

**Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin,
Psychotherapie und Medizinische Psychologie
des Universitätsklinikums rechts der Isar
der Technischen Universität München**

(Direktor: Univ.-Prof. Dr. M. von Rad)

**„Postpartale Dysphorie (Baby-Blues) und Wochenbettdepression“ –
Eine katamnestiche Untersuchung an 585 Müttern
aus Kliniken in München und Starnberg**

Christian Winfried Strobl

Vollständiger Abdruck der von der
Fakultät für Medizin
der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Medizin
genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. D. Neumeier

Prüfer der Dissertation:

1. Univ.-Prof. Dr. M. von Rad
2. Univ.-Prof. Dr. K.-Th. M. Schneider

Die Dissertation wurde am 22.10.02 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 11.12.02 angenommen.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	3
1.1	ZUSAMMENFASSUNG DER BISHERIGEN WISSENSCHAFTLICHEN ERKENNTNISSE	3
1.2	KLASSIFIKATION	7
1.2.1	<i>Wochenbett-Blues</i>	7
1.2.2	<i>Wochenbettdepression</i>	8
1.2.3	<i>Wochenbettpsychose</i>	8
2	FRAGESTELLUNG	10
3	METHODIK	14
4	ERGEBNISSE	18
4.1	DATEN ZUR PERSON UND ZUM PERSÖNLICHEN UMFELD	18
4.2	GYNÄKOLOGISCHE ANAMNESE UND FRÜHERE SCHWANGERSCHAFTEN	18
4.3	SCHWANGERSCHAFT	19
4.4	GEBURT	21
4.5	WOCHENBETT	25
4.6	ZU HAUSE	30
4.7	SYMPTOMENKATALOG	33
4.8	EPDS	42
4.9	BDI	44
5	DISKUSSION	47
5.1	VALIDITÄT DER ERHOBENEN DATEN	47
5.2	VORERKRANKUNGEN UND PARITÄT	48
5.3	PSYCHISCHE BELASTUNGEN	50
5.4	SOZIALE EINFLUSSFAKTOREN UND PARTNERSCHAFT	51
5.5	GEBURTSVERLAUF	54
5.6	KLINIK UND PERSONAL	56
5.7	PHYSISCHER KONTAKT	59
5.8	STILLEN	61
5.9	ÜBERGANG VOM BLUES ZUR DEPRESSION	62
6	ZUSAMMENFASSUNG	66
7	LITERATURVERZEICHNIS	69
8	DANKSAGUNG	77
9	ANHANG	78

1 Einleitung

1.1 Zusammenfassung der bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnisse

Mit dem Thema "Psychische Erkrankungen im Wochenbett" beschäftigen sich heute viele Forscher, und es gibt eine große Anzahl wissenschaftlicher Publikationen. Dass es sich hierbei um eine wirkliche Erkrankung handelt, wird für die Wochenbettdepression nicht bezweifelt und auch in der International Classification of Diseases (ICD 10) gibt es für sie die Ziffer F 53.0. Der Wochenbett-Blues oder postpartale Dysphorie, i.e. nicht psychotische seelische Störungen nach der Geburt, sog. „Heultage“ (Pschyrembel, 1990), ist bis heute weder im ICD 10 noch im DSM IV genau klassifiziert. Im deutschen Sprachgebrauch existiert nicht einmal eine präzise medizinisch-fachliche Benennung dieser Störung. Aus der angloamerikanischen Literatur wurden die Begriffe „Baby-Blues“, „Postpartum-Blues“ oder „Maternity-Blues“ übernommen, wobei Blues ins Deutsche übersetzt soviel wie Schwermut bedeutet. Dass dieses häufige Krankheitsbild auf diese Weise behandelt wird, könnte am fehlenden Krankheitswert und an der nicht unbedingt notwendigen spezifischen Therapie liegen. Hier muss jedoch eingeworfen werden, dass auch andere Störungen ohne Krankheitswert, die keiner spezifischen Therapie bedürfen – z.B. Bauchschmerzen, ICD 10: R10.4 – in die ICD aufgenommen wurden.

