

Bakkalaureatsarbeit
Gesundheits- und Pflegewissenschaft (Jahrgang 2005)

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett Hormonelle Steuerung und postpartale Störungen

Natalie Kroißbrunner

Lehrveranstaltung: Physiologie
Ort: Medizinische Universität Graz
Datum der Einreichung: 14. 09. 2016
Begutachterin: Gries, Anna, Ao.Univ.-Profⁱⁿ. Drⁱⁿ.phil., Institut für Physiologie

Eidesstattliche 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.

14.09.2016

Natalie Kroißbrunner, e.h.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Schwangerschaft	6
2.1	Hormonelle Veränderungen während der Schwangerschaft.....	6
2.1.1	Proteohormone	7
2.1.1.1	Humanes Choriongonadotropin (HCG)	7
2.1.1.2	Humanes Plazentalaktogen= Humanes Chorionsomatamotropin (HPL= HCS).....	8
2.1.1.3	Humanes Chorionthyreotropin (HCT).....	9
2.1.2	Steroidhormone.....	9
2.1.2.1	Progesteron	9
2.1.2.2	Östrogene	10
2.1.2.3	Prolaktin.....	11
2.1.2.4	Corticoliberin (CRH).....	11
2.2	Psychische Veränderungen während der Schwangerschaft.....	12
2.2.1	Erstes Trimenon.....	13
2.2.2	Zweites Trimenon.....	13
2.2.3	Drittes Trimenon.....	13
3	Geburt und Wochenbett.....	14
3.1	Hormonelle Veränderungen nach der Geburt.....	14
3.2	Psychische Veränderungen nach der Geburt.....	15
3.3	Wochenbett.....	16
4	Fragestellung	16
5	Postpartale Störungen im Wochenbett	16
5.1	Baby Blues oder „Heultage“	17
5.1.1	Definition	17
5.1.2	Epidemiologie.....	18
5.1.3	Klassifikation	18
5.1.4	Symptomatik	18
5.1.5	Diagnostik	18
5.1.6	Verlauf und Prognose.....	19
5.1.7	Therapie.....	19

5.2	Postpartale Depression.....	19
5.2.1	Definition.....	19
5.2.2	Epidemiologie.....	20
5.2.3	Klassifikation.....	20
5.2.4	Symptomatik.....	21
5.2.5	Diagnostik.....	22
5.2.6	Verlauf und Prognose.....	25
5.2.7	Therapie.....	25
5.3	Postpartale Psychose.....	26
5.3.1	Definition.....	26
5.3.2	Epidemiologie.....	26
5.3.3	Klassifikation.....	26
5.3.4	Symptomatik.....	27
5.3.5	Diagnostik.....	27
5.3.6	Verlauf und Prognose.....	28
5.3.7	Therapie.....	28
6	Diskussion.....	28
6.1	Risikofaktoren für die Entstehung einer postpartalen Depression.....	29
6.1.1	Körperliche Faktoren.....	29
6.1.1.1	Hormonelle Faktoren.....	30
6.1.1.1.1	Östrogene.....	30
6.1.1.1.2	Progesteron.....	32
6.1.1.1.3	Schilddrüsenhormone.....	33
6.1.1.1.4	Milchbildende Hormone: Prolaktin und Oxytocin.....	33
6.1.1.1.5	HPA-Achse (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse).....	32
6.1.2	Psychosoziale Faktoren.....	35
7	Intervention und Prävention.....	38
8	Zusammenfassung.....	41
9	Ausblick.....	42
10	Literaturverzeichnis.....	43
11	Abbildungsverzeichnis.....	46

1 Einleitung

Schwangerschaft und die bevorstehende Geburt des Kindes bedeuten für viele Frauen und Paare vor allem unbeschreibliches Glück und die Erfüllung eines, oft lange ersehnten, großen Wunsches. Doch empfinden wirklich alle Menschen diese neue Lebensphase als großes Glück oder treten vor allem in dieser Situation häufig Probleme und Sorgen auf? Die Verantwortung für das neu entstehende Leben und auch für die betroffenen Personen selbst bringt oft Unsicherheiten und Ängste bezüglich der Bewältigung der neuen Lebensaufgabe mit sich. Für viele Menschen ist dies ein ganz normaler Prozess und sie meistern diese Lebensphase mit viel Einsatz, Mut, Geduld und Zuversicht. Doch was passiert wenn Frauen in genau dieser Lebensphase jene Eigenschaften fehlen und sie mit ihrem Leben einfach nicht zurechtkommen? Was geschieht wenn nicht alles nach Plan läuft und neben der Schwangerschaft zusätzlich andere Probleme auftreten, wie zum Beispiel das Zusammenbrechen einer Partnerschaft um hier nur eines zu nennen? Was passiert wenn die Erwartungen an das große Mutterglück nicht erfüllt werden und es von Frauen als ungemeine Belastung empfunden wird nun „auf einmal“ Mutter zu sein oder zu werden. Leidtragende sind in dieser schwierigen Phase nicht nur die Säuglinge, sondern auch die Partner und nicht zuletzt die Mütter selbst. Sie hadern fast mit ihrem Schicksal nun Mutter zu sein und verstehen sich und die Welt nicht, weil sie sich nicht als Mutter oder noch schlimmer als „schlechte Mutter“ fühlen.

In dieser Arbeit möchte ich auf die hormonellen und psychischen Gegebenheiten beziehungsweise Veränderungen während der Schwangerschaft und nach der Geburt, also während des Wochenbetts eingehen und auf die möglichen Auswirkungen von Hormonen auf die Entstehung postpartaler Depressionen hinweisen. Auch andere mögliche Ursachen für die Entstehung postpartaler Störungen sollen hier aufgezeigt und diskutiert werden. Ebenso sollen Risikofaktoren für das Auftreten von psychischen Veränderungen insbesondere nach der Geburt erhoben werden. Es gilt also herauszufinden, ob tatsächlich die hormonellen Veränderungen nach der Geburt für postpartale Störungen verantwortlich sind oder ob es sich doch um ein multifaktoriell bedingtes Krankheitsbild handelt.

Ich habe mich für dieses Thema entschieden um einigermaßen nachvollziehen zu können welche Faktoren oder körperliche Prozesse eine Rolle spielen können, um

diese „normalerweise“ so enge Bindung zwischen Mutter und Neugeborenen zu stören. Als zweifache Mutter ist es mir ein großes Anliegen dies zu verstehen oder zumindest ansatzweise nachvollziehen zu können um möglicherweise werdenden oder „frischgebackenen“ Müttern zu helfen, es auch zu tun. Ebenso möchte ich betroffenen Müttern Mut machen und mögliche Formen der Hilfestellung darlegen.

2 Schwangerschaft

„Als Graviditas wird der Zustand der Frau von der Konzeption bis zum Eintritt der Geburt bezeichnet.“¹

Der physische Dialog zwischen Mutter und Kind bringt in anatomischer, physiologischer sowie metabolischer Hinsicht eine Vielzahl von Veränderungen für den mütterlichen Organismus mit sich. Betroffen sind Herz-Kreislauf-System, Lunge, Niere und ableitende Harnwege, der Gastrointestinaltrakt, Hämatologie, der intermediäre Stoffwechsel, Mamma, Genitale, die Haut sowie auch das endokrine System und die Psyche einer Frau.

Immunologisch ergeben sich Besonderheiten, da die Antigenität des Fetus nicht mit dem mütterlichen Organismus übereinstimmt. Dieser passt sich jedoch den Anforderungen des Fetus entsprechend an, wobei die Signale stets vom Kind ausgehen. Die Kommunikation erfolgt über das endokrine System.²

Im Folgenden soll nun näher auf die hormonellen und psychischen Veränderungen während der Schwangerschaft bzw. nach der Geburt eingegangen werden.

2.1 Hormonelle Veränderungen während der Schwangerschaft

Die hormonelle Situation einer Schwangeren wird hauptsächlich durch die in der Plazenta produzierten Hormone bestimmt. Vor allem folgende Hormone werden hier gebildet:

Proteohormone

- Humanes Choriongonadotropin (HCG)
- Humanes Plazentalaktogen (HPL)
- Humanes Chorionthyreotropin (HCT)

Steroidhormone

- Gestagene (Progesteron)
- Östrogene (Östriol, Östradiol, Östron)

¹ Pschyrembel online [Stand: 01.09.2016]

² Vgl. Breckwoldt, Schneider (2008), S. 306ff.

Die Synthese von Gestagenen und Östrogenen kann allerdings nur dann erfolgen, wenn fetale oder maternale Steroidvorstufen geliefert werden.³

2.1.1 Proteohormone

2.1.1.1 Humanes Choriongonadotropin (HCG)

HCG ist ein in den Synzytiotrophoblasten gebildetes Glykoprotein, welches das erste Trimenon der Schwangerschaft beherrscht und drei essentielle Aufgaben hat.

Es soll in der fetalen Nebennierenrinde die Produktion von DHEA (Dehydroepiandrosteron), DHEA-S (Dehydroepiandrosteron Sulfat) und anderen Steroidhormonen stimulieren sowie im mütterlichen Ovar die Follikelbildung unterdrücken. Weiters ist es Aufgabe des HCG, wie zuvor des Lutropins (LH), im Gelbkörper die Progesteron- und Östrogenproduktion aufrechtzuerhalten. Diese Funktion ist ab der 6. Woche nicht mehr vonnöten, da ab diesem Zeitpunkt genug plazentare Eigenproduktion vorhanden ist.⁴

Durch einen dem LH strukturell ähnlichen Aufbau finden sich auch Übereinstimmungen der HCG-, mit der LH-Wirkung. Es erfolgt eine Stimulierung der fetalen Gonaden sowie eine Follikelreifung in den fetalen Ovarien. Weiters werden beim männlichen Fetus die Leydig-Zellen zur Bildung von Testosteron aktiviert und der Deszensus der Hoden angeregt.⁵

Das HCG ist auch in der Lage, die Schilddrüsenaktivität der Mutter zu steigern.⁶

Zusätzlich kann noch erwähnt werden, dass die meisten Schwangerschaftstests auf einem Nachweis von HCG im Urin basieren, da HCG ab dem sechsten bis zum achten Tag nach der Befruchtung vermehrt produziert wird.⁷ Während einer normalen Frühschwangerschaft verdoppelt sich der HCG-Gehalt im Serum alle 2 Tage.⁸

Zur Veranschaulichung wird hier die HCG-Konzentration im Plasma und Urin der Mutter während der Schwangerschaft bildlich dargestellt.

³ Vgl. Steldinger, Klosterhalfen (2007), S. 465

⁴ Vgl. Silbernagel, Despopoulos (2003), S. 304

⁵ Vgl. Steldinger, Klosterhalfen (2007), S. 466

⁶ Vgl. Breckwoldt, Karck (2008), S. 303

⁷ Vgl. Silbernagel, Despopoulos (2003), S. 304

⁸ Vgl. Steldinger, Klosterhalfen (2007), S. 466

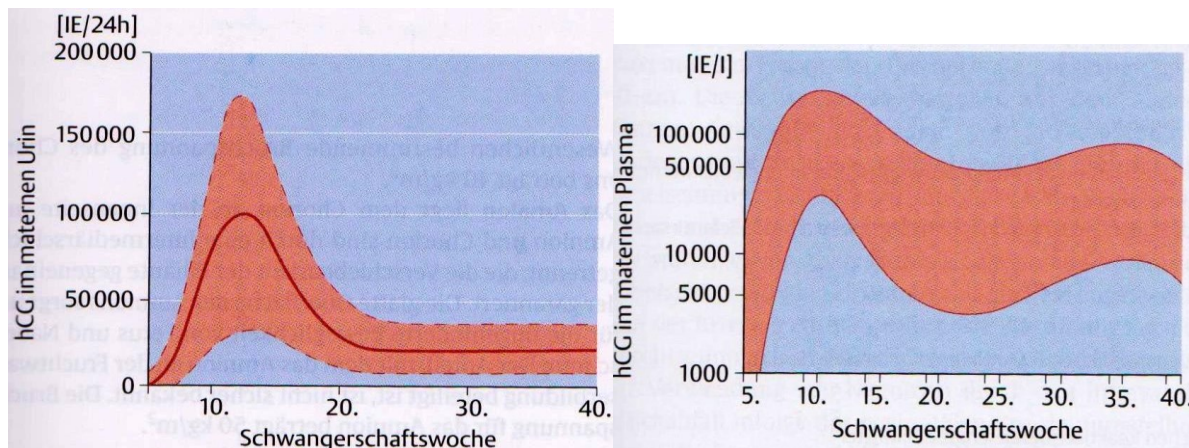


Abb. 1: hCG-Konzentrationen in der Schwangerschaft

Quelle: Gerhard et al. abgebildet in Breckwoldt, Karck (2008), S. 303

2.1.1.2 **Humanes Plazentalaktogen=** **Humanes Chorionsomatototropin (HPL= HCS)**

HPL wird wie auch HCG im Synzytiotrophoblasten gebildet. Es ist ein einkettiges Eiweiß welches eine große Ähnlichkeit mit dem Wachstumshormon hat.⁹

