

1 Welche Probleme können nach einer Geburt auftreten?

»Ich hatte eine wundervolle Schwangerschaft, war stolz auf meinen Bauch, führte eine glückliche Ehe, und dieses Kind, mit dem wir fast schon nicht mehr gerechnet hatten, war ein sogenanntes Wunschkind. Auch die Entbindung war nicht schwer. Deshalb habe ich die Welt nicht mehr verstanden, als es mir bereits 36 Stunden nach der Entbindung psychisch sehr schlecht ging.«

So begann ein Brief, den ich zu Beginn meiner Tätigkeit an der Universitätsfrauenklinik in Bonn und der Einrichtung der Abteilung »Gynäkologische Psychosomatik« von einer betroffenen Frau bekam. Sie berichtete in ihrem Brief über die schwere Depression nach ihrer ersten Entbindung und den Versuch, ihrem Leben ein Ende zu setzen, der nur mit viel Glück nicht zum Ziel geführt hatte. Wir werden diese betroffene Mutter bei den Fallbeispielen noch einmal wiedertreffen.

In der Zwischenzeit haben meine Mitarbeiterinnen und ich in der Gynäkologischen Psychosomatik der Universitätsfrauenklinik in Bonn über tausend Patientinnen mit Depressionen und anderen psychischen Störungen nach der Entbindung gesehen. Fast immer berichten sie über bestimmte Symptome und Erlebnisweisen; und auch die daraus entstehenden Probleme in der Familie sind sich sehr ähnlich. Immer wieder hören wir von Veränderungen in der Selbstwahrnehmung, von Verunsicherung, von Problemen im sozialen Umfeld bis hin zu dauerhaften Familienkrisen. Es werden fast immer die gleichen Fragen gestellt, wie etwa nach den Ursachen, nach Behandlungsmöglichkeiten oder auch nach der Wahrscheinlichkeit, dass eine solche Depression bei einer weiteren Schwangerschaft noch einmal auftreten kann. Diese und ähnliche Fragen zu beantworten, Hintergründe zu erhellen und damit Ängste zu nehmen, ist das Ziel der folgenden Kapitel. Die Lektüre ersetzt nicht die Behandlung, wenn eine solche erforderlich ist. Vielmehr soll damit Unterstützung beim Erkennen von Art und Ausmaß bestehender Probleme geboten werden. Und es

sollen Wege aufgezeigt werden, wie und wo man sich frühzeitig Hilfe holen kann.

Im Mittelpunkt dieses Buches stehen die postnatalen Depressionen, weil sie das häufigste Problem rund um die Geburt darstellen und oftmals einen erheblichen Leidensdruck erzeugen. Aber um postnatale Depressionen verstehen und richtig einordnen zu können, ist es sinnvoll, auch verwandte Störungsbilder zu kennen, die ebenfalls in der Zeit nach einer Entbindung zu starken Einschränkungen in der Lebensqualität führen können. Nicht selten kommt es übrigens auch zur Mischung verschiedener Problembereiche.

Postnatale Störungen – ein Überblick

Psychische Störungen nach der Geburt eines Kindes können bereits ab dem ersten Tag nach der Entbindung beginnen; rückblickend erkennt man dann nicht selten, dass bereits in der Schwangerschaft erste Symptome da waren. In solchen Fällen ist der Zusammenhang mit der Geburt für Betroffene viel einfacher herzustellen, als wenn die Symptome erst Wochen und Monate nach der Entbindung beginnen.

Für die einzelnen Arten von Störungen gibt es unterschiedliche Zeitpunkte, zu denen sie typischerweise auftreten. So ist für die »Heultage« (»Baby blues«) typisch, dass sie zwischen dem 3. und 5. Tag nach der Entbindung ihren Höhepunkt haben, nämlich dann, wenn die Hormonumstellung die stärksten Auswirkungen hat (► S. 17). In den ersten 14 Tagen nach der Entbindung beginnen insgesamt etwa $\frac{3}{4}$ aller postnatalen Psychosen. Postnatale Depressionen beginnen dagegen eher schleichend in den ersten Wochen und Monaten. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die häufigsten psychischen Probleme nach der Entbindung, den Zeitpunkt ihres Auftretens, den üblichen Verlauf und typische erste Symptome.

