 1987 wurden einheitliche Kriterien festgelegt, die schlussendlich eine Therapieforschung bezüglich dieser Störung mit sich zogen.⁵⁹

Die hormonellen Veränderungen während des Zyklus sind wahrscheinlich nur ein Faktor für die Entstehung einer PMDS. Andere Faktoren, welche für eine Entwicklung verantwortlich sein können, sind zum Beispiel Angststörungen oder Depressionen in der Vergangenheit, in der Persönlichkeit, in der derzeitigen Lebenssituation oder auch affektive Störungen in der Familie. Es gibt des weiteren Hinweise auf biologische Faktoren, die bei der Entstehung einer schweren PMDS beteiligt sind. Solche Faktoren könnten zum Beispiel das Serotonin- System, das GABA- System oder möglicherweise auch die zentralen Opioid- Aktivitäten sein.⁶⁰

Frauen erleben sich selbst während der prämenstruellen Zeit ganz anders, was ein wesentliches Merkmal des prämenstruellen Syndroms darstellt. Frauen reagieren oft aggressiv, was bis hin zu tätlichen oder verbalen Ausbrüchen kommen kann, trotz sämtlicher Bemühungen, es nicht zu tun. Durch dieses Verhalten treten oft Probleme in

⁵⁸ Vgl. Rohde/Dorn(2008), S. 87.

⁵⁹ Vgl. ebenda. S. 88.

⁶⁰ Vgl. ebenda. S. 89.

der Beziehung auf, aber auch Schuldgefühle gegenüber möglicherweise unfair behandelten Kindern.⁶¹

Eine PMDS liegt nach den DMS- IV- Diagnosekriterien dann vor, wenn die Leistungsfähigkeit im Beruf beeinflusst ist oder es Konflikte in familiären oder sozialen Beziehungen gibt. Frauen suchen oft erst Hilfe, wenn dieses Verhalten in der Familie oder Partnerschaft zu möglicherweise tätlichen Auseinandersetzungen führt.⁶²

Symptome wie Anspannung, Reizbarkeit, Depressivität und Affektlabilität gehören zu den Kernsymptomen dieses Syndroms. Es gibt laut dem ICD-10 keine Möglichkeit, die prämenstruelle dysphorische Störung einzuordnen, daher ist sie bei Psychiatern nicht sehr bekannt. Sie fällt daher bei der Einordnung unter „atypische Depressionen“.⁶³

Eine weitere Methode, welche zur Diagnosebestätigung in der Praxis häufig angewendet wird, ist ein Zyklustagebuch. Es wird genau dokumentiert, welche Beschwerden zu welcher Zeit des Zyklus auftreten. Abbildung 1. zeigt einen kleinen Ausschnitt aus einem Zyklustagebuch. Durch dieses ist es leichter, das prämenstruelle Syndrom von anderen in Frage kommenden Störungen abzugrenzen. Es ist auch ein Vorteil für die betroffene Frau, da sie dank dieses Tagebuches sehen kann, ob ihre Probleme mit der Menstruation zusammenhängen oder ob es andere Ursachen gibt.⁶⁴

⁶¹ Vgl. Rohde/Dorn (2007), S. 89 f.

⁶² Vgl. ebenda. S. 90.

⁶³ Vgl. ebenda. S. 90.

⁶⁴ Vgl. ebenda.S. 91 f.