Die HPL Produktion steigt im Laufe der Schwangerschaft kontinuierlich an. Wie auch Prolaktin kann HPL das Wachstum und die Milchproduktion der Brustdrüsen erhöhen und, wie das aus dem Hypophysenvorderlappen kommende Wachstumshormon STH, allgemein Wachstum und Entwicklung beeinflussen. Auch die Erhöhung des mütterlichen Glukosespiegels stellt eine wichtige Funktion von HPL dar.¹⁰

HPL bewirkt im Organismus der Mutter eine starke Lipolyse, sodass es zum Anstieg von freien Fettsäuren kommt. Diese können von der Mutter als Energiesubstrat verwendet werden, wonach die dadurch eingesparte Glukose somit dem Fetus zur Verfügung steht.¹¹

Die Konzentration des HPL im Serum steigt während der Schwangerschaft zunehmend. Im letzten Drittel der Schwangerschaft hängt die Konzentration des HPL im mütterlichen Blut vom Funktionszustand der Plazenta ab. Es kann eine

⁹ Vgl. Steldinger, Klosterhalfen (2007), S. 466

¹⁰ Vgl. Silbernagel, Despopoulos (2003), S. 304

¹¹ Vgl. Breckwoldt, Karck (2008), S. 303

Plazentainsuffizienz, bei HPL-Werten unter 4,0 mg/l nach der 30. Schwangerschaftswoche, diagnostiziert werden.¹²

2.1.1.3 Humanes Chorionthyreotropin (HCT)

Das humane Chorionthyreotropin ist ein Glykoprotein mit thyreotroper Wirkung, seine physiologische Wirkung ist jedoch noch nicht gänzlich bekannt.¹³

2.1.2 Steroidhormone

2.1.2.1 Progesteron

Die wohl wichtigste Aufgabe des Progesterons ist dessen gestagene, also schwangerschaftserhaltende Wirkung. Es bereitet den Genitaltrakt der Frau für die Aufnahme und Reifung des befruchteten Eies vor.¹⁴ Vor allem in den ersten Wochen der Schwangerschaft ist dieses Hormon von großer Bedeutung.¹⁵

Bildungsorte sind das Corpus luteum oder auch Gelbkörper, der Follikel, die Plazenta sowie, auch bei Männern, die Nebennierenrinde. Der Uterus stellt das wichtigste Zielorgan des Progesterons dar. Es fördert das Wachstum der Uterusmuskulatur oder des Myometriums und veranlasst den drüsigen Umbau der Uterusschleimhaut bzw. des Endometriums wo es die Gefäßversorgung und den Glykogengehalt verändert. Dadurch kommt es zu einer Umwandlung vom proliferativen zum sekretorischen Endometrium. Für die mögliche Einnistung des befruchteten Eies, auch Nidation genannt, ist dieses Hormon ebenfalls bedeutend. Außerdem hemmt Progesteron die Kontraktionsfähigkeit der Uterusmuskulatur, was während der Schwangerschaft äußerst wichtig ist.¹⁶

Hauptsächliches Abbauprodukt des Progesterons ist Pregnandiol, welches über den Urin der schwangeren Frau ausgeschieden wird. Der Fetus wiederum baut das plazentare Progesteron zu Kortikosteron, Kortisol und anderen Steroiden um. Im weiteren Sinne soll es auch an einer Entwicklung der Mammae und der Laktogenese beteiligt sein.¹⁷

¹² Vgl. Steldinger, Klosterhalfen (2007), S. 466

¹³ Vgl. Steldinger, Klosterhalfen (2007), S. 467

¹⁴ Vgl. Silbernagel, Despopoulos (2003), S. 303

¹⁵ Vgl. Steldinger, Klosterhalfen (2007), S. 467

¹⁶ Vgl. Silbernagel, Despopoulos (2003), S. 303

¹⁷ Vgl. Steldinger, Klosterhalfen (2007), S. 467

2.1.2.2 Östrogene

Die plazentare Produktion der Östrogene Östron, Östradiol und Östriol nimmt im Laufe der Schwangerschaft beständig zu. Die Bildung von Östron und Östradiol erfolgt aus Dehydroepiandrosteronsulfat bzw. DHEAS, welches vorrangig aus der fetalen Nebennierenrinde kommt. Die Plazenta ist durch einen 16-Hydroxylasemangel nicht in der Lage, Östriol selbstständig zu bilden. Das dafür benötigte 16-OH-DHEAS wird in der fetalen Leber und der fetalen Nebennierenrinde produziert. Die Östriolkonzentration im Serum der Mutter bzw. die Östriolausscheidung im Urin der Mutter sind Vitalitätsparameter für den Fetus, wenn auch untergeordneter Rolle.¹⁸

Östrogene sind für die Entwicklung der weiblichen Geschlechtsmerkmale wichtig. Außerdem ist für eine optimale Progesteronwirkung oftmals eine vorbereitende Einflussnahme durch Östrogene vonnöten. Im Uterus begünstigen sie die Proliferation der Uterusschleimhaut und verstärken die Kontraktilität der Uterusmuskulatur.

Zusätzlich kann noch erwähnt werden, dass Östrogene die Konsistenz des Zervixschleimes dahingehend verändern, dass sie die Wanderung der Spermien und ihr Eindringen in den Uterus erleichtern und ihre Lebenszeit erhöhen. Sie bereiten die Spermien auf das Durchdringen der Eihülle vor und steuern die Wanderungsgeschwindigkeit des Eies durch den Eileiter.¹⁹

Hier werden die Konzentrationen von Progesteron, Östradiol und Östriol bildlich dargestellt.

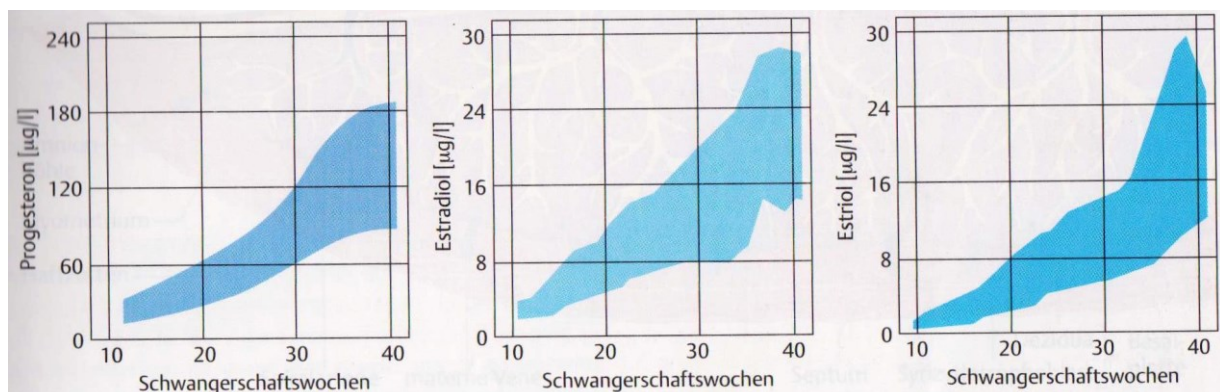


Abb. 2: Progesteron-, Östradiol- und Östriolkonzentrationen in der Schwangerschaft

Quelle: Keck et al. (2002) abgebildet in Breckwoldt (2008), S. 297

¹⁸ Vgl. Steldinger, Klosterhalfen (2007), S. 467

¹⁹ Vgl. Silbernagel, Despopoulos (2003), S. 302

2.1.2.3 Prolaktin

Die Ausschüttung von Prolaktin wird durch Prolaktostatin, welches dem Dopamin gleich ist, gehemmt und durch Thyroliberin gefördert. Bei beiden Geschlechtern erhöht Prolaktin im Hypothalamus die Sekretion von Prolaktostatin, wodurch es zu einer negativen Rückkoppelung kommt. Östriol und Progesteron verhindern dagegen die Prolaktostatinfreisetzung, sodass sich die Ausschüttung von Prolaktin in der Schwangerschaft und auch in der zweiten Hälfte des Zyklus vergrößert. Zusammen mit Östrogenen, Progesteron, Glukocorticoiden und Insulin begünstigt Prolaktin das Wachstum der weiblichen Brust und die darauf folgende Milchbildung oder Laktogenese.²⁰

2.1.2.4 Corticoliberin (CRH)

Das ebenfalls in der Plazenta gebildete CRH spielt bei der hormonalen Regelung der Geburt eine bedeutende Rolle. Bereits ab der zwölften Schwangerschaftswoche steigt seine Konzentration im maternalen Blut exponentiell an. Die Geschwindigkeit der placentaren Zunahme der CRH-Produktion bestimmt die Dauer der Schwangerschaft. Bei einer verfrühten Geburt steigt die Konzentration im Blut schneller, und vor einer verspäteten Geburt langsamer als vor der termingerechten. CRH stimuliert eine ACTH (Adrenokortikotropes Hormon)-Sekretion in der fetalen Hypophyse woraufhin in der fetalen Nebennierenrinde mehr Cortisol gebildet wird, das wiederum die CRH-Ausschüttung fördert und ebenso die Lungenreifung vorantreibt. Außerdem beeinflusst es in der fetalen Nebennierenrinde die Produktion von DHEA und DHEA-S, aus welchem die Plazenta überwiegend Östrogene synthetisiert.²¹

²⁰ Vgl. Silbernagel, Despopoulos (2003), S. 303

²¹ Vgl. Silbernagel, Despopoulos (2003), S. 304

In der folgenden Tabelle werden die klinisch relevanten endokrinen Funktionen der Plazenta nochmals auf einen Blick dargestellt.

<i>plazentare Hormone</i>	<i>biologische Bedeutung</i>	<i>diagnostische Bedeutung</i>
Östrogene: – Östradiol-17 β , – Östron, – Östriol	Proliferation, Ödematisierung, Synthese kontraktile Proteine und Energiedonatoren im Myometrium, Stimulation der Prostaglandinsynthese, Zervixreifung	Östriol: Überwachung der fetoplazentaren Einheit bei Verdacht auf eine Plazentainsuffizienz
Progesteron	Schaffung günstiger Nidationsbedingungen, Erhalt der Schwangerschaft, Wehenhemmung („Progesteronblock“), Mammo- und Laktogenese	Frühschwangerschaft: Beurteilung des fetalen Zustandes
humanes Choriongonadotropin (hCG)	Erhalt des Corpus luteum graviditatis, Stimulation der fetalen Hoden	Schwangerschaftsnachweis
humanes Chorionsomatamototropin (hCS), humanes Plazentalaktogen (hPL)	Proliferation Mammaentwicklung, Stimulation des materalen Anabolismus, Stimulation der materalen Erythropoese	hPL: Überprüfung der metabolischen Plazentafunktion
Glucocorticoide	Immunsuppression	

Abb. 3: Klinisch wichtige endokrine Funktionen der Plazenta

Quelle: Breckwoldt, Karck (2008), S. 302

2.2 Psychische Veränderungen während der Schwangerschaft

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett stellen für jede Frau ein sehr intensives und emotionales Erlebnis dar.

Es kommt zu einer tiefgreifenden Veränderung und Anpassung in der Psyche der Frau.²² Die eigene Persönlichkeit, das soziale Umfeld wie auch die persönlichen Lebensumstände prägen die Entwicklung der psychischen Veränderungen stark. Dennoch lassen sich bestimmte Grundmuster in der psychischen Anpassung während der Schwangerschaft erkennen.²³

Während der Schwangerschaft kommt es weniger häufig zur Erstmanifestation psychiatrischer Störungen als zu sonstigen Zeiten im Leben, im Gegensatz zur

²² Vgl. Breckwoldt, Schneider (2008^b), S. 380

²³ Vgl. Breckwoldt, Schneider (2008^a), S. 316

postpartalen Phase. Jedoch sind Stimmungsschwankungen, positiver als auch negativer Natur in der Schwangerschaft nicht ungewöhnlich.²⁴

2.2.1 Erstes Trimenon

Im ersten Drittel der Schwangerschaft bildet sich durch die Umstellungen im körperlichen Bereich schrittweise das Bewusstsein über die bestehende Schwangerschaft. Anfänglich können die Gefühle darüber durchaus widersprüchlich sein. Große Freude wie auch Ängste und Zweifel bezüglich eines frühzeitigen Verlusts des Kindes sind möglich. Vorherrschend im Bewusstsein ist jedoch die Veränderung der eigenen Person.²⁵

In dieser Zeit steht der Bedarf bezüglich der Anpassung an die neue Lebenssituation im Vordergrund und es können unterschiedliche Gefühle betreffend die Schwangerschaft und die zukünftige Mutterrolle auftreten.²⁶

2.2.2 Zweites Trimenon

Während des 2. Trimenons ist der Fokus der Wahrnehmung auf den Fetus gerichtet. Allmählich spürt die werdende Mutter die Bewegungen des Kindes zunehmend, der Körperumfang nimmt sichtbar zu und auch die bildliche Darstellung des Fetus mittels Ultraschall hilft der Frau dabei das Kind als eigenständiges Wesen zu begreifen, was die Akzeptanz hinsichtlich der Schwangerschaft als bleibende Realität fördert. Das zweite Schwangerschaftsdrittel wird von der Mehrheit der Mütter als positiv und als eine Phase ausgeprägten Wohlbefindens mit gesteigerter physischer Leistungsfähigkeit erlebt. Das Einbeziehen des Partners rund um die Entstehung des neuen Lebens und die Zuwendung des Partners sind in dieser Phase sehr bedeutend.