Die ersten Berichte über Wochenbettstörungen reichen bis in die Antike zurück. Lange Zeit jedoch galt diese Störung – wie der Name schon sagt – nicht als Erkrankung, sondern vielmehr als „typisch weibliche Reaktion“ oder eine bestimmte Form der Hysterie. „Hystera“ ist das griechische Wort für „Gebärmutter“. Dieses Symptom wurde bereits in der Antike beschrieben und bis in die Neuzeit irrtümlich als auf das weibliche Geschlecht beschränkt gedeutet (Brockhaus, 1979). Man vermutete die mögliche Ursache einer Hysterie in dem Organ Gebärmutter und entfernte sie bei hysterischen Frauen. Aus diesem Grunde wurde lange Zeit nicht nach einer Erklärung oder einer Ursache für dieses Krankheitsbild gesucht. Dass psychische Störungen im Wochenbett eher als physio- denn als pathologisch angesehen wurden, lässt sich auch in unserer Gegenwart anhand des Begriffs „Heultage“ noch belegen.

Erst im 19. Jahrhundert begann man nach einer Verbindung zwischen körperlichen und psychischen Veränderungen in der Schwangerschaft zu suchen. Durch das Zusammentreffen der Symptomatik mit der Sekretion reifer Frauenmilch wurde die Erscheinung damals „Milchfieber“ genannt. Einer der bedeutendsten Forscher dieser Zeit war der Franzose Marcé.

Nach ihm wurde die 1980 gegründete Marcé-Society benannt, die sich nicht nur der Erforschung und Ergründung dieses komplexen Krankheitsbildes, sondern auch der Öffentlichkeitsarbeit und der Information der Bevölkerung widmet (Hamilton, 1982).

Inzwischen gibt es eine Vielzahl von Erklärungsmodellen, die z.T. widerlegt wurden, größtenteils aber nebeneinander als mögliche Ursachen existieren. Zu Beginn der Erforschung galt das größte Interesse den hormonellen Funktionen und Dysfunktionen. Anstieg und/oder Abfall von Nebennieren- (Bower, Altschule, 1956), Schilddrüsen- (Hamilton, 1962), Geschlechts- (Yalom, 1968), und Hypophysenhormonen (Burrows, 1983) wurden untersucht. Aber auch cAMP (Ballinger, 1979), Tryptophan (Handley, 1980), Elektrolytveränderungen (Stein, 1981), β -Endorphin (Newnham, 1984), Vasopressin (Stein, 1984), β -Casein (Nyberg, 1988) und andere körpereigene Stoffe wurden als mögliche Auslöser diskutiert. Erste Studien, welche die Möglichkeiten psychologischer und psychosozialer Ursachen erforschten, wurden erst Ende der 70er Jahre veröffentlicht (Bravermann, Roux, 1978) und gerieten von da an immer mehr ins Zentrum des Interesses. Jedoch wurde auch weiterhin an Hormonen und anderen Stoffen geforscht (Bloch, 2000).

Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über einen Teil der wichtigsten bisher untersuchten Ursachen.

Tabelle 1: Wichtige Studien über Ursachen von Wochenbettstörungen

Jahr	Autor	Untersuchung
1956	Bower, Altschule	Rebound-Überproduktion von Steroidhormonen
1960	Schneeberg	Sheehan-Syndrom
1961	Railton	Temporäres Cortisoldefizit
1962	Hamilton	Hypothyreose
1968	Yalom	Progesteronabfall
1976	van Zerssen	Hohe Cortisolspiegel
1978	Bravermann, Roux	Psychosoziale Stressfaktoren
1979	Ballinger	Hohe cAMP-Spiegel im Urin
1980	Paykel	Negative Lebensereignisse
1980	Handley	Fehlender Tryptophananstieg, reduziertes freies Tryptophan
1981	Stein	Diurese, Gewichtsverlust und Elektrolytveränderungen
1982	Cutrona	Angst, Niedergeschlagenheit
1982	Cookson	Niedrige Östrogenspiegel bei supersensitiven Dopaminrezeptoren
1983	Metz	Verminderter Abfall der platelet- α 2-adrenoceptor-capacity
1983	Burrows	Östrogenentzug, Progesterontheorie, FSH, LH, LH-RH, TSH, STH
1984	Petersen	Geburtsbedingte Faktoren