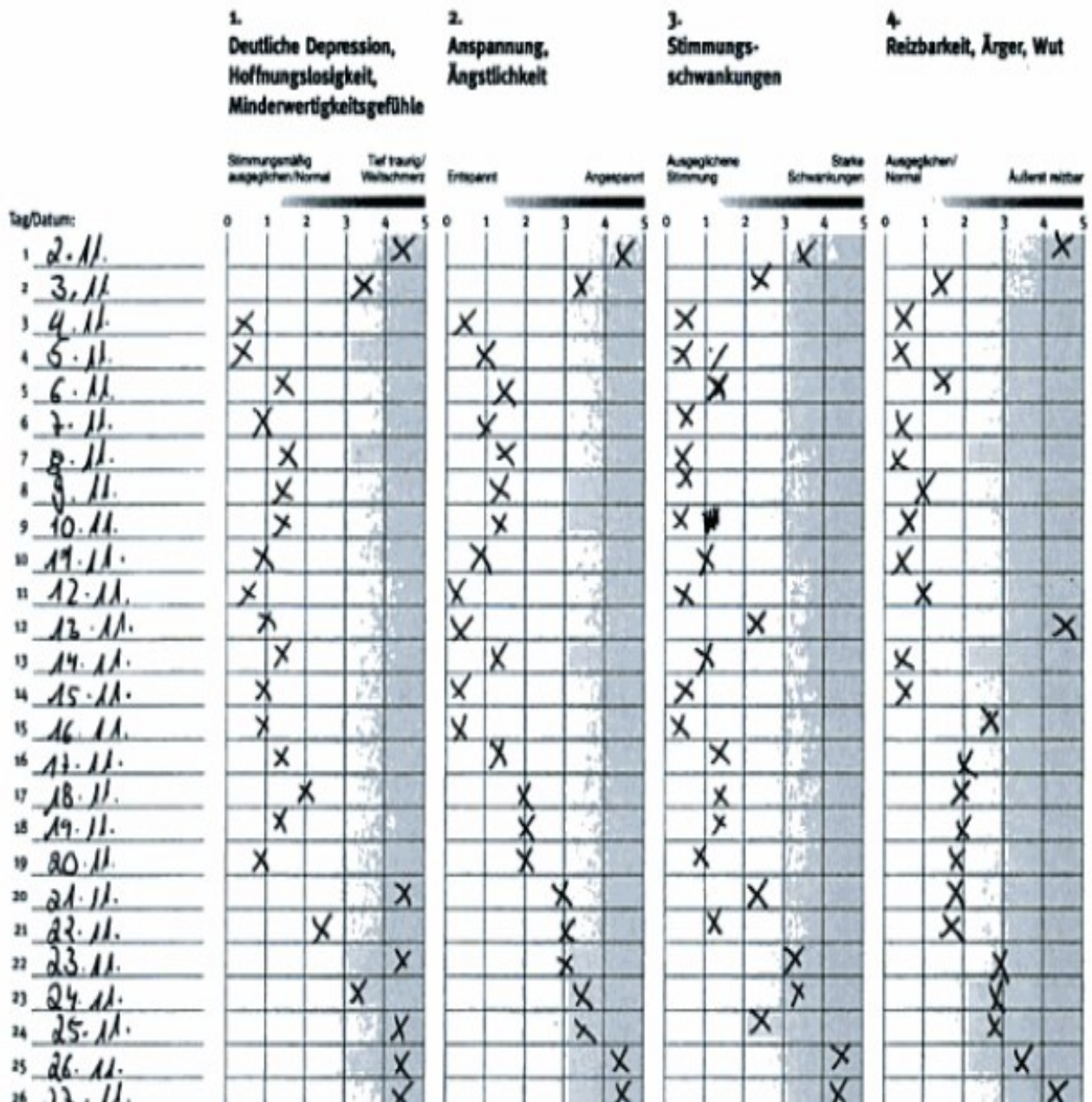


Abb. 2. Zyklustagebuch⁶⁵

⁶⁵ Abbildung aus: Rohde/Dorn (2008), S. 91.