2.2.3 Drittes Trimenon

Im letzten Drittel der Schwangerschaft kann es vermehrt zu affektiven Verstimmungen kommen. Die Zunahme von Sorgen und Befürchtungen, aber auch körperliche Beschwerden können von Bedeutung sein.²⁷

²⁴ Vgl. Rohde (2001), S. 315

²⁵ Vgl. Breckwoldt, Schneider (2008^a), S. 316

²⁶ Vgl. Rohde (2001), S. 315

Diese Zeit ist von Ängsten und Unsicherheiten bezüglich der bevorstehenden Geburt und den damit verbundenen Schmerzen, vor den neuen Aufgaben und der Verantwortung durch die künftige Elternschaft, geprägt. Aber auch Sorgen rund um den Gesundheitszustand des Kindes mehren sich in dieser Zeit. Die Vorfreude auf den ersten Anblick und die erste Berührung des Neugeborenen wird oft durch Ängste vor dem Trennungsvorgang getrübt. Vor allem in dieser finalen Phase der Schwangerschaft sind Partner, Ärzte/innen, Hebammen und auch das persönliche Umfeld der werdenden Mutter gefordert, sie bestmöglich zu begleiten und zu unterstützen. Die vielseitigen psychischen Veränderungen und Schwankungen der Frau verlangen von diesen Personen vor allem Verständnis, Vertrauen, ihr zuteil werdende Aufmerksamkeit und die Vermittlung von Informationen.²⁸

Probleme in der Partnerschaft oder eine generell sozial schlechte Situation können unter Umständen zu depressiven Verstimmungen beitragen.²⁹

3 Geburt und Wochenbett

Diese Zeit ist wohl für jede Frau eine ganz besondere Zeit. Die Nervosität betreffend die nahende Geburt ist überwunden und nun gilt es, sich dem Muttersein zu widmen und sich von den Anstrengungen der Geburt zu erholen. Das Neugeborene will gefüttert und umsorgt werden und die Verwandtschaft macht sich schon auf den Weg, den Ankömmling zu begrüßen.

3.1 Hormonelle Veränderungen nach der Geburt

Nach dem Ausstoßen der Plazenta kommt es bei der Mutter zu einem raschen Abfall aller Plazentahormone. Der Spiegel des milchbildenden Hormons Prolaktin normalisiert sich am dritten Tag nach der Geburt, bei nichtstillenden Frauen innerhalb von drei bis vier Wochen. Innerhalb dieses Zeitraums wird die Gonadotropinausschüttung aus dem Hypophysenvorderlappen gehemmt. Die während der Schwangerschaft erhöhte Schilddrüsen- und Nebennierenrindenaktivität normalisiert sich. Bei 80% der Wöchnerinnen existiert während der Stillzeit eine

²⁷ Vgl. Rohde (2001), S. 315

²⁸ Vgl. Breckwoldt, Schneider (2008^a), S. 317

²⁹ Vgl. Rohde (2001), S. 315

durch die Hyperprolaktinämie mit Hemmung der gonadotropen Funktion des Hypophysenvorderlappens verursachte Stillamenorrhö. Daher ist bei stillenden Frauen nicht vor der 30. Woche, bei nichtstillenden Frauen nicht vor der 6. Woche nach der Geburt die Bildung eines reifen Follikels im Ovar zu erwarten.

Bei stillenden Wöchnerinnen hält die Hyperprolaktinämie deswegen länger an, da durch den Saugreiz des Kindes immer wieder Prolaktin ausgeschüttet wird und so die Laktopoese fortgesetzt wird.³⁰

Diese besonders starke Prolaktinausschüttung wird auch Laktationsreflex genannt.³¹

Außerdem fördert der Saugreiz die Freisetzung von Oxytocin aus dem Hypophysenhinterlappen in die Zirkulation, was wiederum ein Zusammenziehen der Myoepithelien, die die milchbildenden Azini umgeben, veranlasst und somit den Milchfluss erleichtert und die Rückbildung des Uterus begünstigt.³²

Die verstärkte Kontraktilität des Uterus fördert die Ausscheidung des Lochialsekrets nach der Geburt.³³ Beim Lochialsekret oder auch Wochenfluss genannt handelt es sich um das Wundsekret, welches aus der Wunde des Plazentabettes stammt.³⁴

Die „physiologische Sterilität“ hält umso länger an, je länger und intensiver gestillt wird. Diese Phase bietet allerdings keinen vollständigen Schutz vor einer neuerlichen Empfängnis.³⁵

Abstillen erniedrigt den Prolaktinspiegel und die Milchproduktion wird eingestellt.³⁶

3.2 Psychische Veränderungen nach der Geburt

Meistens äußern sich psychische Veränderungen nach der Geburt in Form von einer auffallend euphorischen Stimmungslage der Frau, die mit der während der Geburt vermehrten Ausschüttung von Endorphinen zusammenhängen kann. Am zweiten oder dritten Tag post partum vollzieht sich der Abfall der Endorphine, deshalb folgt oft eine kurze Phase depressiver Verstimmtheit. Während dieser Zeit haben ein enger

³⁰ Vgl. Breckwoldt (2008), S. 474f.

³¹ Vgl. Silbernagel, Despopoulos (2003), S. 303

³² Vgl. Breckwoldt (2008), S. 474f.

³³ Vgl. Silbernagel, Despopoulos (2003), S. 303

³⁴ Vgl. Breckwoldt (2008), S. 473f.

³⁵ Vgl. Breckwoldt (2008), S. 474f.

³⁶ Vgl. Silbernagel, Despopoulos (2003), S. 303

Mutter-Kind-Kontakt (rooming-in) und häufiger Kontakt zum sozialen Umfeld positive Auswirkungen auf die Mutter.

Wenn die depressive Phase länger anhält oder sich verschlimmert, muss eine Psychose im Sinne einer endogenen Depression mit Tendenzen zum Suizid unbedingt durch einen Experten/innen ausgeschlossen werden.³⁷

3.3 Wochenbett

„Das Puerperium oder Wochenbett umschreibt den Zeitraum von 6–8 Wochen nach der Geburt bis zur Rückbildung der Schwangerschafts- und Geburtsveränderungen bei der Mutter.“³⁸

Die Zeit nach der Geburt ist für jede Frau eine Phase besonderer Herausforderung. Abgesehen von den individuellen Beschwerden der Mutter und den Rückbildungs- und Wundheilungsvorgängen heißt es für die Frau auch eine Beziehung zu dem Neugeborenen aufzubauen, die Ernährung sicherzustellen und das Kind in das tägliche Leben und die Familie einzugliedern. In dieser sensiblen Phase, die nicht selten weitere belastende Probleme beinhaltet, neigen Frauen besonders zu psychischen Veränderungen.³⁹

4 Fragestellung

Besteht zwischen der vermehrten Produktion von Hormonen während der Schwangerschaft beziehungsweise dem abruptem Abfall dieser nach der Geburt und der Entstehung einer postpartalen Depression ein Zusammenhang und stellt dieser einen erheblichen Risikofaktor dar?

5 Postpartale Störungen im Wochenbett

Psychische Veränderungen im Zusammenhang mit der Entbindung und während des Wochenbetts sind sehr häufig und weit verbreitet. Jedoch sollen die verschiedenen

³⁷ Vgl. Breckwoldt (2008), S. 475

³⁸ Pschyrembel online [Stand: 01.09.2016]

³⁹ Vgl. Kranzfelder (2003), S. 291

psychischen Reaktionen hinsichtlich ihres Schweregrades und Krankheitswerts unterschieden werden.⁴⁰

In der Literatur finden sich verschiedene Bezeichnungen der unterschiedlichen Formen postpartaler Störungen. In dieser Arbeit soll zwischen drei verschiedenen Formen von psychischen Störungen nach der Geburt unterschieden werden, den häufig vorkommenden „Baby Blues“ oder auch „Heultagen“, denen eigentlich kein Krankheitswert zukommt, woraus aber Übergänge zu den beiden anderen Störungen möglich sind, einer postpartalen Depression und der postpartalen Psychose.

Alle drei kommen unterschiedlich häufig vor und haben viele verschiedene Faktoren als mögliche Ursachen.⁴¹

Es wird überwiegend davon ausgegangen, dass es sich bei postpartalen Störungen um keine nosologische Entität, also keine eigenständige Krankheitseinheit handelt.⁴²

Dennoch wird die getrennte Betrachtung der verschiedenen postpartalen Störungen als sinnvoll erachtet, da sie jeweils mit besonderen Aspekten einhergehen und um ein möglichst frühes Erkennen und entsprechendes Behandeln zu ermöglichen.⁴³

5.1 Baby Blues oder „Heultage“

5.1.1 Definition

„Nichtpsychotische depressive Verstimmung im Puerperium von in der Regel kurzer Dauer (wenige Stunden bis mehrere Tage).“⁴⁴

Als Baby Blues bezeichnet man Stimmungsschwankungen, die um den 3. Bis 5. Tag nach der Geburt auftreten. Diese bestehen meist aus einem Wechsel zwischen Euphorie und Insuffizienzgefühlen.⁴⁵

Auch im deutschen Sprachraum scheint sich der Begriff „Baby Blues“ immer mehr durchzusetzen, weil der Begriff „Heultage“ von den Betroffenen als Diskriminierung empfunden wird.⁴⁶

⁴⁰ Vgl. Kranzfelder (2003), S. 310

⁴¹ Vgl. Kapfhammer (2002), S. 1542

⁴² Vgl. Riecher-Rössler u. Rohde (2005) zit. nach Rohde, Dorsch (2011), S. 1419

⁴³ Vgl. Rohde, Dorsch (2011), S. 1409

⁴⁴ Psyhyrembel online [Stand: 01.09.2016]

⁴⁵ Vgl. Rohde, Dorsch (2011), S. 1419

⁴⁶ Vgl. Rohde, Dorsch (2011), S. 1419

5.1.2 Epidemiologie

Die Häufigkeit des Baby Blues wird mit 50-70% angegeben.⁴⁷

Baby Blues treten sehr häufig auf. In der Literatur finden sich unterschiedliche Angaben zur prozentuellen Prävalenz. Diese schwanken zwischen 25 und 80 Prozent, sind jedoch meist im mittleren Bereich angesiedelt.

5.1.3 Klassifikation

In der ICD-10 ist die Kodierung des Baby Blues nicht vorgesehen, da es sich eigentlich nicht um einen pathologischen Zustand handelt.⁴⁸

5.1.4 Symptomatik

Anfangs äußert sich die Stimmungslage äußerst euphorisch, was eventuell durch die vermehrte Ausschüttung von Endorphinen während der Geburt begründet werden kann. Dieser Euphorie folgt danach eine meist kurz anhaltende depressive Verstimmung.⁴⁹ Symptome wie Verletzlichkeit, Traurigkeit, scheinbar unbegründetes Weinen, Ängste, Reizbarkeit und vorübergehende Schlafstörungen werden in dieser Phase beobachtet.⁵⁰

Die Ausprägung dieser Symptome wird mit dem raschen Abfall der Hormone, die während der Schwangerschaft auf bis zu 200fache Werte ansteigen und innerhalb von 3-5 Tagen nach der Geburt wieder normale bzw. erniedrigte Werte erreichen, in Verbindung gebracht.⁵¹

„Die Symptomatik ist als nichtpathologische Folge der abrupten Hormonumstellung in den ersten Tagen nach der Entbindung anzusehen.“⁵²

5.1.5 Diagnostik

Die depressive Verstimmung kann an jedem Tag zwischen dem 3. und 10. Tag nach der Geburt auftreten, wobei der Höhepunkt zwischen dem 3. und 5. Tag liegt.⁵³

⁴⁷ Vgl. Miller, Rukstalis (1999); Riecher-Rössler u. Rohde (2005) zit. nach Rohde, Dorsch (2011), S. 1419

⁴⁸ Vgl. Rohde, Dorsch (2011), S. 1419

⁴⁹ Vgl. Breckwoldt (2008), S. 475

⁵⁰ Vgl. Kranzfelder (2003), S. 310

⁵¹ Vgl. Pitt (1973) zit. nach Rohde, Dorsch (2011), S. 1419

⁵² Rohde, Dorsch (2011), S. 1419

⁵³ Vgl. Kranzfelder (2003), S. 310

5.1.6 Verlauf und Prognose

Sehr selten kommt es zur Entstehung einer postpartalen Depression oder Psychose im direkten Übergang vom Baby Blues.⁵⁴

Jedoch gilt eine ausgeprägte und schwere Symptomatik in der Phase des Baby Blues als Vulnerabilitätsmerkmal bezüglich des Auftretens einer postpartalen Depression.⁵⁵

Bei anhaltenden oder schlimmer werdenden Symptomen muss eine echte Psychose mit suizidalen Tendenzen ausgeschlossen werden.⁵⁶

5.1.7 Therapie

Eine spezielle Therapie ist nicht vonnöten, da die Symptome bereits nach spätestens 2-3 Tagen von selbst abklingen.⁵⁷

In dieser Phase nach der Geburt scheinen Zuwendung, Verständnis, Unterstützung, Schonung und Aufklärung den betroffenen Wöchnerinnen am besten zu helfen darüber hinwegzukommen.⁵⁸

Tröstende Gespräche mit im Idealfall diesbezüglich ausgebildetem medizinischen Personal sind hier meist ausreichend.⁵⁹

Auch der enge Mutter-Kind-Kontakt (rooming-in) und Umgang mit dem familiären Umfeld haben positive Auswirkungen auf die Frau.⁶⁰

5.2 Postpartale Depression

5.2.1 Definition

„Form der Depression, die meist innerhalb der ersten Monate post partum auftritt.“⁶¹

Auch hier findet man in der Literatur unterschiedliche Begrifflichkeiten, wie Wochenbettdepression oder postnatale Depression. Vor allem im englischen Sprachgebrauch wird meist postnatal verwendet. In dieser Arbeit wird der Begriff postpartale Depression angewandt.