1984	Newnham	β -Endorphinentzug
1984	Stein	Vasopressin
1984	Watson	Unzufriedenheit mit der ehelichen Beziehung, problematische Lebensereignisse, anhaltende schwierige Lebensumstände
1984	Kendell	Ambivalente Gefühle bzgl. der Mutterschaft, konstitutionelle Prädisposition
1986	O'Hara	Mangel an sozialer Unterstützung
1987	Condon	Ungewollte Schwangerschaft
1987	Hopkins	Temperament des Kindes
1988	Kendrick	Primer, Trigger, Modifier
1988	Nyberg	β -Casein
1989	Hamilton	Hypophyseninsuffizienz
1989	Cox	Persönliche und soziale Faktoren, Verstärkung von Erlebnissen
1992	Bonnin	Cortisolspiegel
1994	Heidrich	17- β -Estradiol, Progesteron, Prolaktin
1995	Meyer	Erythropoetin
1996	Magiakou	Corticotropin-releasing Hormon
1998	Ijuin	Schilddrüsenfunktionsstörung
2000	Maes	Prolyl-Endopeptidase (PEP)
2001	Granger	Progesteron
2002	Troisii	Cholesterolspiegel

Wie aus Tabelle 1 ersichtlich ist, konzentrierte sich die Forschung zunächst auf endokrinologische Ursachen, erst später wurden auch psychosoziale Komponenten untersucht. Wenn man die starken hormonellen Schwankungen während der Schwangerschaft und unmittelbar nach der Geburt bedenkt, ist das nicht verwunderlich. Einige wichtige Untersuchungen werden im folgenden erläutert.

1967 veröffentlichte Gyermek eine Studie, in der ein sedierender Effekt bei hohen Progesteronkonzentrationen gefunden wurde. Der plötzliche Konzentrationsabfall nach der Geburt wurde deshalb für die depressive Symptomatik verantwortlich gemacht (Yalom, 1968). In einer späteren Studie konnte jedoch kein Zusammenhang zwischen Baby-Blues und freiem 17- β -Estradiol, freiem Progesteron oder Prolaktin im Plasma hergestellt werden (Heidrich, 1994).

Aufgrund häufiger Depressionen bei M. Cushing wurden diverse Studien hinsichtlich des Cortisolspiegels bei Depressionen durchgeführt (z.B. van Zerssen, 1976).

1978 wurden psychosoziale Stressfaktoren (u.a. das Gefühl vom Partner nicht geliebt zu werden, unerwartete oder ungeplante Schwangerschaft, Singles und vom Partner getrennt lebende Frauen) von Braverman und Roux für die Entstehung von Wochenbettstörungen verantwortlich gemacht.

Die Beobachtung, dass erhöhte cAMP-Spiegel im Urin von manischen Patienten nachgewiesen werden konnten, führte 1979 zur Untersuchung von Ballinger, der dieses Phänomen auch bei Bluessymptomatik nachweisen konnte.

Die Erkenntnis, dass Depressionen mit erniedrigten Serotoninspiegeln einhergingen, lenkte die Forschung auf das Tryptophan, eine Vorstufe des Serotonins. Die von Handley 1980 postulierte verminderte Verfügbarkeit von freiem Tryptophan, konnte in einer kontrollierten Doppelblindstudie an 55 nicht stillenden Müttern jedoch nicht nachgewiesen werden (Harris, 1980).

In der 1981 von Stein veröffentlichten Studie über Elektrolytveränderungen konnte kein direkter Zusammenhang mit den Stimmungsschwankungen hergestellt werden.

Ein weiterer Ansatz war das β -Endorphin, das sich durch seine ausgeprägte Wirkung auf die menschliche Stimmung als Forschungsobjekt anbot. Hier wurde ein stärkerer Abfall des Serumspiegels bei Frauen mit Bluessymptomatik gefunden (Newnham, 1984).