Baby blues – störend, aber harmlos

Wir beginnen deshalb mit dem sogenannten »Baby blues«, weil der im Gegensatz zu den folgenden Störungsbildern nicht behandlungsbedürftig ist,

Tabelle 1: Beginn, Dauer und erste Symptome

Typ	Beginn	Dauer	Erste Symptome
»Baby blues« (»Heultage«, »Postnatal blues«)	3.–5. Tag nach der Entbindung	wenige Tage	Allgemein erhöhte Empfindlichkeit, Stim- mungs labilität steht im Vordergrund mit raschem Wechsel zwischen Glücklichkeit, Weinen, Reizbarkeit etc.
Postnatale Depression (»Wochenbett- depression«, »Postpartale Depression«)	Erste Tage/ Wochen bis Monate nach der Entbin- dung	abhängig vom Schweregrad Wochen bis Monate, im Extremfall auch länger (Chronifizie- rung ▶ S. 96)	Niedergeschlagenheit, Weinen, Versagens- und Schuldgefühle, Grübeln, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Appetit- minderung, Erschöpfung, Müdigkeit
Postnatale Psychose (»Wochenbett- psychose«, postpartale Psychose)	Erste Tage bis Wochen nach der Entbindung, ca. 75 % innerhalb der ersten 2 Wochen	abhängig von Schwere- grad und klini- schem Bild Tage bis Monate In der Regel stationäre Behandlung erforderlich	Schlafstörungen, Konzen- trationsstörungen, Stim- mungsschwankungen, Verhaltensänderungen, irreale Ängste, ungeord- netes Denken. Manchmal auch direkt Beginn mit produktiv- psychotischen Symptomen (Wahn, Halluzinationen, Beeinflussungserlebnisse)
Depressive Reaktion nach Totgeburt/ Frühgeburt/ Geburt eines kranken oder behinderten Kindes	Meist direkt nach dem Ereignis, manchmal auch Wochen /Monate später	abhängig von Schwere- grad und klini- schem Bild Wochen bis Monate	Zu Beginn meist innere Betäubung, »Schock«, Verzweiflung. Dann Über- gang in längere depressive Reaktion mit einer Vielzahl depressiver Symptome

Tabelle 1: Beginn, Dauer und erste Symptome – Fortsetzung

Typ	Beginn	Dauer	Erste Symptome
Posttraumatische Belastungsstörung nach einer traumatisch erlebten Entbindung	Erste Tage bis Wochen nach der Entbindung Diagnosestellung frühestens 6 Wochen nach der traumatischen Erfahrung	abhängig von Schweregrad und klinischem Bild Wochen bis Monate, im Extremfall auch länger (Chronifizierung)	Wiedererleben der Geburt in Alpträumen und eindringlichen Erinnerungen (»flashbacks«), Schlafstörungen, Weinen, Gefühl innerer Taubheit, Reizbarkeit, sozialer Rückzug; nicht selten Begleitdepression

Begriffsklärung postnatal/postpartal

Postnatal und postpartal werden in der psychiatrischen Fachsprache praktisch gleichgesetzt: »post« bedeutet »nach« in der lateinischen Sprache, »natus« ist die »Geburt«. »Partus« kommt ebenfalls aus dem Lateinischen und bedeutet »Entbindung«. »Postpartal« bedeutet also »nach der Entbindung«, »postnatal« dagegen ganz korrekt »nach der Geburt«, nämlich aus der Sicht des Kindes. In der Praxis wird es aber auch für »nach der Entbindung« verwendet.

Im englischen Sprachraum und besonders in der dortigen Umgangssprache wird üblicherweise die Bezeichnung »postnatal« verwendet. Obwohl in der deutschen Fachsprache der Begriff »postpartal« korrekter ist, setzt sich auch bei uns in der Umgangssprache und in der Wissenschaftssprache immer mehr die Bezeichnung »postnatal« durch. Deshalb wird in diesem Buch durchgängig dieser Begriff verwendet.