⁵⁴ Vgl. Rohde, Dorsch (2011), S. 1419

⁵⁵ Vgl. Bloch et al. (2005) zit. nach Rohde, Dorsch (2011), S. 1419

⁵⁶ Vgl. Breckwoldt (2008), S. 475

⁵⁷ Vgl. Rohde, Dorsch (2011), S. 1419

⁵⁸ Vgl. Kranzfelder (2003), S. 310

⁵⁹ Vgl. Rohde (2001), S. 316

⁶⁰ Vgl. Breckwoldt (2008), S. 475

⁶¹ Pschyrembel online [Stand: 01.09.2016]

5.2.2 Epidemiologie

Depressive Symptome sind aufgrund ihrer Häufigkeit und Folgen die wichtigsten psychopathologischen Symptome nach der Geburt.⁶²

Die Häufigkeit der postpartalen Depression liegt bei ungefähr 10-15% aller Entbindungen, wobei Erstgebärende am häufigsten betroffen sind.⁶³

In der bestehenden Literatur lassen sich auch hier wieder große Schwankungen bei den prozentuellen Angaben erkennen.

In einer Metaanalyse von 149 Studien aus 40 Ländern von Halbreich und Karkun 2006 betrug die Schwankungsbreite beispielsweise 0,5-60%, was jedoch vor allem aufgrund der kulturellen Unterschiede der Fall war.⁶⁴

Doch auch von den niedrigeren Werten ausgehend, mit klinisch relevanten Symptomen einer postpartalen Depression, ergibt sich doch eine beachtliche Zahl an Betroffenen, deren Partner, Kinder und Familien.⁶⁵

5.2.3 Klassifikation

In der ICD-10 wird nahegelegt, psychische Störungen im Wochenbett mit den entsprechend bestehenden psychiatrischen Störungen zu klassifizieren.

Durch den Zusatz O99.3 kann die Verbindung zum Wochenbett hergestellt werden.

Nur in besonderen Fällen, wenn die Diagnosekriterien einer anderen psychiatrischen Störung nicht erfüllt werden, soll die Zuordnung unter ICD-10 F53 erfolgen und im Zeitraum von Beginn des Wochenbetts bis 6 Wochen nach der Geburt liegen.⁶⁶

Diese Diagnose lautet „psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, andernorts nicht klassifiziert“⁶⁷

DSM-5 erweiterte die Definition der postpartalen Depression hinsichtlich ihres Entstehungszeitpunktes, also entweder bereits in der Schwangerschaft oder innerhalb der ersten vier Wochen nach der Geburt.⁶⁸

Zuvor verstand man darunter nach den Kriterien des DSM-4 das Auftreten einer depressiven Störung zwei bis maximal zwölf Wochen nach der Geburt.⁶⁹

⁶² Vgl. Rohde, Dorsch (2011), S. 1419

⁶³ Vgl. Rohde (2001), S. 317

⁶⁴ Vgl. Rohe, Dorsch (2011), S.1420

⁶⁵ Vgl. Rohde, Dorsch (2011), S. 1420f.

⁶⁶ Vgl. ICD-10 (2016), S. 225

⁶⁷ ICD-10 (2016), S. 225

⁶⁸ Vgl. American Psychiatric Association et al. (2013) zit. nach Schiller et al. (2015), S. 3

⁶⁹ Vgl. American Psychiatric Association (1996) zit. nach Krüger (2003), S. 389

5.2.4 Symptomatik

Die Symptomatik postpartaler Depressionen ist sehr weitreichend. Sie umfasst eigentlich das gesamte Spektrum von depressiven Symptomen und kann von einer leichten depressiven Verstimmung bis hin zur schweren Depression mit melancholischen Merkmalen sowie unter Umständen auch psychotischen Depressionen reichen.⁷⁰

Der Beginn passiert eher schleichend und bei den Symptomen handelt es sich etwa um unbegründete Traurigkeit, Versagensängste, Antriebslosigkeit, Müdigkeit, Schuldgefühle und Angstzustände in verschiedenen Ausprägungen.⁷¹

Dazu möchte ich eine Tabelle von häufigen Symptomen postpartaler Depressionen einfügen:

Konzentration	Konzentrationsstörungen
Formales Denken	Grübeln, Denkverlangsamung
Ich-Funktionen	Derealisation/Depersonalisation (Gefühl der Unwirklichkeit für die Umgebung/ den eigenen Körper)
Antrieb/Psychomotorik	Lust- und Interesselosigkeit, Antriebsminderung, Apathie bzw. Agitiertheit, sozialer Rückzug
Affektivität	Depressivität, Insuffizienzgefühle, Schuldgefühle, „mangelnde Mutter-Kind-Gefühle“, Reizbarkeit, innere Unruhe, unbestimmte Angst, Panikattacken
Zwangssymptome	Zwangsgedanken und -impulse (dem Kind etwas anzutun), seltener Zwangshandlungen
Schlaf	Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Früherwachen
Suizidalität	Suizidgedanken, Suizidhandlungen (Gefahr des erweiterten Suizids)
Somatische Symptome	Müdigkeit, Appetitminderung, Gewichtsverlust, Energiemangel

Abb. 3: Häufige Symptome postpartaler Depressionen
Quelle: Rhode (2001), S. 319

⁷⁰ Vgl. Rohde (2001), S. 317

⁷¹ Vgl. Kranzfelder (2003), S. 310f.

Rohde unterscheidet im Zusammenhang mit postpartalen Depressionen außerdem zwischen drei unterschiedlichen Pränanztypen und beschreibt die im Vordergrund stehende Symptomatik folgendermaßen.

„Insuffizienztyp“

Die depressive Verstimmung steht im Vordergrund mit Insuffizienzgefühlen, Schuldgefühlen, der Überzeugung, eine schlechte Mutter zu sein. Die Mutter-Kind-Gefühle sind nicht in der Art vorhanden, wie die Mutter sie erwartet, was wiederum Schuldgefühle verursacht. Oftmals endomorphe Symptomatik (mit Konzentrationsstörungen, Antriebsmangel, Schlafstörungen, Appetitstörungen, Tagesschwankungen etc. bis hin zur Suizidalität)

„Zwangstyp“

Depressive Verstimmung mit im Vordergrund stehender Zwangssymptomatik („obsession of infanticide“, Gedanke bzw. Impuls, dem eigenen Kind etwas anzutun, es zu verletzen, zu töten etc.). Verbunden mit ausgeprägten Schuld – und Schamgefühlen, Angst vor Kontrollverlust und Vermeidungsverhalten (Situationen, in denen das Kind vermeintlich „gefährdet“ ist, werden vermieden.) Die Depression entwickelt sich häufig nach der Zwangssymptomatik.

„Paniktyp“

Auftreten depressiver Verstimmung parallel mit der meist erstmaligen Manifestation von Panikattacken⁷²

5.2.5 Diagnostik

Für das Feststellen einer postpartalen Depression hat sich die validierte und weltweit eingesetzte Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) von Cox et al. 1987 als hilfreich erwiesen. Es gibt ebenfalls eine validierte deutsche Fassung von Bergant et al. 1998.⁷³

⁷² Rohde (2001), S. 319

⁷³ Vgl. Rohde, Dorsch (2011), S. 1421

Die EPDS gilt als Screeninginstrument, ersetzt aber die Diagnose der postpartalen Depression nicht, sondern ermöglicht lediglich im klinischen Alltag wie auch im Rahmen von Forschungsprojekten die Betroffenen leichter ausfindig zu machen.⁷⁴

Die Diagnose erfolgt gemäß der Symptomatik in den dafür vorgesehenen Kategorien des ICD-10.⁷⁵

⁷⁴ Vgl. Wendt u. Rohde (2003); Reulbach et al. (2009) zit. nach Rohde, Dorsch (2011), S. 1421

⁷⁵ Vgl. Rohde, Dorsch (2011), S. 1421

Fragebogen zur PPD-Selbsteinschätzung Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale (nach Cox, Holden & Sargovsky, 1987)

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.

- | | |
|--|--|
| <p>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.</p> | <p>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.</p> |
| <p>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.</p> | <p>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.</p> |
| <p>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.</p> | <p>I have blamed myself unnecessarily when things went wrong.
Yes, most of the time.
Yes, some of the time.
Not very often.
No, never.</p> |
| <p>IV. Ich war aus unerfindlichen Gründen ängstlich oder besorgt.
[0] Nein, gar nicht.
[1] Selten.
[2] Ja, gelegentlich.
[3] Ja, sehr oft.</p> | <p>I have been anxious and worried for no good reason.
No, not at all.
Hardly ever.
Yes, sometimes.
Yes, very often.</p> |
| <p>V. Ich erschrak leicht oder geriet grundlos in Panik.
[3] Ja, sehr häufig.
[2] Ja, gelegentlich.
[1] Nein, kaum.
[0] Nein, überhaupt nicht.</p> | <p>I have felt scared and panicky for no good reason.
Yes, quite a lot.
Yes, sometimes.
No, not much.
No, not at all.</p> |
| <p>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.</p> | <p>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.</p> |
| <p>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.</p> | <p>I have been so unhappy that I have difficulty sleeping.
Yes, most of the time.
Yes, sometimes.
Not very often.
No, not at all.</p> |
| <p>VIII. Ich habe mich traurig oder elend gefühlt.
[3] Ja, meistens.
[2] Ja, gelegentlich.
[1] Nein, nicht sehr häufig.
[0] Nein, gar nicht.</p> | <p>I have felt very sad or miserable.
Yes, most of the time.
Yes, quite often.
Not very often.
No, not at all.</p> |
| <p>IX. Ich war so unglücklich, dass ich weinen mußte.
[3] Ja, die ganze Zeit.
[2] Ja, sehr häufig.
[1] Nur gelegentlich.
[0] Nein, nie.</p> | <p>I have been so unhappy that I have been crying.
Yes, most of the time.
Yes, quite often.
Only occasionally.
No, never.</p> |
| <p>X. Ich hatte den Gedanken, mir selbst etwas anzutun.
[3] Ja, recht häufig.
[2] Gelegentlich.
[1] Kaum jemals.
[0] Niemals.</p> | <p>The thought of harming myself has occurred to me.
Yes, quite often.
Sometimes.
Hardly ever.
Never.</p> |

Abb. 4: Fragebogen zur PPD-Selbsteinschätzung Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale
Quelle: <http://www.schatten-und-licht.de/index.php/de/> [Stand 01.09.2016]

5.2.6 Verlauf und Prognose

Vor allem wenn es sich um das erstmalige Auftreten einer Depression handelt, ist sie meist gut zu behandeln und man geht von einem raschen Therapieerfolg aus. Eine möglichst zeitige und effiziente Behandlung sind hier jedoch von großer Bedeutung.

Nicht nur wegen des Empfindens der Betroffenen, sondern auch um die Stabilität der Familie zu wahren und Entwicklungsverzögerungen des Kindes zu vermeiden.⁷⁶

Lange bestehende Depressionen können, durch eine Störung der Mutter-Kind-Beziehung, negative Einflüsse auf das Kind haben.⁷⁷

5.2.7 Therapie

Die Therapie erfolgt in Abhängigkeit der bestehenden Symptome. Bei schwereren Depressionen wird vorübergehend eine medikamentöse Therapie durchgeführt. Oft ist eine Behandlung mit Antidepressiva unumgänglich. Bei stillenden Müttern müssen in diesem Fall jedoch eine ausführliche Nutzen-Risiko-Abwägung und eine sorgfältige Wahl des Präparates erfolgen.⁷⁸

Hier werden vor allem SSRIs oder Venlafaxin für die Behandlung empfohlen, da sie gut mit dem Stillen vereinbar sind und die Gefahr eines Überganges in eine Manie oder postpartale Psychose minimiert wird.⁷⁹

Auch Fluoxetin wird im Zusammenhang mit der medikamentösen Behandlung häufig untersucht. Dabei kam man zum Ergebnis, dass Fluoxetin zwar signifikant besser wirkt als Placebos, jedoch gleich wirksam ist wie verhaltenstherapeutische Sitzungen bei nicht-psychotischen Depressionen. Daher empfehlen die Experten/innen den Betroffenen die Wahl der Therapieform zu überlassen.⁸⁰

Wenn möglich, sollte unter Berücksichtigung des klinischen Beschwerdebildes und der medikamentösen Dosierung, unbedingt weiter gestillt werden.⁸¹

Die kognitive Verhaltenstherapie oder eine interpersonelle Therapie können in weniger schweren Fällen sinnvoll sein.⁸²

Im akuten Stadium wird die supportive Psychotherapie angewandt, da sie sich sehr konkret an der Situation der Mutter orientiert.⁸³

⁷⁶ Vgl. Rohde, Dorsch (2011), S. 1422

⁷⁷ Vgl. Righetti-Veltima et al. (2002); Murray et al. (2003) zit. nach Rohde, Dorsch (2011), S. 1422

⁷⁸ Vgl. Rohde, Dorsch (2011), S. 1422

⁷⁹ Vgl. Wickberg, Hwang (1996) zit. nach Krüger (2003), S. 390

⁸⁰ Vgl. Hoffbrand et al. (2001); Appleby et al (1997) zit. nach Campbell (2006), S. 484

⁸¹ Vgl. Kranzfelder (2003), S. 311

⁸² Vgl. Wickberg, Hwang (1996) zit. nach Krüger (2003), S. 390

Besonders die interpersonelle Psychotherapie zeigte gute Wirksamkeit in Therapiestudien. Für diese gibt es sogar ein spezielles Modul für die postpartale Depression in dem es um Rollenwechsel geht.⁸⁴

5.3 Postpartale Psychose

5.3.1 Definition

„Nicht einheitlich verwendete Bezeichnung für psychotische Störungen, die im Puerperium auftreten.“⁸⁵

Hier ist anzumerken, dass bei postpartalen Psychosen zwischen Psychosen des frühen Wochenbetts und des späten Wochenbetts unterschieden werden kann.