Es wurden auch weitere Hormone des Hypothalamus-Hypophysen-Systems untersucht. Burrows fand 1983 einen Zusammenhang zwischen Wochenbettstörungen und den Plasmaspiegeln der Hypothalamus-Steuerungshormone FSH, LH, LH-RH, TSH und STH. Ebenso konnte in einer anderen Studie nachgewiesen werden, dass die Plasmakonzentration von CRH mit fortschreitender Schwangerschaft anstieg und seinen Höhepunkt um den Zeitpunkt der Geburt erreichte (Smith, 1989).

Das Neurohypophysenhormon Vasopressin ist an der Regulation des Wasser-Elektrolyt-Haushalts beteiligt. Ebenso hat es eine nachgewiesene Rolle für den Schlaf als „Deaktivator“ (Waquier/Dugovic, 1990). Erniedrigte Spiegel wurden auch bei Depressionen festgestellt, ein Zusammenhang mit Stimmungsschwankungen im Wochenbett konnte allerdings hier nicht konstant nachgewiesen werden (Stein, 1984).

Wie aus Tab.1 ersichtlich ist, suchen auch jetzt noch viele Autoren nach unterschiedlichen hormonellen oder anderen stofflichen bzw. pathophysiologischen Ursachen für die Entstehung der Wochenbettdepression und des Blues. Die psychosomatische Komponente wird in diesen Studien meist nicht berücksichtigt.

1.2 Klassifikation

Die Ausprägung der Wochenbettstörung ist sehr variabel und reicht von Weinen über Depressivität bis hin zu psychotischen Zuständen, was heute zu einer Einteilung der Störungsbilder in folgende Kategorien geführt hat:

1.2.1 Wochenbett-Blues

Diese leichteste Form der Wochenbettstörungen beginnt in der Regel in den ersten Tagen nach der Geburt. Die Dauer schwankt zwischen wenigen Stunden bis mehreren Tagen. Die Prävalenzwerte schwanken zwischen 40 und 85% (Steiner, 1990). Zu den am häufigsten angegebenen Symptomen zählen Ängstlichkeit – insbesondere in bezug auf das neugeborene Kind (Dalton, 1992; Kendell, 1981) – Alpträume, Appetitverlust, Besorgnis, leichte Depressivität, Einsamkeit, Erschöpfung, Konzentrationsstörungen, Kopfschmerzen, Müdigkeit, Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Schuldgefühle, Stimmungsschwankungen, Traurigkeit, Vergesslichkeit, Verstimmungen, Verwirrung und Weinen. Dieses letzte Symptom gilt als Hauptmerkmal des Blues und tritt meist zwischen dem dritten und fünften postpartalen Tag auf. In dieser Zeit liegt auch der Höhepunkt der Symptomatik (Kennerly/Gath, 1986; Stein, 1982).

Bei einer Befragung von 119 Primigravidae beklagten etwa 40% der Frauen auch einen Mangel an mütterlichen Gefühlen nach der Geburt (Robson/Kumar, 1980). Weiterhin wurden gleichzeitig auftretende Erscheinungen wie Milchstau, Ödeme und verminderter Durst am dritten oder vierten Tag beobachtet. Diese Symptome weisen auf eine Störung im Wasser-Elektrolyt-Haushalt hin und wurden deshalb mit den Stimmungsschwankungen in Verbindung gebracht (Stein, 1982).

All diese Symptome verschwinden bei den betroffenen Müttern ohne Behandlung und, wie allgemein angenommen wird, ohne bleibende Schäden zu hinterlassen (Kennerly/Gath, 1986). Allerdings wird die Möglichkeit des Übergangs in eine schwerere Form der Wochenbettstörungen diskutiert. Handley fand 1980 heraus, dass depressive Verstimmungen in den ersten fünf postpartalen Tagen mit einem erhöhten Risiko für eine Depression 6 Monate postpartum einhergingen. In einer anderen Studie wurde hier kein Zusammenhang gefunden (Kennerly/Gath, 1989).