5.3. Perimenopausale Depression

Schätzungen zufolge sind ca. ein Drittel der Frauen in der Menopause ohne Beschwerden. Ein weiteres Drittel leidet jedoch unter klimakterischen Beschwerden. Studien haben ergeben, dass 84 % der gesamten Frauen im Klimakterium an wenigstens einem klinisch relevanten Klimakteriumssymptom leiden und fast jede zweite Frau (45%) mehrere Symptome aufweist.⁶⁶

Psychische Symptome wie Reizbarkeit, Ängstlichkeit oder depressive Verstimmung gehören teilweise zu den menopausalen Beschwerden. Des Weiteren ist mit einer erhöhten Vulnerabilität für Depressionen zu rechnen, wenn in der Vergangenheit bereits depressive Verstimmungen wie zum Beispiel postpartale Depressionen aufgetreten sind.⁶⁷

Die Ursache für das Auftreten perimenopausaler Beschwerden kann auf eine individuelle Empfindlichkeit, psychosoziale Faktoren oder den Östrogen-Entzug während des Klimakteriums zurückzuführen sein. Bei den psychosozialen Faktoren kann es sich um Rollenveränderungen, psychosozialen Stress als auch um die verschiedenen Lebensweisen und Erwartungen der Frauen handeln.⁶⁸

Die Symptomatik des Klimakteriums beinhaltet oft mehrere psychische und physische Veränderungen. Die am häufigsten vorkommenden psychischen Symptome während des Klimakteriums sind:

- ✓ Niedergeschlagenheit/ depressive Verstimmung/ Reizbarkeit/ Aggressivität
- ✓ Panikattacken/ Ängstlichkeit
- ✓ Stimmungslabilität
- ✓ Innere Unruhe/Energiemangel
- ✓ Vergesslichkeit/Konzentrationsstörungen
- ✓ Schlafstörungen/Libidoverlust

Stehen diese psychischen Beschwerden im Vordergrund, werden sie den affektiven Störungen zugeordnet. Diese Zuordnung ist für die weitere Diagnostik und die weiteren therapeutischen Maßnahmen von Bedeutung.⁶⁹

⁶⁶ Vgl. Rohde/Dorn (2008), S. 99.

⁶⁷ Vgl. ebenda.

⁶⁸ Vgl. ebenda.

⁶⁹ Vgl. Rohde/Dorn (2008), S.101.

6. Therapiemöglichkeiten

6.1. Medikamentöse Therapie

6.1.1. Antidepressiva

Es gab vor 1950 keine wirksame Pharmakotherapie für Depressionen. Man bemerkte in einer Klinik in den 1940er Jahren, dass die Stimmung der Patientinnen und Patienten durch die Gabe eines für Tuberkulose bestimmten Medikamentes aufgehellt wurde. Untersuchungen ergaben, dass Iproniazid die Symptome einer Depression abschwächt. Durch Iproniazid werden die Aktivitäten von MAO (Monoaminoxidase) gehemmt. Dopamin, Serotonin und Noradrenalin werden durch Iproniazid vermehrt freigesetzt. Es wurden jedoch rasch neue MAO-Hemmer gefunden, welche jedoch beträchtliche Nebenwirkungen aufwiesen.⁷⁰

Eine weitere Klasse von Antidepressiva ohne diese Nebenwirkungen sind die trizyklischen Antidepressiva. Die in diesen Antidepressiva enthaltenen Wirkstoffe sind verantwortlich für die Hemmung der Wiederaufnahme von Noradrenalin und 5-HAT (5-Hydroxytryptamin = Serotonin). Durch diesen Vorgang wird das postsynaptische Potenzial verlängert.⁷¹

Es gibt jedoch unterschiedliche Antidepressiva mit unterschiedlichen Wirksamkeiten. Zum Beispiel beruhigende oder angstlösende, je nach den einzelnen Zielsymptomen. Antidepressiva machen im Gegensatz zu bestimmten Tranquilizern nicht süchtig und abhängig. In der Frauenheilkunde ist das Amitriptylin, welches zu den trizyklischen Antidepressiva gehört, am bekanntesten. Anticholinerge Nebenwirkungen wie Schwitzen, Verstopfungen, Mundtrockenheit oder Kreislaufprobleme sind oft Nachteile bei der Einnahme dieses Antidepressivums. Es wird jedoch immer versucht, selektiv auf den betroffenen Bereich im Gehirn einzuwirken, um die Nebenwirkungen so gering wie möglich zu halten.⁷²

Die bei Depressionen am bedeutensten Transmittersysteme sind das Noradrenalin- und Serotonin- System. Die SSRI (selective serotonin reuptake inhibitor) sind bezüglich dieser Transmittersysteme die größte Gruppe der neuen Antidepressiva. Diese Substanzen

⁷⁰ Vgl. Carlson (2004), S. 648.