Psychosen des frühen Wochenbetts entstehen zwischen dem dritten und vierten Tag nach der Geburt und entsprechen zeitlich gesehen somit der Phase der hormonellen Umstellungen.

Psychosen des späten Wochenbetts treten zwischen dem 10. und dem 30. Tag nach der Geburt auf und meist handelt es sich um typische endogene Depressionen mit Suizidgefahr.⁸⁶

5.3.2 Epidemiologie

Die Häufigkeit von postpartalen Psychosen beläuft sich auf 0,1-0,2%.⁸⁷

Das Wochenbett stellt eine besonders kritische Zeit für das Auftreten psychotischer Erkrankungen dar. Dennoch kommen echte Psychosen wie Schizophrenie oder ein manisch-depressives Krankheitsbild während der Schwangerschaft und im Wochenbett nur selten vor.⁸⁸

5.3.3 Klassifikation

Entsprechend der Symptome in ICD-10.

⁸³ Vgl. Rohde, Dorsch (2011), S. 1422

⁸⁴ Vgl. O'Hara et al. (2000) zit. nach Rohde, Dorsch (2011), S. 1422

⁸⁵ Pschyrembel online [Stand: 01.09.2016]

⁸⁶ Vgl. Breckwoldt, Schneider (2008^b), S. 380

⁸⁷ Vgl. Brockington (2004) zit. nach Rohde, Dorsch (2011), S. 1423

⁸⁸ Vgl. Breckwoldt, Schneider (2008^b), S. 380

5.3.4 Symptomatik

Postpartale Psychosen können nach der Geburt erstmals oder wiederkehrend auftreten.⁸⁹ Besonders häufig sind bipolare, affektive oder schizoaffektive Psychosen mit manischer Symptomatik.⁹⁰

Meist besteht ein Zusammenhang mit Themen, die das Kind und die Geburt betreffen.⁹¹

Mc Neil 1986 bezeichnet dies als pathoplastischen Effekt der Geburt.⁹²

Bei schizophrenen Psychosen zeigt sich oftmals eine Antriebssteigerung, aber auch katatone Zustände kommen vor.⁹³ Bei der Katatonie handelt es sich um ein Syndrom bei dem die psychomotorischen Störungen im Vordergrund stehen.⁹⁴

Wichtig in diesem Zusammenhang ist vor allem, ein besonderes Augenmerk auf das Wohl des Kindes zu legen.⁹⁵

„Man darf die potenzielle Gefährdung des Kindes nicht übersehen, etwa durch die Gefahr des erweiterten Suizides bei einer ausgeprägten depressiven Symptomatik, bei schweren Verhaltensauffälligkeiten der Mutter im Rahmen einer manischen Symptomatik oder unter dem Einfluss akustischer Halluzinationen oder von Wahnsymptomen.“⁹⁶

Bei Psychosen des frühen Wochenbetts stehen amentielle Bilder mit Verwirrtheit, Desorientierung, Unruhe und Stupor im Vordergrund.

Typische Symptome bei Psychosen des späten Wochenbetts sind hier neben der depressiven Stimmung Erschöpfung, mangelndes Interesse, Antriebslosigkeit, Appetitverlust und Schlafstörungen.⁹⁷

5.3.5 Diagnostik

Auch bei postpartalen Psychosen handelt es sich um kein eigenständiges Krankheitsbild. Die Zuordnung der Symptome erfolgt gemäß den Kategorien der ICD-10 wobei hier nicht von Bedeutung ist ob es sich um eine Ersterkrankung oder die Wiederkehr einer bereits zuvor bestandenen Symptomatik handelt.⁹⁸

⁸⁹ Vgl. Rohde, Dorsch (2011), S. 1424

⁹⁰ Vgl. Dean, Kendell (1981); Brockington (2004); Heron et al. (2009) zit. nach Rohde, Dorsch (2011), S. 1424

⁹¹ Vgl. Rohde, Dorsch (2011), S. 1424

⁹² Vgl. McNeil (1986) zit. nach Rohde, Dorsch (2011), S. 1424

⁹³ Vgl. Rohde, Marneros (1993) zit. nach Rohde, Dorsch (2011), S. 1424

⁹⁴ Vgl. Psyhyrembel online [Stand: 01.09.2016]

⁹⁵ Vgl. Rohde, Dorsch (2011), S. 1424

⁹⁶ Rohde, Dorsch (2011), S. 1424

⁹⁷ Vgl. Breckwoldt, Schneider (2008^b), S. 380

5.3.6 Verlauf und Prognose

Bei postpartalen Psychosen handelt es sich meist um rezidivierende Erkrankungen.⁹⁹

Der Verlauf zeigt sich meist positiv da sie, unter Umständen durch die akute Symptomatik, gut behandelbar sind.¹⁰⁰

Die Prognose für die Psychose des frühen Wochenbetts ist gut und sie klingt meist ohne Einsatz einer spezifischen Therapie ab.¹⁰¹

5.3.7 Therapie

Die Therapie sollte bei postpartalen Psychosen immer mit einem stationären Aufenthalt begonnen werden, in Einzelfällen kann auch eine zwangsweise Unterbringung nötig sein. Die Verantwortung für die Erkrankte darf auf keinen Fall von Angehörigen übernommen werden. Kann das Stillen des Neugeborenen trotz der akuten Symptomatik weiterhin erfolgen, muss die Auswahl der Medikation nach einer sorgfältigen Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen.¹⁰²

Die Therapie in der akuten Phase der Psychose erfolgt zumeist medikamentös. Angewandt werden Neuroleptika, Phenothiazine, Antidepressiva sowie Sedativa. Sobald die akute Symptomatik abklingt kann mit einer Psychotherapie begonnen werden.¹⁰³

6 Diskussion

Viele Forscher und Wissenschaftler beschäftigen sich heutzutage mit dem Thema „postpartale Depression“ und versuchen auf verschiedene Weise mögliche Ursachen für diese Erkrankung zu definieren. Es gibt bereits jede Menge wissenschaftlicher Publikationen zu diesem Thema, eine einheitliche Begründung wie und warum es zu dieser psychischen Umstellung im Wochenbett kommt, wurde allerdings bis dato nicht gefunden bzw. beschrieben.

Im medizinischen Forschungsbereich beschäftigte man sich anfangs hauptsächlich damit, stoffliche also vor allem hormonelle Ursachen zu finden. Erst später, Ende der 70er Jahre, wurden psychologische Hintergründe und psychosoziale Faktoren in Zusammenhang mit der postpartalen Depression gebracht und weiter betrachtet.

⁹⁸ Vgl. Rohde, Dorsch (2011), S. 1424

⁹⁹ Vgl. Rohde, Marneros (1993); Schöpf, Rust (1994); Brockington (2004); Garfield et al. (2004); Riecher-Rössler, Rohde (2005) zit. nach Rohde, Dorsch (2011), S. 1424

¹⁰⁰ Vgl. Rohde, Dorsch (2011), S. 1424

¹⁰¹ Vgl. Breckwoldt, Schneider (2008^b), S. 380

¹⁰² Vgl. Rohde, Dorsch (2011), S. 1424

¹⁰³ Vgl. Breckwoldt, Schneider (2008^b), S. 380

Auch heute noch verhält es sich ähnlich, wobei die psychosozialen Faktoren in den Vordergrund gerückt sind.

So existieren viele verschiedene Meinungen und Erklärungsmodelle, die zum Teil widerlegt wurden, mehrheitlich jedoch als mögliche Ursachen in Betracht gezogen werden können.

Im Folgenden sollen nun einige wissenschaftliche Erkenntnisse aufgezählt und näher betrachtet werden, um die Beantwortung der Fragestellung möglich zu machen. Hierbei sollen zunächst die Risikofaktoren für eine postpartale Depression geklärt werden, insbesondere sollen etwaige hormonelle Risikofaktoren bzw. therapeutische Ansätze in Verbindung mit Hormonen beleuchtet werden.

6.1 Risikofaktoren für die Entstehung einer postpartalen Depression

In der Literatur werden viele verschiedene Risikofaktoren für postpartale Depressionen genannt. In dieser Arbeit soll zwischen körperlichen und psychosozialen Risikofaktoren unterschieden werden. Diese sollen im folgenden Abschnitt angeführt und einige des Weiteren näher erläutert werden.

6.1.1 Körperliche Faktoren

- Die herkömmlichen Umstellungen, die der Körper während der Schwangerschaft und nach der Geburt durchmacht
- Durch Schwangerschaft und Geburt ausgelöste hormonelle Veränderungen
- Die erbliche Vorbelastung
- Eine vorangegangene postpartale Reaktion
- Komplikationen während der Schwangerschaft oder der Geburt
- Stillen und Abstillen
- Das Prämenstruelle Syndrom (PMS) und Menstruationsbeschwerden
- Schilddrüsenfunktionsstörungen¹⁰⁴

¹⁰⁴ Vgl. Dunnewold, Sanford (1996), S. 60f.

6.1.1.1 Hormonelle Faktoren

Untersucht wurden im Zusammenhang mit postpartalen Depressionen viele biologische Faktoren wie zum Beispiel Progesteron, Östrogen, Cortisol, Schilddrüsenhormone, β -Endorphine, Prolaktin, Stillen und Abstillen, Neurotransmitterfunktionen, die Hypophysenhinterlappen-Hormone Oxytocin und Vasopressin, sowie Schlafentzug.¹⁰⁵

Hormone wie Östrogen, Progesteron, β -Endorphin, HCG und Cortisol steigen während der Schwangerschaft an, und sinken nach der Geburt drastisch ab.¹⁰⁶

Schnelle Hormonlevelveränderungen, wie Östrogen während des Wochenbetts, verändern die Werte dieser Hormone entweder zu hoch oder zu niedrig und könnten zu einer postpartalen Depression führen.¹⁰⁷

Außerdem wird das starke Absinken der reproduktiven Hormonwerte, die nach der Geburt auftreten, von einigen Forschern/innen als Hauptgrund für das Entstehen einer postpartalen Depression gesehen.¹⁰⁸

6.1.1.1.1 Östrogene

Vor allem die Bedeutung des Östrogens, insbesondere des 17- β -Östradiol, scheint in Verbindung mit postpartalen Störungen eine Rolle zu spielen.

Innerhalb weniger Tage nach der Geburt kommt es zu einem drastischen Abfall der Östrogen- und Progesteronsekretion. Dies kann ein Risikofaktor für das Vorkommen psychischer Störungen sein.¹⁰⁹ In einer offenen Studie von Gregoire et al. 1996 wurde 17- β -Östradiol in Kombination mit Standardantidepressiva erfolgreich zur Behandlung von postpartalen Depressionen eingesetzt.¹¹⁰

Immer wieder wurde ein Zusammenhang zwischen der Veränderung des Östrogenspiegels und leichten depressiven Symptomen, emotionaler Labilität und Irritabilität beobachtet.¹¹¹ Vor allem beim postpartalen Blues und der postpartalen Psychose scheint ein kurz wirkender biologischer Faktor wie die hormonelle Veränderung relevant zu sein. Dabei sind nicht nur Östrogene sondern vermutlich

¹⁰⁵ Hendrick, Altshuler (1998), S. 67 ff.