Umgangssprachlich ist oft von der »Wochenbettdepression« die Rede. Der Begriff »Schwangerschaftsdepression« ist dagegen nicht korrekt: den würde man nur verwenden, wenn es tatsächlich um eine Depression in der Schwangerschaft geht.

sondern ganz normale Folge der sehr abrupten Hormonumstellung nach der Geburt. Etwa um den dritten bis fünften Tag nach der Entbindung fallen die Hormonspiegel, die sich in der Schwangerschaft gebildet hatten, sehr plötzlich wieder ab. Wie alle ausgeprägten hormonellen Veränderungen können auch diese Hormonschwankungen zu psychischer Labilität führen.

Wie »Heultage« im Deutschen ist der »Baby blues« ein umgangssprachlicher Begriff aus der englischen Sprache. Er leitet sich von dem englischen Wort »blues« ab (umgangssprachlich für Melancholie; findet sich auch in der Musiksprache). Die Tatsache, dass es auf Deutsch für die »Heultage« keine allgemein akzeptierte Fachbezeichnung gibt, zeigt schon, dass es sich hier nicht um eine Krankheit handelt. Von Müttern habe ich wiederholt gehört, dass sie den Begriff »Heultage« diskriminierend finden; seitdem verwende ich ihn nur noch selten. Allgemein setzt sich im deutschen Sprachgebrauch – sowohl in der Fachsprache als auch in der Laiensprache – der Begriff »Baby blues« immer mehr durch.

Nur sehr selten ist ein ausgeprägter »Baby blues« zugleich der Beginn einer postnatalen Depression. Die Stimmungslabilität mit raschem Wechsel zwischen Glücklichkeit und Weinen, erhöhter Empfindlichkeit, manchmal einhergehend mit Schlafstörungen oder sonstigen Verhaltensveränderungen, ist nicht behandlungsbedürftig. Ruhe, Abschirmung vor allzu viel Außenreizen und Verständnis und Fürsorge vonseiten der Angehörigen reichen in der Regel aus. Wenn die Symptome allerdings länger als 2 oder 3 Tage bestehen oder andere Auffälligkeiten hinzukommen, sollte an den Beginn einer Depression oder auch einer Psychose gedacht werden.

Postnatale Depressionen – das Gefühl, eine schlechte Mutter zu sein

Die Symptomatik einer postnatalen Depression kann von einer leichten depressiven Verstimmung bis hin zur schweren Depression reichen. Alle Arten depressiver Symptome kommen vor; die häufigsten Symptome einer Depression nach der Entbindung sind in Tabelle 2 zusammengefasst.

Tabelle 2: Mögliche Symptome der postnatalen Depression

Mögliche Symptome der postnatalen Depression	
Konzentration/ Gedächtnis	Konzentrationsstörungen, manchmal Gedächtnisprobleme
Denken	Grübeln, Denkverlangsamung, Denkhemmung
Antrieb	Lust- und Interesselosigkeit, Antriebsminderung, Apathie, sozialer Rückzug, Bewegungsunruhe
Affektivität	Depressivität, Versagens- und Schuldgefühle, als unzureichend empfundene Mutter-Kind-Gefühle, innere Unruhe, Gereiztheit/ Aggressivität
Ängste	Unbestimmte Angst, Panikattacken
Zwang	Zwangsgedanken und -impulse (z. B. dem Kind etwas anzutun), selten Zwangshandlungen (z. B. Waschwang)
Schlaf	Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Früherwachen
Suizidalität/ Autoaggressivität	Lebensmüde Gedanken, Suizidgedanken, selten Suizidhandlungen, selten selbstverletzende Handlungen
Somatische (körperliche) Symptome	Müdigkeit, Appetitminderung, Gewichtsverlust, Druckgefühl in der Brust, Kloßgefühl im Hals, vielfältige andere körperliche Missempfindungen und Schmerzen
Produktiv-psychotische Symptome	Nur bei schwerer psychotischer Depression depressiver Wahn (z. B. Schuldwahn)

Besonders häufig leiden depressive Mütter unter dem Gefühl, eine schlechte Mutter zu sein, woraus Schuld- und Versagensgefühle entstehen. Diese Symptome gehen nicht selten einher mit der Überzeugung, dass die Gefühle dem Kind gegenüber unzureichend sind, dass sie nicht den erwarteten Muttergefühlen entsprechen. Eine Störung der Mutter-Kind-Bindung ist Teil der Depression, wird aber von den betroffenen Frauen nicht als Krankheitssymptom, sondern vielmehr als eigenes Versagen gewertet.