⁷¹ Vgl. ebenda.

⁷² Vgl. Rohde/ Dorn (2008), S. 76.

hemmen die Wiederaufnahme von Serotonin aus dem synaptischen Spalt, was wiederum zu einem höheren Serotonin- Spiegel führt. Wie bei fast allen Medikamenten sind auch bei diesen Nebenwirkungen vorhanden, wie zum Beispiel Durchfall, Erbrechen, Übelkeit, innere Unruhe oder Kopfschmerzen. Werden diese Antidepressiva für längere Zeit eingenommen, kann es zu Orgasmusproblemen oder Libidoverlust kommen.⁷³

Das NaSSA (Noradrenalin und Selektiver Serotonin Wiederaufnahmehemmer) als auch die SSNRI (Selektiver Serotonin und Noradrenalin Reuptake Inhibitor) gehören zu den neuen Antidepressiva, die direkt auf die Transmittersysteme einwirken.⁷⁴

Besondere Vorsicht bei der Einnahme von Antidepressiva gilt bei Frauen in der Schwangerschaft. Es sollten Nutzen und Risiko abgewägt und erst danach sollte entschieden werden, ob ein Antidepressivum verschrieben wird. Nebenwirkungen wie erhöhtes Risiko einer Frühgeburt oder Wachstumsretardierung können auftreten.⁷⁵

6.2. Nichmedikamentöse Therapie

6.2.1 REM- Schlafdeprivation

Depressionen werden häufig von schweren Schlafstörungen begleitet. Der Schlaf der betroffenen Patientinnen und Patienten ist flach, die Stadien drei und vier sind vermindert und das Stadium eins dafür erhöht. Der REM-Schlaf tritt früher ein und in dieser Phase findet man eine höhere Anzahl an Augenbewegungen.⁷⁶

Eine wirksame Behandlung von Depressionen ist die Schlafdeprivation, entweder eine völlige oder selektive. Eine selektive Schlafdeprivation wird nur über ein paar Wochen durchgeführt und schwächt die Depression nur ab. Bei einer völligen Schlafdeprivation wird der REM-Schlaf unterdrückt und es setzt eine sofortige, antidepressive Wirkung ein.⁷⁷

⁷³ Vgl. Rohde/Dorn (2008), S. 77.

⁷⁴ Vgl. ebenda.

⁷⁵ Vgl. ebenda. S.79.

⁷⁶ Vgl. Carlson (2003), S. 656.

⁷⁷ Vgl. ebenda. S. 657.

Es wird davon ausgegangen, dass im Schlaf eine Substanz mit depressogener Wirkung erzeugt wird, diese führt bei empfänglichen Personen zu Depressionen. Im Wachzustand wird diese langsam abgebaut. Diese Methode wirkt nicht bei jeder depressiven Patientin oder jedem depressiven Patienten, sondern es wird angenommen, dass es von der Stimmung der Betroffenen abhängig ist (liegen Stimmungsschwankungen vor oder nicht).⁷⁸

6.2.2 Verhaltenstherapie

Diese Art der Therapie wird eingesetzt, um nicht erwünschte Denkmuster als auch Verhaltensweisen zu verändern. Angstsymptome und Depressivität zählen zu diesen Mustern.⁷⁹