¹⁰⁶ Bloch et al. (2000); Soares, Zitek (2008) zit. nach Abdollahi et al. (2016), S. 233

¹⁰⁷ Hoefliger (2003) zit. nach Abdollahi et al. (2016), S. 233

¹⁰⁸ Hoefliger (2003); Young et al. (2000) zit. nach Abdollahi et al. (2016), S. 233

¹⁰⁹ Vgl. Rupprecht, Müller (2011), S. 258

¹¹⁰ Vgl. Gregoire et al. (1996) zit. nach Rupprecht, Müller (2011), S. 258

¹¹¹ Vgl. Kahn, Halbreich (2005); Bergemann, Riecher-Rössler (2005); Riecher-Rössler (2005) zit. nach Riecher-Rössler (2011), S. 153

auch Progesteron von Bedeutung.¹¹² Bei einigen, allerdings noch nicht kontrollierten, Interventionsstudien wurde durch transdermale wie sublinguale Östrogensubstitution bei postpartaler Depression eine signifikante Besserung festgestellt. Auch bei postpartaler Psychose zeigte sich ein positiver Effekt.¹¹³

Östrogenen werden hier zahlreiche neuro- und psychoprotektive Eigenschaften beigemessen, wobei das 17- β -Östradiol (das natürliche Östrogen) die stärkste Aktivität im Gehirn zeigt.¹¹⁴

Unterschieden wird zwischen zwei Subtypen von Östrogenrezeptoren, dem Östrogenrezeptor- α und dem Östrogenrezeptor- β , welche von unterschiedlichen Genen transkribiert werden.¹¹⁵

In Autopsiestudien konnte die Östrogen- α -Messenger-RNA in bestimmten Gehirnregionen, die nicht nur mit endokrinen Funktionen sondern auch mit Emotionen, Gedächtnis und Kognition zusammenhängen, herausgefunden werden.¹¹⁶

Bereits in den 80er Jahren entdeckte man Östrogenrezeptoren im limbischen System und ging von einer Beteiligung der Östrogene hinsichtlich psychischer Funktionen aus.¹¹⁷

Auf klinischer Ebene werden eine antipsychotische Wirkung¹¹⁸, eine Verbesserung affektiver Symptome¹¹⁹, die Reduktion aggressiven und suizidalen Verhaltens¹²⁰, eine stressprotektive Wirkung¹²¹, und eine Verbesserung kognitiver Funktionen¹²² in Zusammenhang mit Östrogenen, vor allem dem 17- β -Östradiol, vermutet.

Frauen die an einer postpartalen Depression erkrankten zeigten im Vorfeld öfters auch ein prämenstruelles Syndrom was vermuten lässt, dass es Frauen gibt die besonders sensibel auf Östrogen reagieren. Ebenso bestehen teilweise ähnliche hormonell bedingte Störungen innerhalb der Familie der Betroffenen.¹²³

¹¹² Vgl. Riecher-Rössler (2011), S.153

¹¹³ Vgl. Riecher-Rössler (2005); Ahokas et al. (1998) zit. nach Riecher-Rössler A. (2011), S. 153

¹¹⁴ Vgl. Cyr et al. (2002); Goldstein et al. (2002); Oesterlund (2002); Riecher-Rössler, de Geyter (2007); Vedder, Behl (2005) zit. nach Riecher-Rössler (2011), S. 152

¹¹⁵ Vgl. Oesterlund (2002) zit. nach Riecher-Rössler (2011), S. 152

¹¹⁶ Vgl. Oesterlund et al. (2000) zit. nach Riecher-Rössler (2011), S. 152

¹¹⁷ Vgl. Riecher-Rössler (2011), S.152

¹¹⁸ Vgl. Riecher-Rössler (2005); Riecher-Rössler (2003) zit. nach Riecher-Rössler (2011), S. 152

¹¹⁹ Vgl. Riecher-Rössler (2005); Kahn, Halbreich (2005) zit. nach Riecher-Rössler (2011), S. 152

¹²⁰ Vgl. Carlson et al. (2000); Riecher-Rössler (2003) zit. nach Riecher-Rössler (2011), S. 152

¹²¹ Vgl. Carlson et al. (2000); Wolf et al. (2001) zit. nach Riecher-Rössler (2011), S. 152

¹²² Vgl. Oesterlund (2002); Hogervorst et al. (2000) zit. nach Riecher-Rössler (2011), S. 152

¹²³ Vgl. Riecher-Rössler et al. (2006), S. 157

Bloch et. al konnten in ihrer Studie mittels eines künstlich herbeigeführten Östrogenabfalls bei 63% der Teilnehmerinnen die schon zuvor an einer postpartalen Depression litten, wieder eine Depression herbeiführen, jedoch bei keiner Teilnehmerin ohne zuvor erlebte Depression.¹²⁴

Dies deutet auf das Vorhandensein einer ausgeprägten Vulnerabilität, aber eventuell auch auf den Östrogenentzug als spezifischen Auslöser hin.¹²⁵

Klier et al. konnten den erniedrigten Hormonstatus von Östrogen und Progesteron nicht als Risikofaktor für eine Postpartale Depression bestätigen.¹²⁶

Wobei hier angemerkt werden muss, dass die Ergebnisse dieser Studie mit Vorsicht zu interpretieren sind, da die Anzahl der an einer Depression erkrankten Frauen zu gering war.

In einer anderen Studie merken die Autoren/innen an, dass von einer Östrogentherapie, im fortgeschrittenen Stadium einer schweren Depression kein besonderer Nutzen zu erwarten sei. Der Stellenwert des Östrogens als Rezidivprophylaxe wurde hier jedoch nicht untersucht.¹²⁷

Auch im Zusammenhang mit postmenopausaler Hormonersatztherapie sowie Schizophrenie wird die Östrogensubstitution diskutiert, dies soll jedoch hier nicht näher erläutert werden.

6.1.1.1.2 Progesteron

Die britische Ärztin Katharina Dalton ist seit langer Zeit eine Befürworterin des Einsatzes von natürlichen Progesteronen zur Behandlung, aber auch zur Vorbeugung postpartaler Depressionen. Sie fand heraus, dass die Gabe von höheren Dosen an Progesteron in der Zeit nach der Geburt den plötzlichen Progesteronabfall abmildern kann. Auch das Stillen kann fortgesetzt werden. Jedoch wurde die Progesterontherapie von der Forschung in den Vereinigten Staaten abgelehnt, da bei groß angelegten Studien kein Unterschied zwischen der Gruppe, die Progesteron erhielt und der Gruppe, die ein Placebo erhielt, festgestellt werden

¹²⁴ Vgl. Bloch et al. (2000) zit. nach Riecher-Rössler et al. (2006), S. 157

¹²⁵ Vgl. Riecher-Rössler et al. (2006), S. 158

¹²⁶ Vgl. Klier et al. (2007) zit. nach Abdollahi et al. (2016), S. 234

¹²⁷ Vgl. Lawrie et al. (2000) zit. nach Campbell (2006), S. 484

konnte. Für einige Ärzte/innen ist die Progesteronbehandlung sogar kontraindiziert.¹²⁸

Lawrie et al. kamen zum Schluss, dass synthetisches Progesteron bei der Prävention und Behandlung von postpartaler Depression keine Rolle spielt. Progesteron selbst wurde aber in diesem Zusammenhang nicht untersucht.¹²⁹

6.1.1.1.3 Schilddrüsenhormone

Es wurde ebenso angenommen, dass Schilddrüsenhormone Auslöser für eine postpartale Depression sein könnten, da ein Zusammenhang zwischen einer Schilddrüsenfehlfunktion und einer Depression angenommen wurde.¹³⁰

Depression ist eine Begleiterscheinung von Schilddrüsenerkrankungen¹³¹ und Schilddrüsenfehlfunktionen sind andererseits Teil von Depressionen.¹³²

Die zusätzliche Gabe von Schilddrüsenhormonen schien in Kombination mit anderen Behandlungen wirksam bei einer Depression zu sein.¹³³ Schilddrüsenfehlfunktionen werden mit Schwangerschaft in Verbindung gebracht¹³⁴ und könnten bei einigen Frauen zu einer postpartalen Depression führen.¹³⁵

Jedoch scheiterten bisherige Studien daran einen klaren Zusammenhang zwischen den hormonalen Schilddrüsenfehlfunktionen und einer postpartalen Depression zu entdecken.¹³⁶

6.1.1.1.4 Milchbildende Hormone: Prolaktin und Oxytocin

Auch Oxytocin und Prolaktin wurden mit postpartalen Depressionen in Verbindung gebracht.¹³⁷ Fehlende Milchbildung und postpartale Depressionen treten manchmal gemeinsam auf. Die milchbildenden Hormone regeln nicht nur die Synthese der Muttermilch und die Sekretion, sondern auch mütterliches Verhalten und Stimmungslage. Vor allem das Oxytocin scheint eine Rolle bei der Pathogenese von frühzeitigem ungeplanten Abstillen und postpartaler Depression zu spielen.¹³⁸

¹²⁸ Vgl. Dunnewold, Sanford (1996), S. 204f.

¹²⁹ Vgl. Lawrie et al. (2000) zit. nach Campbell (2006), S. 484

¹³⁰ Vgl. Bunevicius et al. (2009) zit. nach Schiller et al. (2015), S. 5

¹³¹ Vgl. Placidi et al. (1998); Gulseren (2006) zit. nach Schiller et al. (2015), S. 5

¹³² Vgl. Berent et al. (2014); Nemeroff (1985) zit. nach Schiller et al. (2015), S. 5

¹³³ Vgl. Cooper-Kazaz, Lerer (2008); Cooper-Kazaz et al. (2007) zit. nach Schiller et al. (2015), S. 5

¹³⁴ Vgl. Vaidya et al. (2007) zit. nach Schiller et al. (2015), S. 5

¹³⁵ Vgl. Pedersen et al. (2007); Pedersen et al. (1993) zit. nach Schiller et al. (2015), S. 5

¹³⁶ Vgl. Bloch et al. (2003); Albacar et al. (2010); Kent et al. (1999) zit. nach Schiller et al. (2015), S. 5

¹³⁷ Vgl. Stuebe et al. (2011) zit. nach Schiller et al. (2015), S. 5

¹³⁸ Vgl. Stuebe et al. (2002) zit. nach Schiller et al. (2015), S. 5

Östrogene und Progesteron regulieren die Oxytocin mRNA Ausschüttung in Gehirnregionen die mit mütterlichem Verhalten und Milchbildung verbunden sind.¹³⁹ Erniedrigte Oxytocin Werte während des 3. Trimenons gehen mit erhöhten depressiven Symptomen während der Schwangerschaft¹⁴⁰ und kurz nach der Geburt¹⁴¹ einher.

In einer aktuellen Studie von Stuebe et al. war die Oxytocinausschüttung während des Stillens mit Depression und Angstsymptomen 8 Wochen nach der Geburt assoziiert. Der Erfolg beim Stillen wurde nicht damit in Verbindung gebracht. Jedoch könnte reduziertes Oxytocin eher zu einer postpartalen Depression und in weiterer Folge auch zu erfolglosem Stillen führen.¹⁴²

Außerdem wurden bei Partnern und Kindern von depressiven Frauen mit erniedrigten Oxytocinwerten ebenfalls erniedrigte Oxytocinwerte festgestellt. Dies deutet auf die Möglichkeit eines neuroendokrinen Mechanismus hin, der das Risiko einer Depression von Kindern depressiver Mütter erhöht.¹⁴³

Oxytocin wurde auch als Möglichkeit zur Behandlung vieler psychiatrischer Störungsbilder wie auch der postpartalen Depression in Betracht gezogen, jedoch bis jetzt mit unzureichenden Ergebnissen.¹⁴⁴

6.1.1.1.5 HPA-Achse (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse)

Es existieren auch verschiedene Theorien über den pathophysiologischen Effekt der postpartalen Depression wie zum Beispiel das Zusammenspiel zwischen der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse (HPG) und der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (HPA) und Veränderungen des gonadalen Hormonspiegels.¹⁴⁵

In der vorgeburtlichen Phase werden die HPA-Achse und das Fortpflanzungssystem der Mütter, die stark miteinander interagieren, verändert. Es scheint möglich, dass die HPA-Achse bei Frauen, die anfällig für postpartale Depressionen sind, durch die Suppression von CRH (Corticoliberin) in der postpartalen Phase unterschiedlich funktioniert und somit affektive Störungen begünstigt.¹⁴⁶

¹³⁹ Vgl. Amico et al. (1995); Broad et al. (1993) zit. nach Schiller et al. (2015), S. 5

¹⁴⁰ Vgl. Stuebe et al. (2002) zit. nach Schiller et al. (2015), S. 5f.

¹⁴¹ Vgl. Skrundz et al. (2006) zit. nach Schiller et al. (2015), S. 6

¹⁴² Vgl. Stuebe et al. (2002) zit. nach Schiller et al. (2015), S. 6

¹⁴³ Vgl. Apter-Levy et al. (2013) zit. nach Schiller et al. (2015), S. 6

¹⁴⁴ Vgl. Kim et al. (o.J.); Mah et al. (2013) zit. nach Schiller et al. (2015), S. 6

¹⁴⁵ Vgl. Young et al. (2000); Carter et al. (2001) zit. nach Abdollahi et al. (2016), S. 233

¹⁴⁶ Vgl. Glover, Kammerer (2004); Groer, Morgan (2007) zit. nach Abdollahi et al. (2016), S. 233

In anderen Studien konnte jedoch gezeigt werden, dass die CRH-Suppression nicht mit Stimmungsschwankungen einhergeht und deswegen die HPA-Achse in der Physiologie der postpartalen Depression keine wesentliche Rolle spielt.¹⁴⁷

Wenn auch viele Forscher/innen davon ausgehen dass die physiologischen Schwankungen, insbesondere die hormonellen, postpartale Depressionen begünstigen, finden sich darüber in der Literatur zwar viele, aber dennoch sehr widersprüchliche und nicht eindeutige Ergebnisse. Die Arten der Studien bzw. die Auswahl der Stichproben sowie der Zeitpunkt der erfassten Daten variieren stark. Dies erschwert die Interpretation der Ergebnisse und deutet auf weiteren Forschungsbedarf hin.