Treten im Rahmen der postnatalen Depression Zwangsgedanken oder Zwangsimpulse (► S. 101) auf mit dem Inhalt, dem Kind etwas anzutun, führt dies zu ausgeprägten Scham- und Schuldgefühlen.

Fast jede von schweren depressiven Symptomen betroffene Frau berichtet, dass es zu irgendeinem Zeitpunkt auch zu lebensmüden und schließlich suizidalen Gedanken gekommen ist oder auch zur Überlegung, das Kind zur Adoption freizugeben. Und all das vielleicht sogar, obwohl es sich um ein Wunschkind handelt. Besonders in der Möglichkeit des erweiteren Suizids bei schweren Depressionen (Selbsttötung mit vorheriger Tötung des Kindes) liegt eine Gefahr für Mutter und Kind, auch wenn solche Fälle glücklicherweise extrem selten sind. Ebenfalls selten können bei Frauen, die in ihrer Vorgeschichte schon mit autoaggressiven (also selbstverletzenden) Handlungen zu tun hatten, entsprechende Verhaltensweisen im Rahmen der Depression wieder auftreten. Solche Selbstverletzungen dienen beispielsweise der Spannungsabfuhr oder dem Wunsch, »sich selbst wieder zu spüren«. Sie sind nicht gleichzusetzen mit lebensmüden bzw. suizidalen Gedanken, wo der Gedanke an den erwünschten Tod im Vordergrund steht.

Aus der Praxis lassen sich drei Typen postnataler Depressionen beschreiben (► Tab. 3). Am häufigsten ist der »Insuffizienztyp« mit etwa 2/3 der Fälle, bei dem Insuffizienzgefühle (=Versagensgefühle) im Vordergrund stehen. Deutlich seltener, aber für die Betroffenen wegen ausgeprägter Schuld- und Schamgefühle mit einem enormen Leidensdruck verbunden, ist der »Zwangstyp« (etwa 20%). Am seltensten sind Depressionen, bei denen Panikattacken im Vordergrund stehen.

Tabelle 3: Typen postnataler Depressionen

Typ postnataler Depression	Im Vordergrund stehende Symptomatik
►Insuffizienztyp«	Depressive Verstimmung steht im Vordergrund mit Insuffizienzgefühlen (= Versagensgefühlen), 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. Zusätz-

Tabelle 3: Typen postnataler Depressionen – Fortsetzung

Typ postnataler Depression	Im Vordergrund stehende Symptomatik
»Zwangstyp«	<p>liche Symptome, wie Konzentrationsstörungen, Antriebsmangel, Schlafstörungen, Appetitstörungen, Tagesschwankungen, Gereiztheit, lebensmüde Gedanken bis hin zur Suizidalität</p> <p>Depressive Verstimmung mit im Vordergrund stehender Zwangssymptomatik (Gedanken 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.</p> <p>Selten kann auch der Gedanke, sich selbst etwas anzutun, Inhalt solcher Zwangsgedanken sein (Die betroffene Frau denkt ständig daran, sich etwas anzutun, will dies aber ganz sicher nicht und hat Angst davor, dass sie das umsetzen könnte).</p>
»Paniktyp«	<p>Depressive Verstimmung parallel mit dem meist erstmaligen Auftreten von Panikattacken</p>