1.2.2 Wochenbettdepression

Es handelt sich um eine Form der “Major Depression”, die sich meist ca. drei bis vier Wochen nach der Geburt bemerkbar macht und wenige Wochen bis zu zwölf Monaten andauern kann. Trotz einer hohen Inzidenz von meist 10% bis aber ca. 28%, befinden sich nur wenige Mütter in ärztlicher Behandlung (Brockington, 1988). Als Symptome werden Abendtief, Affektlabilität, Anorexie, Gedächtnisstörungen, Grübeln, Hypochondrie, Insuffizienzgefühl in der Mutterrolle, Konzentrationsstörungen, Müdigkeit, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Schuldgefühle, Sorgen, Verzweiflung und häufiges Weinen beschrieben (Robinson/Stewart, 1986). Diese Wochenbettstörung ist als echte Depression in nicht wenigen Fällen behandlungsbedürftig, die Therapie besteht in der Gabe von Antidepressiva und Neuroleptika oder Psychotherapie (Harding, 1989). Als ergänzende Maßnahmen stellen Informationen über die Neugeborenenpflege, Sozial- und Eheberatung eine wichtige Therapieunterstützung dar. Unter dieser Behandlung beträgt die Heilungsrate 66% innerhalb eines Jahres (Robinson/Stewart, 1986). Eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mutter-Kind- oder Partnerbeziehung ist dennoch eine häufige Komplikation. Ob die Wochenbettdepression aus einem Baby-Blues hervorgeht wird noch diskutiert. Als gesichert gilt dagegen, dass psychische Vorerkrankungen die Entstehung einer Wochenbettdepression prädisponieren (Harding, 1989).

1.2.3 Wochenbettpsychose

Die schwerste Form der Wochenbettstörungen beginnt innerhalb der ersten zwei bis vier Wochen nach der Niederkunft und ist eine maniforme oder schizoaffektive Psychose (Brockington, 1988). Die Inzidenz liegt bei 1-4 Fälle pro 1000 Geburten (Harding, 1989). Kennzeichen können delirante Zustände, Desorientierung, Halluzinationen, maniforme Symptome, Schizophrenie, Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, Verwirrtheit und Wahn sein. Psychische Vorerkrankungen – auch bei Verwandten ersten Grades – und positive Familienanamnese gelten als sichere Risikofaktoren, besonders bei bipolaren affektiven Störungen. Die Prognose ist unter entsprechender Therapie, die in der Gabe von Neuroleptika und manchmal sogar Elektrokrampftherapie besteht, gut (Robinson/Stewart, 1986). Es wurden bei Wochenbettpsychosen nicht selten auch Kindstötungen beschrieben.

Anhand dieser Einteilung ist ersichtlich, dass zwar für die Depression und die Psychose Therapieempfehlungen existieren, nicht aber für den Blues. Da die Beschwerden von selbst verschwinden, ist das möglicherweise auch nicht notwendig. Insbesondere deshalb stellt sich

aber die Frage nach geeigneten Präventivmassnahmen, die wiederum eine genaue Kenntnis der auslösenden Faktoren voraussetzen.

2 Fragestellung

Die Thematik der Wochenbettstörungen ist vielseitig und somit auch nicht einer bestimmten Fachrichtung zuzuordnen. Es handelt sich vielmehr um ein Krankheitsbild, das interdisziplinär von Gynäkologen und Geburtshelfern, Hebammen, Psychiatern, Psychotherapeuten und Psychosomatikern gemeinsam betreut werden muss. Aufgrund der Komplexität kann es auch notwendig sein, Internisten oder Pädiater hinzuzuziehen. Bei steigender Anzahl an Hausgeburten, dürfte auch der Allgemeinarzt häufiger mit dieser Erkrankung konfrontiert werden. Besonders interessant ist, dass die beschriebenen Symptome im völligen Widerspruch zu persönlichen Erfahrungen und Vorstellungen stehen. Jeder Mensch würde zunächst vermuten, dass eine Mutter, die nach neun Monaten endlich das ersehnte und gesunde Baby im Arm hält, freudig und glücklich reagieren müsse, nicht weinerlich und depressiv. Und doch ist der Baby-Blues eine sehr häufige Störung im Wochenbett. Die Angabe der Prävalenz in der Fachliteratur schwankt zwischen 40% und 85%. Dies hatte zur Folge, dass Baby-Blues und sogar Wochenbettdepressionen lange Zeit nicht als Erkrankungen, sondern als „normal“ angesehen wurden.