6.1.2 Psychosoziale Faktoren

Es wurden viele unterschiedliche Untersuchungen zur Beschreibung möglicher Risikofaktoren unternommen.

In einer Metaanalyse von Beck 1996 werden folgende Prädiktoren genannt:

- pränatale Depression
- depressive Erkrankung in der Vorgeschichte
- Stress mit der Versorgung des Kindes
- allgemeiner Stress
- wenig soziale Unterstützung
- pränatale Angst
- Baby Blues
- geringe Zufriedenheit in der Partnerbeziehung¹⁴⁸

Ergänzend können hier traumatische Erlebnisse oder Vernachlässigung in der eigenen Kindheit, Stressbelastung während der Schwangerschaft, Ungewolltheit der Schwangerschaft, das traumatische Erleben der Geburt oder auch sozioökonomische Faktoren genannt werden.¹⁴⁹

¹⁴⁷ Vgl. Meltzer-Brody et al. (2011) zit. nach Abdollahi et al. (2016), S. 233

¹⁴⁸ Beck (1996) zit. nach Wimmer-Puchinger (2013), S. 248

¹⁴⁹ Vgl. Ballestrem et al. (2001); O'Hara et al. (1990) zit. nach Reck et al. (2004), S. 1068

Weitere Risikofaktoren bilden Gewalterlebnisse, Essstörungen und Angststörungen.¹⁵⁰

Frauen erkranken doppelt so häufig an Depressionen wie Männer.¹⁵¹ Es konnte ein rasanter Anstieg und zwei- bis dreimal so häufiger Konsum von Psychopharmaka beobachtet werden. Zudem gelten depressive Störungen als die am häufigsten gestellte psychische Diagnose in westlichen Ländern.¹⁵²

In einer prospektiven randomisierten Interventionsstudie, mit Interventionen im ersten und 3. Trimenon sowie 3 und 6 Monate nach der Geburt, an 3036 schwangeren Frauen wurden bei 10% der Frauen eine psychiatrische Vorgeschichte festgestellt.¹⁵³ Dies wiederum stellt einen wesentlichen Faktor für das Auftreten postpartaler Depressionen dar.¹⁵⁴

Es muss davon ausgegangen werden, dass eine psychiatrische Vorgeschichte die Wahrscheinlichkeit einer postpartalen Depression oder Psychose erhöht.¹⁵⁵

Bei Wimmer-Puchinger 2006 wurde auch ein signifikanter Zusammenhang zwischen einer psychiatrischen Vorgeschichte und erhöhten Werten des EPDS beobachtet.

Ebenso wurde in dieser Studie der eindeutige Zusammenhang zwischen einer geringen sozialen Unterstützung, insbesondere durch den Partner und sozialer Isolation bestätigt.¹⁵⁶

Bei der randomisierten Interventionsgruppe von 322 Schwangeren konnten durch die Betreuung der depressiven Frauen durch eine Familienhebamme, Sozialarbeiterin oder Psychotherapeutin geringere postpartale Depressionswerte 3 und 6 Monate nach der Geburt, als in der gleich großen nicht unterstützten Gruppe, erreicht werden.¹⁵⁷

Psychosoziale Ressourcen, soziale Stabilität und Antizipation sowie ein emotional unterstützendes Umfeld gelten als vor Stress schützende Faktoren.¹⁵⁸

¹⁵⁰ Vgl. Wimmer-Puchinger (2013), S. 248

¹⁵¹ Vgl. Riecher-Rössler, Blitzer (2005); Riecher-Rössler, Rohde (2001) zit. nach Wimmer-Puchinger (2013), S. 246

¹⁵² Vgl. Wimmer-Puchinger (2013), S. 246

¹⁵³ Vgl. Wimmer-Puchinger (2006) zit. nach Wimmer-Puchinger (2013), S. 246

¹⁵⁴ Vgl. Wimmer-Puchinger (2013), S. 246

¹⁵⁵ Vgl. Riecher-Rössler (2006), S. 247 zit. nach Wimmer-Puchinger (2013), S. 247

¹⁵⁶ Vgl. Wimmer-Puchinger (2006) zit. nach Wimmer-Puchinger (2013), S. 247

¹⁵⁷ Vgl. Wimmer-Puchinger (2006) zit. nach Wimmer-Puchinger (2013), S. 247

¹⁵⁸ Vgl. Glazier et al. (2004) zit. nach Wimmer-Puchinger (2013), S. 246

Früherkennung, psychosoziale Interventionen sowie der regelmäßige Telefonkontakt mit Familie, Hebamme oder Sozialarbeiter/in werden für die klinische Praxis als wirkungsvoll erachtet.¹⁵⁹

Die oft unrealistischen Vorstellungen von Paaren hinsichtlich des „glücklichen Familienlebens“ scheitern manchmal an den tatsächlichen Herausforderungen dieser Umstellung. So wurde in einer Kohortenstudie in einer psychiatrischen Klinik in Dänemark festgestellt, dass junge Mütter ein Jahr nach der Geburt eines Kindes signifikant häufiger stationär aufgenommen wurden, als kinderlose Frauen derselben Altersgruppe.¹⁶⁰

Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer postpartalen Depression wird durch die Enttäuschung vom Partner bzw. eine geringe emotionale Beteiligung dessen erhöht. Ihm wird deswegen eine bedeutende Rolle im Sinne der Bewältigung zugeschrieben.¹⁶¹

Es wird auch angenommen, dass durch die Geburt frühere traumatische Erlebnisse reaktiviert werden und unter Umständen zu postpartalen, passageren psychotischen Episoden führen können.¹⁶²

Bereits nach kurzer Durchsicht der bestehenden Literatur wird klar, dass es sich bei der Entstehung einer postpartalen Depression um ein durch viele verschiedene Faktoren begünstigtes Phänomen handelt.

Der Anstieg der Hormone während der Schwangerschaft und der abrupte Abfall dieser nach der Geburt kann nicht als erheblicher Risikofaktor gewertet werden.

Viel eher noch wird der Abfall gewisser Hormone im Sinne eines biologischen Faktors mit dem Baby Blues oder der postpartalen Psychose in Verbindung gebracht.

Jedoch deutet vieles darauf hin, dass bei einigen Frauen eine ausgeprägte Vulnerabilität hinsichtlich der Hormone, wie zum Beispiel im Zusammenhang mit Östrogen, besteht. Diese Frauen gelten auch als eher anfällig für die Entstehung postpartaler Störungsbilder und reagieren sehr empfindsam auf jegliche hormonelle Umstellungen zu verschiedenen Zeiten ihres Lebens, wozu natürlich auch Schwangerschaft und Geburt zählen.

¹⁵⁹ Vgl. Caramlau et al. (2011); Rowe, Fischer (2010) zit. nach Wimmer-Puchinger (2013), S. 246

¹⁶⁰ Vgl. Munk-Olsen et al. (2006) zit. nach Wimmer-Puchinger (2013), S. 247

¹⁶¹ Vgl. Beck et al. (2011); Iles et al. (2011) zit. nach Wimmer-Puchinger (2013), S. 247

¹⁶² Vgl. Wimmer-Puchinger (2013), S. 247

Auch interessant zu erwähnen ist hier, dass reduzierte Oxytocinwerte auf die Möglichkeit eines neuroendokrinen Mechanismus hindeuten, der das Risiko einer Depression von Kindern depressiver Mütter erhöht.

Ebenso könnten Schilddrüsenhormone oder aber auch Östrogene und eventuell auch Progesteron im Sinne von Augmentationstherapien unter Umständen zum Einsatz kommen.

Die Fragestellung konnte in der vorliegenden Arbeit ausführlich behandelt werden.

7 Intervention und Prävention

Immer noch gibt es viele Frauen, die an postpartalen Depressionen leiden, sich aber keine professionelle Hilfe suchen. Die Gründe dafür können nur vermutet werden. Es wird davon ausgegangen, dass manche Frauen wieder schnell gesund werden, andere sehen sich nicht als krank an, schämen sich oder machen sich Vorwürfe selbst an ihrer Krankheit schuld zu sein. Diese werden von der medizinischen Erstversorgung meist nicht erfasst¹⁶³, daher kann auch von einer großen Dunkelziffer ausgegangen werden.

Eine gründliche Diagnostik ist auf jeden Fall von großer Bedeutung und muss vor der Behandlung erfolgen. Die Folgen einer postpartalen Depression für das Familienleben müssen auf jeden Fall ernst genommen werden. Schweregrad, Dauer und inwiefern die Depression die Mutter-Kind-Beziehung beeinflusst spielen hier eine Rolle. Da die Mutter als primäre Bezugsperson gilt ist vor allem ihre Stimmung in der Welt des Kindes vorherrschend. Vor allem noch sehr kleine Kinder leiden unter sozialem Fehlverhalten der Mutter.¹⁶⁴

Auf lange Sicht beeinflusst ein Kommunikationsdefizit die Sprachentwicklung und sozialen Fertigkeiten des Kindes negativ.¹⁶⁵

Nicht immer zeigen sich die Folgen einer postpartalen Depression auf diese Weise. Manche depressive Mütter fühlen sich durch das Umsorgen des Kindes auch emotional gestützt, andere sind trotz ihrer Krankheit liebevoll und bemüht im Umgang mit ihren Kindern.¹⁶⁶

¹⁶³ Vgl. Brockington, Lanczik (2000), S. 357

¹⁶⁴ Vgl. Brockington, Lanczik (2000), S. 357

¹⁶⁵ Vgl. Murray (1996) zit. nach Brockington, Lanczik (2000), S. 357

¹⁶⁶ Vgl. Pound et al. (1988) zit. nach Brockington, Lanczik (2000), S. 357

Patientinnen die durch Hilfe eines Screeninginstrumentes, wie der EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), oder durch Selbsteinweisung erfasst werden, müssen psychiatrisch genau untersucht werden. Dabei müssen Symptomatik, Verlauf und Entstehung der Krankheit unter Berücksichtigung aller relevanten Faktoren herausgefunden werden, um eine passende Diagnose stellen zu können. Ebenso wichtig ist das Aufspüren der Vulnerabilitätsfaktoren und der einzelnen Elemente der postpartalen Depression.¹⁶⁷

Im englischen Gesundheitssystem findet die psychiatrische Erstuntersuchung wenn möglich zu Hause statt. Dies bietet die Möglichkeit, die Mütter in ihrer häuslichen Umgebung zu erleben, was viele Vorteile mit sich bringt. Außerdem bleibt den Patientinnen der Weg ins Krankenhaus erspart.¹⁶⁸

Mittlerweile gibt es auch im deutschsprachigen Raum spezialisierte Einrichtungen die sich auf die Behandlung psychisch erkrankter Mütter mit ihren Kindern spezialisiert haben.

Zu allererst gab es diese Spezialeinrichtungen für die gemeinsame stationäre Aufnahme von Müttern und ihren Kindern in Großbritannien, danach entwickelten sie sich auch in Australien, Kanada, Neuseeland, Frankreich, den Niederlanden, Belgien, Norwegen und Israel. Seit 1997 gibt es sie in Deutschland und der Schweiz. Meist handelt es sich dabei um Stationen mit 8 bis 10 Betten, oder auch Einrichtungen in denen auch der Vater aufgenommen werden kann.¹⁶⁹

Die Ziele einer optimalen Einrichtung lassen sich wie folgt umschreiben:

- Besonders vulnerable Patientinnen erkennen
- Den Ausbruch einer Krankheit verhindern
- Frühzeitige und exakte Diagnose
- Schnelles und wirkungsvolles Behandeln
- Das Familienleben möglichst nicht unterbrechen¹⁷⁰

¹⁶⁷ Vgl. Brockington, Lanczik (2000), S. 357f.

¹⁶⁸ Vgl. Brockington, Lanczik (2000), S. 358

¹⁶⁹ Vgl. Brockington, Lanczik (2000), S. 358f.

¹⁷⁰ Vgl. Brockington, Lanczik (2000), S. 358

Dafür benötigt man:

- Ein multidisziplinäres Behandlungsteam
- Einen gemeindenahen Service
- Tagesklinische Behandlungen
- Stationäre und teilstationäre Behandlungseinrichtungen
- Zusammenarbeit mit weiteren Einrichtungen
- Hilfsorganisationen¹⁷¹

Auch in Österreich gibt es mittlerweile solche Spezialeinrichtungen wie zum Beispiel das Mutter-Kind-Zentrum am LKH Graz Süd-West.

Aufgenommen werden hier Mütter mit peri- oder postpartalen Störungen und ihre Babys bis zum ersten Lebensjahr. Die Grundlage der Behandlung ist ein mehrdimensionales Krankheitskonzept und erfolgt durch ein multiprofessionelles Team.