6.2.2.1. Kognitive Therapie

Der Terminus „Kognition“ umfasst Begriffe wie Überzeugung, Wahrnehmung, Einstellung, Denken, Interpretation, Annahmen, Antizipation, Lebensphilosophie, Lebensregeln und Selbstverbalisation. Bei dieser Art der Therapie geht es darum, Überzeugungen und Gedanken zu verändern. Sie richtet sich auf die Konzentrationsrichtung und Informationsverarbeitung. Patientinnen und Patienten die an einer Depression leiden, haben ein gutes Gedächtnis, was negative Informationen betrifft. Dysfunktionale Kognitionen sind auch überhöhte Leistungsstandards, selektive Wahrnehmung oder negative Selbstbewertung.⁸⁰

Mit Übungen und Anleitungen sollen den Patientinnen und Patienten kognitive Verzerrungen bewusst gemacht werden. Es werden andere mögliche Verhaltensweisen und Bewertungen geübt. In der kognitiven Therapie gibt es verschiedene Strategien, wie zum Beispiel die Selbstinstruktion, der sokratische Dialog, Selbstbeobachtung, Selbstbelohnung etc. Die systemimmanente Gesprächsführung nach Fiegenbaum zählt zu einer weiteren bedeutenden Strategie.⁸¹

⁷⁸ Vgl. Carlson (2003), S. 657 f.

⁷⁹ Vgl. Rohde/Dorn (2008), S.64.

⁸⁰ Vgl. ebenda. S. 65.

⁸¹ Vgl. ebenda.

6.2.2.2. Euthyme Therapiemethoden

Dieses Behandlungskonzept zählt zur Verhaltenstherapie und geht davon aus, dass Krankheit und Gesundheit nicht voneinander abhängige Faktoren sind. Diese Begriffe werden zweidimensional betrachtet und stehen sich nicht als Gegensätze gegenüber. Alles was einer Seele gut tut, wird als euthymes Handeln oder Erleben verstanden. Man verknüpft dies mit positiven Emotionen. Das Ziel dieser Therapiemethode ist es, die individuellen Ressourcen einer Patientin oder eines Patienten zu aktivieren oder zu reaktivieren. Gefühle wie Stolz, Freude oder Genugtuung sollen durch diese Form der Therapie besser wahrgenommen werden.⁸²

6.2.3. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Bei dieser Form der Therapie ist das Erkennen von Krankheitsursachen von Bedeutung. Die in einer Lebensgeschichte entstandenen, unbewussten Konflikte sollten durch die Psychotherapie einer Patientin oder einem Patienten bewusst gemacht werden. Ist es der Person während dieser Therapie möglich, sich dieser Konflikte bewusst zu werden, kann dies zu einer Änderung der Selbstwahrnehmung im Verhalten als auch im Befinden führen. Handelt es sich um ein klar definiertes Problem, kann man diese Therapieform auch als Kurzzeittherapie verwenden.⁸³

6.2.4. Interpersonelle Psychotherapie (IPT)

Die Art der Behandlung ist bei dieser Form der Therapie strukturiert und wird meist für Depressionen verwendet. Sie geht davon aus, dass sich Depressionen in einem Kontext, welcher zwischenmenschlich ist, entwickelt. Es werden gemeinsam von Patientinnen oder Patienten und der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten die Schwerpunkte festgelegt. Sie können zum Beispiel Trauer, interpersonelle Defizite, interpersonelle Auseinandersetzungen oder Rollenübergänge sein. Im Bezug auf beispielsweise

⁸² Vgl. Rohde/Dorn (2008), S. 67.

⁸³ Vgl. Rohde/Dorn (2008), S. 67 f.

postpartale Depressionen könnte dies der Rollenwechsel einer Mutter nach der Geburt ihres ersten Kindes sein.⁸⁴

6.2.5. Systematische Therapie

Im Mittelpunkt der systematischen Therapie stehen nicht nur die Patientin oder der Patient, sondern deren Umfeld, wie zum Beispiel die Familie als System oder das Paar als System. Es wird davon ausgegangen, dass bestimmte Krankheitssymptome auf ein Problem im ganzen System hinweisen. Daher wird versucht, gemeinsam mit der Familie oder den Partnern die Entstehung der Symptome und die Bedeutung dieser herauszufinden. Es sollte durch diese Therapieform die problematische Dynamik in der Familie oder in der Paarbeziehung verändert werden⁸⁵.