Noch eine Begriffsklärung:**Wochenbettdepression/Wochenbettpsychose**

Die Begriffe »Wochenbettdepression« und »Wochenbettpsychose« werden im Alltag immer noch verwendet, um deutlich zu machen, dass eine Depression oder eine Psychose im zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung aufgetreten ist. Völlig korrekt ist das jedoch nicht immer, da das »Wochenbett« aus gynäkologischer Sicht die ersten 6 bis 8 Wochen nach der Entbindung umfasst, in denen sich die schwanger-

schaftsbedingten Veränderungen des Körpers zurückbilden. Zwar beginnen in diesem Zeitraum die meisten Psychosen, Depressionen jedoch können auch erst deutlich nach dieser Zeit auftreten. Außerdem haben verschiedene wissenschaftliche Untersuchungen gezeigt, dass Depressionen und Psychosen nach der Entbindung in allen wichtigen Punkten vergleichbar sind mit Depressionen und Psychosen, die in anderen Lebenssituationen auftreten. Es hätte also auch sein können, dass zu einem ganz anderen Zeitpunkt im Leben eine Depression oder eine Psychose beginnt. Die Schwangerschaft und die Entbindung mit allen begleitenden Lebensveränderungen sind in dem Fall »nur« als eine besondere Stresssituation zu werten – oder wie man in der psychiatrischen Fachsprache sagt, als »relevantes Lebensereignis« (»life event«), wie sie nicht selten im Vorfeld psychischer Störungen zu finden sind.

Genauer spricht man also statt von einer »Wochenbettdepression« oder einer »Wochenbettpsychose« von Depressionen oder Psychosen, die nach der Entbindung begonnen haben – oder in der psychiatrischen Fachsprache ganz korrekt von »postnatal beginnender Depression« bzw. »postnatal beginnender Psychose«. Doch auch hier führt der klinische Alltag zu Verkürzungen, und deshalb werden häufig die Begriffe »postnatale Depression« und »postnatale Psychose« verwendet.

Die EPDS – erster Schritt zur Erkennung von Problemen

Die EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, der von der betroffenen Frau ausgefüllt wird und in einem ersten Schritt dabei helfen kann zu erkennen, ob möglicherweise eine behandlungsbedürftige depressive Problematik vorliegt. Die EPDS wird als sogenanntes Screening-Instrument mittlerweile weltweit eingesetzt, sowohl in wissenschaftlichen Studien als auch in der täglichen ärztlichen Praxis. Screening bedeutet in diesem Falle, einen ersten Anhaltspunkt dafür zu bekommen, ob die bestehenden Probleme ernsthafter Natur sein könnten. Die 10 Fragen der EPDS werden von der betroffenen Frau beantwortet und anschließend die Punktwerte, die bei jeder Frage zwischen 0 und 3 liegen können, zusammengezählt und so ein Gesamtwert ermittelt. Dieser kann zwischen 0 und 30 liegen. Wenn Sie einen

Wert über 12 oder 14 erreichen, sollten Sie ernsthaft das Vorliegen einer Depression in Erwägung ziehen. Auf jeden Fall sollte eine genauere diagnostische Abklärung erfolgen. Liegt der Wert bei 20 oder höher, kann man schon ziemlich sicher sagen, dass Unterstützung Not tut, weil die Depressivität ein Ausmaß erreicht hat, das wahrscheinlich nicht mehr so ohne weiteres von selbst abklingen wird. Wichtig ist aber der Hinweis, dass alleine aus diesem Fragebogen keine Diagnose abgeleitet werden kann; das kann letzten Endes nur ein Arzt oder eine Psychotherapeutin tun. Falls nicht sofort ein Termin beim Facharzt (Psychiater) möglich ist, hilft auf jeden Fall auch der Hausarzt als erste Anlaufstelle. Viele Hausärzte kennen sich nämlich mit der Behandlung von Depressionen recht gut aus und verschreiben bei Notwendigkeit auch Antidepressiva. Gynäkologen sind bezüglich der Verschreibung von Medikamenten wahrscheinlich zurückhaltender, sind aber auf jeden Fall auch mögliche erste Ansprechpartner, um das weitere Vorgehen zu besprechen, wenn der Verdacht auf das Vorliegen depressiver oder anderer psychischer Symptome besteht. Und falls Sie sich scheuen, nach einem Selbsttest mit der EPDS direkt einen Arzt aufzusuchen, gibt es auch die Möglichkeit, sich bei der Selbsthilfegruppe »Schatten & Licht e. V. – Krise rund um die Geburt« (www.schatten-und-licht.de) Rat zu holen.