Es werden biologische, somatische und psychosoziale Faktoren berücksichtigt. Nicht nur die Symptomatik steht im Vordergrund, sondern man orientiert sich an der aktuellen Lebenssituation der Patientin.

Neben der medizinischen bzw. medikamentösen Therapie kommen milieu-, sozio- und psychotherapeutische Behandlungsmethoden zum Einsatz. Ergo-, Musik-, Sport- und Kunsttherapie runden das Angebot ab.

Es finden analytisch und systemisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche statt, in denen spezifische Themen angesprochen und bearbeitet werden.

Diese Angebote in einem stützend-einfühlsamen Klima sollen zur psychosozialen Rehabilitation und Neuorientierung beitragen.

Die individuelle Verlaufsform der Erkrankung wird ebenso, wie auch die Persönlichkeit und aktuelle Lebenswelt der Betroffenen, betrachtet.

Das Miteinbeziehen der Familie wie des sozialen Umfeldes gilt hier als Selbstverständlichkeit.¹⁷²

Diese Einrichtung erfüllt somit alle wichtigen Anforderungen an eine Spezialeinrichtung zur Behandlung von postpartalen psychischen Störungen.

¹⁷¹ Vgl. Brockington, Lanczik (2000), S. 358f.

¹⁷² Vgl. <http://www.lkh-graz-sw.at/cms/beitrag/10009052/2171326> [Stand: 01.09.2016]

Hilfe und umfangreiche Informationen finden Betroffene außerdem bei:

- www.schatten-und-licht.de
- www.frauen-und-psychiatrie.de
- www.mutterglueck.ch
- www.nanaya.at
- www.frauengesundheit-wien.at

8 Zusammenfassung

Nach wie vor begeben sich Forscher/innen auf die Suche nach einem speziellen biologischen Auslöser, um mögliche Ursachen für das Auftreten einer postpartalen Depression zu finden. Andere hingegen beleuchten das Auftreten einer postpartalen Depression ausschließlich im Hinblick auf psychosoziale Faktoren. Ziel kann hier nur sein, die verschiedenen Ergebnisse aller relevanten Untersuchungen zusammenzufügen und zu versuchen einen gemeinsamen Konsens hinsichtlich Prävention, frühzeitiger Erkennung und Therapie zu finden, im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtungsweise.

Dies gestaltet sich natürlich hinsichtlich der vielen in Frage kommenden Faktoren, die bei der Entstehung eine Rolle spielen können, als nicht ganz einfach. Jede betroffene Frau stellt hier einen Einzelfall dar und sollte individuell, gemäß ihrer Lebenssituation und Symptomatik, betreut werden. Natürlich spielen im Rahmen der Behandlung vor allem auch die Kinder der erkrankten Mütter und deren Partner eine bedeutende Rolle. Auch auf sie muss Acht gegeben werden.

Die gemeinsame stationäre Aufnahme von Mutter und Kind finde ich persönlich sehr gut da ich der Meinung bin, dass sich Betroffene so eher in Behandlung begeben. Sie können dort untersucht und unterstützt werden wo auch die Versorgung des Kindes und das gemeinsame Leben mit der Familie stattfindet. Auch der Partner und/oder etwaige andere Familienmitglieder können so leichter miteinbezogen werden.

9 Ausblick

In den letzten Jahren hat sich hinsichtlich der Forschungsaktivitäten sehr viel getan. Es existieren mittlerweile sehr viele Studien zur postpartalen Depression, die unterschiedliche Themen in Betracht ziehen, wenngleich die Ergebnisse teils sehr widersprüchlich sind. Auch Informationen die man im Internet findet sind sehr umfangreich und gut beschrieben. Sofort gelangt man hier auf diverse Seiten, die den Betroffenen Hilfe anbieten. Dies erleichtert Betroffenen eventuell, sich einmal alleine und im Stillen mit der Thematik auseinanderzusetzen, um festzustellen dass sie mit ihren Problemen nicht alleine sind und sich wenn nötig in Behandlung begeben.

Die Behandlungsmöglichkeiten sind vielfältig und bieten daher sicher für jede Frau eine für sie passende Therapie in einem entsprechend guten Umfeld. Im Vordergrund sollen hier sicher die Bedürfnisse der Frau und natürlich in weiterer Folge des Kindes bzw. der ganzen Familie stehen. Die Förderung eines guten Mutter-Kind-Kontaktes ist meiner Meinung nach hier von großer Bedeutung, um eventuelle Störungen zu vermeiden oder zu vermindern.

Ich persönlich war in der sehr glücklichen Lage, beide meiner Kinder in einer sehr angenehmen Atmosphäre und durch tolle Unterstützung meines Partners, meiner Gynäkologin und meiner Hebamme gesund zur Welt zu bringen. Dafür bin ich unendlich dankbar! Mein Partner verbrachte die ersten Nächte nach der Geburt unseres ersten Kindes bei uns im Krankenhaus und nach der Geburt unseres zweiten Kindes verbrachten wir alle gemeinsam die ersten beiden Nächte auf der Station. Im Sinne eines ersten gemeinsamen Familienurlaubs und um die erste, so besondere Zeit, miteinander verbringen zu können. Dass diese Möglichkeit heutzutage besteht finde ich großartig.

Auch ich konnte während der Schwangerschaft zum Teil die beschriebenen Gefühle wahrnehmen, wie zum Beispiel Sorgen das ungeborene Kind betreffend, Ängste bezüglich der kurzbevorstehenden Geburt. 3 Tage nach der Geburt stellten sich auch bei mir Symptome eines Baby Blues ein, allerdings in sehr abgemilderter Form.

In meinem Bekanntenkreis finden sich einige, von postpartalen Depressionen betroffene Frauen. Manche begaben sich in professionelle Behandlung, bei anderen wiederum klangen die Symptome wieder von selbst ab.

10 Literaturverzeichnis

Bücher

Breckwoldt, M.; Kaufmann, M.; Pfeleiderer, A. [Hrsg.] (2008): Gynäkologie und Geburtshilfe. 5. Aufl. Stuttgart: Thieme.

Breckwoldt, M. (2008): Kapitel 27: Mutter und Kind nach der Geburt. In: Breckwoldt, M.; Kaufmann, M.; Pfeleiderer, A. [Hrsg.]: Gynäkologie und Geburtshilfe. 5. Aufl. Stuttgart: Thieme, S. 473-500.

Breckwoldt, M.; Karck, U. (2008): Kapitel 17: Plazenta, Eihäute, Fruchtwasser und Nabelschnur. In: Breckwoldt, M.; Kaufmann, M.; Pfeleiderer, A. [Hrsg.]: Gynäkologie und Geburtshilfe. 5. Aufl. Stuttgart: Thieme, S. 299-305.

Breckwoldt, M.; Schneider, H. (2008^a): Kapitel 18: Schwangerschaftsveränderungen des mütterlichen Organismus. In: Breckwoldt, M.; Kaufmann, M.; Pfeleiderer, A. [Hrsg.]: Gynäkologie und Geburtshilfe. 5. Aufl. Stuttgart: Thieme, S. 306-317.

Breckwoldt, M.; Schneider, H. (2008^b): Kapitel 21: Mütterliche Erkrankungen. In: Breckwoldt, M.; Kaufmann, M.; Pfeleiderer, A. [Hrsg.]: Gynäkologie und Geburtshilfe. 5. Aufl. Stuttgart: Thieme, S. 348-387.

Brockington, I.F.; Lanczik M. (2000): Kapitel 13: Psychiatrische Erkrankungen bei Frauen. In: Helmchen, H.; Henn, F.; Lauter, H.; Sartorius, N. [Hrsg.]: Psychiatrie der Gegenwart 3. 4. Aufl. Berlin [u.a.]: Springer, S. 313-378.

Campbell D. (2006): Kapitel 48.5: Wochenbettprobleme. In: James, D. K.; Mahomed, K.; Stone, P.; van Wijngaarden, W.; Hill, L.M. [Hrsg.]: Evidenzbasierte Geburtsmedizin. 1. Aufl. München: Elsevier, S. 483-486.

Dunnewold, Ann; Sanford, Diane 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: Thieme.

Hendrick, V.; Altshuler, L.L. (1998): Chapter 4: Biological Determinants of Postpartum Depression. In: Miller, L.J. [Hrsg.]: Postpartum Mood Disorders. Washington [u.a.]: American Psychiatric Press, S. 65-82.

Kapfhammer, H.-P. (2002): Kapitel 61: Psychische Störungen im Wochenbett. In: Möller, H.-J.; Laux, G.; Kapfhammer, H.-P. [Hrsg.]: Psychiatrie und Psychotherapie. 2. Aufl. Berlin [u.a.]: Springer, S. 1542-1558.

Kranzfelder, D. (2003): Kapitel 17: Wochenbett. In: Künzel, W. [Hrsg.]: Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Geburt 1, Band 6. 4. Aufl. München: Jena: Urban & Fischer, S. 291-313.

Riecher-Rössler, A., Boothe, B. [Hrsg.]: Frauen in Psychotherapie. Grundlagen-Störungsbilder-Behandlungskonzepte. Stuttgart: Schattauer.

Rohde, A.; Dorsch, V. (2011): Kapitel 77: Frauenspezifische psychische Störungen in der Psychiatrie. In: Möller, H.-J.; Laux, G.; Kapfhammer, H.-P. [Hrsg.]: Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 2: Spezielle Psychiatrie. 4. erweiterte und vollständig neu bearbeitete Aufl. Berlin [u.a.]: Springer, S. 1410-1424.

Rupprecht, R., Müller, N. (2011): Kapitel 9: Psychoneuroendokrinologische und psychoneuroimmunologische Grundlagen psychischer Erkrankungen. In: Möller, H.-J.; Laux, G.; Kapfhammer, H.-P. [Hrsg.]: Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 1: Allgemeine Psychiatrie. 4. Erweiterte und vollständig neu bearbeitete Aufl. Berlin [u.a.]: Springer, S. 251-277.

Silbernagel, Stefan; Despopoulos, Agamemnon (2003): Taschenatlas der Physiologie. 6., korrigierte Aufl. Stuttgart: Thieme.

Stauber, Manfred; Weyerstahl, Thomas [Hrsg.] (2007): Gynäkologie und Geburtshilfe. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme.

Steldinger, R.; Klosterhalfen, Th. (2007): Teil E, Kapitel 1: Regelrechte Anlage und Entwicklung der Schwangerschaft. In: Stauber, Manfred; Weyerstahl, Thomas [Hrsg.]: Gynäkologie und Geburtshilfe. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme, S. 456-479.

Weltgesundheitsorganisation (2016): Dilling, H.; Freyberger, H.J. [Hrsg.]: Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. 8. Überarbeitete Aufl. Göttingen: Hogrefe.

Wimmer-Puchinger, B. (2013): Kapitel 23: Psychische Störungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt. In: Riecher-Rössler, A., Boothe, B. [Hrsg.]: Frauen in Psychotherapie. Grundlagen-Störungsbilder-Behandlungskonzepte. Stuttgart: Schattauer, S. 239-252.

Zeitschriften

Krüger, S. (2003): Diagnostik und Therapie depressiver Episoden in Schwangerschaft und Postpartumperiode. Psychoneuro 2003; 29 (9):387-391.

Reck, C.; Weiss, R.; Fuchs, T.; Möhler, E.; Downing, G.; Mundt, C. (2004): Psychotherapie der postpartalen Depression. Mutter-Kind-Interaktion im Blickpunkt. Der Nervenarzt 2004; 75 (11):1068-1073, Springer.

Riecher-Rössler, A.; Kuhl, H.; Bitzer, J. (2006): Psychische Störungen in Zeiten hormoneller Umstellung bei Frauen – Eine selektive Übersicht. Neuropsychiatrie 2006; 20 (3):155-165.

Riecher-Rössler, A. (2011): Psychoprotektive Effekte von Östrogenen. J Neurol Neurochir Psychiatr 2011; 12 (2):152-156.

Rohde, A. (2001): Psychiatrische Erkrankungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett. Der Gynäkologe 2001; 34 (4):315-323, Springer.

Studien aus medizinischen Datenbanken

Abdollahi, F.; Lye, MS; Zarghami, M. (2016): Perspective of Postpartum Depression Theories: A Narrative Literature Review. N Am J Med Sci. 2016; 8(6): 232-236. [PMCID:PMC4960931]

Schiller, CE; Meltzer-Brody, S.; Rubinow, DR (2015): The role of reproductive hormones in postpartum depression. CNS Spectr. 2015 Feb; 20(1):48-59. doi: 10.1017/S1092852914000480. Epub 2014 Sep 29. Review. [PMCID: PMC4363269].

Internetquellen

Pschyrembel online

URL: <https://www.pschyrembel.de/> [Stand: 01.09.2016]

Psychiatrie 2 Station 4 (PS24)

URL: <http://www.lkh-graz-sw.at/cms/beitrag/10009052/2171326> [Stand: 01.09.2016]

11 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	hCG-Konzentrationen in der Schwangerschaft	S.8
Abb. 2:	Progesteron-, Östradiol- und Östriolkonzentrationen in der Schwangerschaft	S.10
Abb. 3:	Klinisch wichtige endokrine Funktionen der Plazenta	S.12
Abb. 4:	Fragebogen zur PPD-Selbsteinschätzung Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale (EPDS)	S.24