6.2.6. Entspannungsverfahren

Die wichtigsten und bekanntesten Entspannungsverfahren sind die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson und das autogene Training. Es werden Emotionen, Lernprozesse und Organfunktionen durch Entspannung beeinflusst.⁸⁶

6.2.6.1. Autogenes Training

Das autogene Training ist eine der bekanntesten Entspannungstechniken. Dabei geht es um die Körperwahrnehmung, wie zum Beispiel seine Arme oder Beine schwer zu machen. Dieses Verfahren bedarf einiger Übungsstunden und ist nicht für jede oder jeden die richtige Technik. In gewissen Problembereichen, wie bei Einschlafproblemen oder Stressabbau wirkt dieses Training sehr effektiv.⁸⁷

⁸⁴ Vgl. Rohde/Dorn (2008), S.68.

⁸⁵ Vgl. ebenda. S. 69.

⁸⁶ Vgl. Rohde/Dorn (2008), S. 70.

⁸⁷ Vgl. ebenda. S. 71.

6.2.6.2. Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson

Diese Form der Entspannung ist leichter und schneller als das autogene Training zu erlernen. Sie ist für Personen mit akuten Erkrankungen oder anderen psychischen Störungen viel leichter umzusetzen. Ein entspannter Zustand wird dadurch herbeigeführt, dass verschiedene Muskelgruppen zwischen Anspannung und Entspannung wechseln. Wird diese progressive Muskelrelaxation nach Jacobson regelmäßig durchgeführt, kann sie als Einschlafhilfe oder Beseitigung von Anspannungen verwendet werden.⁸⁸

⁸⁸ Vgl. Rohde/Dorn (2007), S. 71.

7. Diskussion

Depressionen gehören zu den unipolaren affektiven Störungen und werden durch rein depressive Krankheitsverläufe - die schubweise oder von dauerhafter Natur sein können - charakterisiert. Als eine depressive Episode gilt, wenn mindestens zwei Wochen die Kernsymptome des depressiven Zustandes anhalten. Antriebsminderung, Interessensverlust, Freudlosigkeit als auch depressive Stimmung gehören zur Kernsymptomatik, wobei Depressionen in unterschiedliche Schweregrade eingeteilt werden können.

Es sind pro Jahr ca. 25% der Bevölkerung von einer Depression oder einem Angstzustand betroffen, wobei 7% davon an einer schweren Depression leiden. Jedoch leiden doppelt so viele Frauen wie Männer an Depressionen.

Für das Auftreten einer Depression gibt es mehrere Ursachen. Eine wichtige Rolle dabei spielen jedoch das Umfeld, die Erziehung als auch der Umgang mit Krankheit. Für die Tatsache dass Frauen häufiger als Männer an einer Depression erkranken, gibt es mehrere Hypothesen. Diese wären zum Beispiel genetische Faktoren, hormonelle Faktoren, geschlechterspezifische Sozialisation, Artefakttheorie, Live Events, vorbestehende Angststörung, sozialer Status und Rollenbild.

Im Bezug auf den ersten Teil meiner Forschungsfrage kam ich zu den Ergebnissen, dass es zahlreiche frauenspezifische Arten von Depressionen gibt. Zu ihnen gehören die postpartalen psychischen Störungen, welche in mehrere Arten gegliedert werden. Die leichteste, jedoch nicht behandlungsbedürftige Art ist der Baby blues. Weitere Arten sind die traumatisch erlebte Entbindung, die meist die ganze Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung aufweist bzw. die sogenannte postpartale Depression. Sie beginnt meist schleichend und kommt erst Wochen oder Monate nach der Geburt vor. Dabei werden wiederum der Insuffizientyp, der Zwangstyp und der Paniktyp unterschieden.