Medizinisch dominieren weitgehend noch immer folgende Erklärungsmodelle:

Hormonelle Dysregulation als Folge der physiologischen postpartalen Hormonumstellung (hormonell-biologische Ursache):

Wie bereits oben beschrieben, beschäftigt sich die medizinische Forschung größtenteils damit, eine stoffliche, v.a. hormonelle Ursache für die Wochenbettstörungen zu finden. Nach der Emotionstheorie von Schachter und Singer (1962) geht man dabei von einer hormonellbedingten unspezifischen Veränderung der emotionalen Aktivität aus. Davon ausgehend entwickelten Condon et al. 1987 ein Modell zur Entstehung des Blues. Es handle sich um eine „hormonell-getriggerte“ emotionale Labilität, einem biologisch induzierten intensiveren affektiven Erleben. Dass der Blues eine Trauerreaktion darstellt, die durch die Diskrepanz zwischen einem erwarteten Phantasie-Baby und dem realen Neugeborenen ausgelöst wurde, konnte in dieser Studie zwar nicht bewiesen werden. Es zeigte sich aber ein Zusammenhang von Wochenbett-Blues und der Diskrepanz zwischen erwarteter und stattgefundenen Geburt. Cutrona betrachtete 1983 die Stimmungsschwankungen der ersten postpartalen Tage als biologisch, die späteren dagegen als psychologisch bedingt.

Allen diesen genannten Hypothesen liegt die gemeinsame Annahme zugrunde, dass es sich beim Blues um eine mehr oder minder ausgeprägte Symptomatik eines physiologischen Vorganges handelt.

Transistorische reaktive psychische Störung als Folge der Belastung durch die Geburt und die damit verbundenen neuen Lebensumstände (umweltbedingt-psychologische Ursache):

Da es sich beim Wochenbett-Blues nicht um eine echte Depression handelt, sondern diese Komponente nur eine untergeordnete Rolle spielt, postulierte Lanczik 1992, dass diese Erscheinung eher in die Gruppe der hyperästhetisch-hyperemotionalen asthenischen Zustände zu rechnen sei. Somit sei der Blues eine neurasthenische oder pseudoneurasthenische Erscheinung. Dagegen wurde auf die Wochenbettdepression das Modell der Depression durch erlernte Hilflosigkeit von Seligman (1978) angewandt.

Bei allen beschriebenen Modellen tritt die Pathologie des Vorganges eher in den Hintergrund. Deshalb wurde u.a. von Schiefenhövel eine dritte Hypothese zur Entstehung der Wochenbettstörungen entwickelt:

Kulturgebundenen Syndrom der industriellen Gesellschaft (anthropologische Ursache):

Schiefenhoevel entdeckte 1988 bei seinen verhaltensphysiologischen Forschungen bei dem Naturvolk der Eipos in Neu Guinea, dass Baby-Blues und Wochenbettdepressionen dort im Grunde unbekannt sind. Bei 110 dokumentierten Geburten konnte im anschließenden Wochenbett nicht ein Fall von Bluessymptomatik oder Wochenbettdepression beobachtet werden. Würde es sich um eine hormonelle Dysfunktion handeln, so müssten Wochenbettstörungen, wenn auch vielleicht mit geringerer Inzidenz, auch bei dieser Bevölkerungsgruppe auftreten. Die „Hormontheorie“ kann nach dieser Auffassung nicht Ursache der Störungen sein.

Ebenso verhält es sich mit der Theorie der transistorischen reaktiven psychischen Störung. Denn auch Neurasthenie oder Pseudoneurasthenie müssten in Naturvölkern auftreten. Zumindest ist ein völliges Fehlen von Blues- oder Depressionssymptomen in diesen Gesellschaften durch die genannte Theorie nicht erklärbar.