Als letzte postpartale psychische Störung gilt die postpartale Psychose. Bei ihr ist es möglich, dass das ganze Spektrum aller psychotischen Störungen auftreten kann.

Das prämenstruelle Syndrom kann bei manchen Frauen sowohl körperliche als auch psychische Symptome aufweisen. Durch die hormonelle Veränderung während des Zyklus kann es bei Frauen zum Beispiel zu subjektiv empfundenen Konzentrationsstörungen,

gedrückter Stimmung oder erhöhter Ungeduld kommen. Eine schwere Form dieses Syndroms ist die prämenstruelle dysphorische Störung. Zur Symptomatik dieser Störung gehören Anspannung, Depressivität, Affektlabilität und Reizbarkeit.

Die letzte frauenspezifische Art von Depressionen mit der ich mich in meiner Arbeit beschäftigt habe, ist die perimenopausale Depression. Ein Drittel der Frauen in der Menopause leidet unter physischen oder psychischen klimakterischen Beschwerden. Psychische Symptome sind zum Beispiel depressive Verstimmung, Aggressivität, Niedergeschlagenheit, Energiemangel oder Schlafstörungen.

Im Bezug auf den zweiten Teil meiner Forschungsfrage, wurde durch meine Arbeit ersichtlich, dass mehrere Therapiemöglichkeiten für Depressionen vorhanden sind. Zu unterscheiden ist die medikamentöse von der nichtmedikamentösen Therapie.

Bei der medikamentösen Therapie werden trizyklische Antidepressiva und SSRI's verwendet. Bei der nichtmedikamentösen Therapie werden die REM- Schlafdeprivation, die Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die interpersonelle Psychotherapie, die systematische Therapie und Entspannungsverfahren angewendet.

8. Literaturverzeichnis

Carlson, R. N. (2004): Physiologische Psychologie, 8., aktualisierte Auflage, München.

Rieder, A./ Lohff, B. (Hrsg.) (2008): Gender Medizin. Geschlechterspezifische Aspekte für die klinische Praxis, zweite, überarbeitete und erweiterte Auflage, Wien.

Rohde, A./ Dorn, A. (2007): Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie, das Lehrbuch, Stuttgart.

Winkelbaur, B./Ebner, N./Fischer, G. (2008): Psychiatrie. In: Rieder, A./ Lohff, B. (Hrsg.), Gender Medizin. Geschlechterspezifische Aspekte für die klinische Praxis, zweite, überarbeitete und erweiterte Auflage, Wien, S.289-330.

Internetquellen

Bundesministerium für Gesundheit, Frauengesundheitsbericht 2010/ 2011

<http://www.bmgf.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Frauengesundheit/Oesterreichischer_Frauengesundheitsbericht_2010_2011>

Schatten & Licht e. V., Fragebogen zur postpartalen Erkrankung (siehe Anhang)

<http://www.schatten-und-licht.de/joomla/static_content/Dokumente/fragebogenselbsteinschaetzung>

9. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Depressive Spirale bei postpartalen Depressionen

Rohde, A./ Dorn, A. (2007): Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie, das Lehrbuch, Stuttgart, S. 191.

Abbildung 2: Zyklustagebuch

Rohde, A./ Dorn, A. (2007): Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie, das Lehrbuch, Stuttgart, S. 91.

Tabellen

Tabelle 1: Depressive Episode und Subtypen

Rohde, A./ Dorn, A. (2007): Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie, das Lehrbuch, Stuttgart, S. 304.

Tabelle 2: Symptomatik der hypomanischen bzw. manischen Episode

Rohde, A./ Dorn, A. (2007): Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie, das Lehrbuch, Stuttgart, S. 306.

Anhang



Krise rund um die Geburt
Initiative peripartale psychische Erkrankungen

Fragebogen zur PPD-Selbsteinschätzung Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale

Bitte markieren Sie die Antwort, die am ehesten beschreibt, wie Sie sich in den letzten sieben Tagen gefühlt haben, nicht nur, wie Sie sich heute fühlen. Bei einer Gesamtpunktzahl von 12 und darüber liegt die Vermutung nahe, dass Sie an einer postpartalen Depression leiden.

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I. Ich konnte lachen und die schöne Seite des Lebens sehen.
[0] So wie immer.
[1] Nicht ganz so wie früher.
[2] Deutlich weniger als früher.
[3] Überhaupt nicht. | I have been able to laugh and see the funny side of things.
As much as I always could.
Not quite so much now.
Definitely not so much now.
Not at all. |
| II. Ich konnte mich so richtig auf etwas freuen.
[0] So wie immer.
[1] Etwas weniger als sonst.
[2] Deutlich weniger als früher.
[3] Kaum. | I have looked forward with enjoyment to things.
As much as I ever did.
Rather less than I used to.
Definitely less than I used to.
Hardly at all. |
| III. Ich habe mich grundlos schuldig gefühlt, wenn etwas schief ging.
[3] Ja, meistens.
[2] Ja, gelegentlich.
[1] Nein, nicht sehr oft.
[0] Nein, niemals. | I have blamed myself unnecessarily when things went wrong.
Yes, most of the time.
Yes, some of the time.
Not very often.
No, never. |
| IV. Ich war aus unerfindlichen Gründen ängstlich oder besorgt.
[0] Nein, gar nicht.
[1] Selten.
[2] Ja, gelegentlich.
[3] Ja, sehr oft. | I have been anxious and worried for no good reason.
No, not at all.
Hardly ever.
Yes, sometimes.
Yes, very often. |
| V. Ich erschrak leicht oder geriet grundlos in Panik.
[3] Ja, sehr häufig.
[2] Ja, gelegentlich.
[1] Nein, kaum.
[0] Nein, überhaupt nicht. | I have felt scared and panicky for no good reason.
Yes, quite a lot.
Yes, sometimes.
No, not much.
No, not at all. |
| VI. Ich fühlte mich durch verschiedene Umstände überfordert.
[3] Ja, meistens konnte ich die Situationen nicht meistern.
[2] Ja, gelegentlich konnte ich die Dinge nicht so meistern wie sonst.
[1] Nein, meistens konnte ich die Situation meistern.
[0] Nein, ich bewältigte die Dinge so gut wie immer. | Things have been getting on top of me.
Yes, most of the time I haven't been able to cope.
Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual.
No, most of the time I have coped quite well.
No, I have been coping as well as ever. |
| VII. Ich war so unglücklich, dass ich nur schlecht schlafen konnte.
[3] Ja, meistens.
[2] Ja, gelegentlich.
[1] Nein, nicht sehr häufig.
[0] Nein, gar nicht. | I have been so unhappy that I have difficulty sleeping.
Yes, most of the time.
Yes, sometimes.
Not very often.
No, not at all. |
| VIII. Ich habe mich traurig oder elend gefühlt.
[3] Ja, meistens.
[2] Ja, gelegentlich.
[1] Nein, nicht sehr häufig.
[0] Nein, gar nicht. | I have felt very sad or miserable.
Yes, most of the time.
Yes, quite often.
Not very often.
No, not at all. |
| IX. Ich war so unglücklich, dass ich weinen mußte.
[3] Ja, die ganze Zeit.
[2] Ja, sehr häufig.
[1] Nur gelegentlich.
[0] Nein, nie. | I have been so unhappy that I have been crying.
Yes, most of the time.
Yes, quite often.
Only occasionally.
No, never. |
| X. Ich hatte den Gedanken, mir selbst etwas anzutun.
[3] Ja, recht häufig.
[2] Gelegentlich.
[1] Kaum jemals.
[0] Niemals. | The thought of harming myself has occurred to me.
Yes, quite often.
Sometimes.
Hardly ever.
Never. |