Schiefenhoevel stellte ebenso fest, dass das Geburtsverhalten der traditionellen Ethnie sich in erheblichem Maße von dem unseren unterschied. Beispielsweise genossen Schwangere und Frauen, die vor kurzem entbunden hatten, ein hohes Ansehen in der Gemeinschaft. Sie wurden beschenkt und für einen ganz genau bestimmten Zeitraum von der täglichen Arbeit freigestellt, so dass sie sich voll auf die neuen Lebensumstände einstellen und nach der Geburt allein um das Neugeborene kümmern konnten. Unterstützung bei der Kinderpflege und im Haushalt wurde von Verwandten oder speziell dafür vorgesehenen Frauen organisiert. Dieses Verhalten wurde auch bei anderen Naturvölkern beobachtet. So werden beispielsweise im ländliche Jamaika die Mütter für neun Tage rituell von der Gemeinschaft abgesondert (Kruckman, 1983). Im Gegensatz dazu erleben Mütter in Deutschland oft nur wenig oder sogar keine Arbeitsentlastung. Zwar werden sie von beruflichen Pflichten entbunden, haben aber gerade im häuslichen Umfeld nun zusätzliche Aufgaben zu übernehmen, ohne dass sie bei den bisherigen Alltagsbelastungen (z.B. durch Waschen, Kochen, Putzen etc.) Unterstützung erfahren.

Die Vermutung, dass ein Zusammenhang zwischen physischer bzw. psychischer Belastung und Wochenbettstörung besteht, liegt also nah.

Kruckman vertrat die Auffassung, dass es sich beim Blues um ein kulturgebundenes Syndrom handele. Der Mangel an sozialer Strukturierung der Wochenbettzeit, sozialer Anerkennung und emotionaler sowie physischer Unterstützung der Mütter sei für diese Erscheinung verantwortlich.

Ugarriza sah 1992 die Ursache für Wochenbettstörungen in einem Mangel an spezifisch begleitenden Ritualen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in der westlich orientierten Gesellschaft (Hartung, 1997).

Nach Schiefenhövel (1993) führt u.a. die Trennung von Mutter und Neugeborenem durch medizinische und klinische Routinemaßnahmen zu einer Trauerreaktion und somit zu einer Bindungsstörung, weil die Wöchnerin das Gefühl hat, ihrem „biologischen Auftrag“, nämlich das Kind zu versorgen und es an ihrem Körper zu haben, nicht nachkommen zu können.

Aufgrund dieser Erkenntnisse gibt es für mich keinen Zweifel, dass es sich beim Baby-Blues und vielleicht auch bei den Wochenbettdepressionen um multifaktoriell beeinflusste Krankheitsbilder handeln musste, deren Auftreten aber durch ganz bestimmte Unterschiede im Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett der Mütter ausgelöst wird.

Es sollte nun untersucht werden, ob es möglich ist, bestimmte Faktoren zu evaluieren, die mit signifikanter Häufigkeit mit Baby-Blues bzw. Wochenbettdepression assoziiert sind und somit als auslösende Faktoren betrachtet werden könnten. Aufgrund der vielen Möglichkeiten und Fragestellungen entstanden unter der Betreuung von Dr. Gerhard Dammann und Prof. Dr. Wulf Schiefenhövel mehrere Studien, die sich mit verschiedenen Teilaspekten oder äußeren Gegebenheiten des Geburtsverhaltens beschäftigen und z.T. ein ähnliches, z.T. aber auch ein völlig anderes Studiendesign aufweisen:

- Befindlichkeit von deutschen Müttern im Wochenbett
- Befindlichkeit von türkischen und kurdischen Müttern im Wochenbett
- Befindlichkeit und spezielle Probleme im Wochenbett nach Sectio caesarea
- Affektive Störungen bei Müttern nach Hausgeburten

In der vorliegenden Studie werden nun hauptsächlich deutsche Mütter, die in deutschen Kliniken entbunden haben, untersucht. Weitere Studien beschäftigen sich mit türkischen Müttern, die in Deutschland entbunden hatten, mit dem Geburtsverhalten in anderen Ländern und auch mit dem Thema Hausgeburten und Kaiserschnitten.

3 Methodik

Um auslösende anthropologische, humanethnologische und psychosomatisch relevante Faktoren der Wochenbettstörungen zu identifizieren wurde ein achtseitiger Fragebogen entwickelt (s. Anhang), der aus folgenden Teilen bestand:

(a) Daten zur Person und zum persönlichen Umfeld (7 Fragen):

Diese Fragen dienten als Einstieg. Es wurde das Alter und der Familienstand der Mutter erhoben und nach den sozialen und wirtschaftlichen Verhältnissen gefragt. Es folgten Angaben zur Berufstätigkeit und zu psychischen Vorerkrankungen.

(b) Gynäkologische Anamnese und frühere Schwangerschaften (5 Fragen):

Die Anzahl der Schwangerschaften und Geburten, prämenstruelle Beschwerden und frühere Schwangerschafts- bzw. Geburtskomplikationen standen im Mittelpunkt dieses Teils. Die Frage nach Stimmungsschwankungen oder Depressionen während früherer Schwangerschaften ergänzte die Angaben.

(c) Letzte Schwangerschaft (14 Fragen):

Hier wurde speziell nach den persönlichen (gewollte Schwangerschaft, Umzug, Arztwechsel, Berufstätigkeit, familiäre Unterstützung, physisch/psychisch belastende Ereignisse) und medizinischen (Mehrlingsgravidität, invasive Untersuchungen, Komplikationen, Medikamente, vorzeitige Wehen) Umständen dieser Schwangerschaft gefragt. Auch hier wurden die Angaben durch die Frage nach Stimmungsschwankungen oder Depressionen während der Schwangerschaft ergänzt. Den Abschluss bildete die Frage nach weiterem Kinderwunsch.

(d) Geburt (15 Fragen):

Die Items bezogen sich auf die Umstände während (Ort der Entbindung, Medikamente, Bezugsperson, Arzt, Hebamme, Komplikationen, Art der Entbindung, Dammschnitt) und unmittelbar nach (Komplikationen, Zustand/Erkrankungen des Kindes) der Geburt. Von besonderem Interesse waren hier die Aussagen zum persönlichen Empfinden der Geburtsanstrengung und des ersten Kontakts mit dem Baby. Außerdem wurde gefragt, wohin bzw. zu wem das Kind unmittelbar nach der Entbindung gebracht wurde, wann die Mutter zum ersten Mal Körperkontakt zu ihrem Baby hatte und wie lange dieser Kontakt dauerte.

(e) Wochenbett in der Klinik (15 Fragen):

Es waren Angaben zur Unterbringung, zum persönlichen Wohlbefinden, zu Besuchen, Bezugspersonen, Erkrankungen von Mutter oder Kind, Dauer des Aufenthalts auf der Wochenstation und belastenden Ereignissen zu machen. Im Mittelpunkt standen hierbei die Fragen zum Körperkontakt mit dem Baby, dem Stillen und nach Stimmungsschwankungen oder Depressionen.

(f) Zu Hause (11 Fragen):

Dieser Teil bezog sich insbesondere auf die familiäre Unterstützung, die häusliche und/oder berufliche Belastung und die Partnerschaft. Ergänzend wurden Fragen zu Erkrankungen des Kindes, Medikamenten, Komplikationen und dem Körperkontakt gestellt. Zuletzt wurde wieder nach Stimmungsschwankungen oder Depressionen gefragt und wie gut die Mutter sich an die gefragten Ereignisse erinnern könne.

(g) Fragen zu persönlichen Stimmungen und Stimmungsschwankungen:

Es waren Angaben zum Auftreten und zum zeitlichen Verlauf von 15 (vorgegebenen) Symptomen vom ersten Tag bis 3 Monate nach der Geburt zu machen. Es bestand außerdem die Möglichkeit, nicht aufgeführte Symptome selbst zu ergänzen.

(h) Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS):

Dieser 10 Fragen umfassende standardisierte und validierte Fragebogen wurde speziell für Frauen entwickelt, die vor kurzem entbunden hatten. Er diente zur Erfassung von Wochenbettdepressionen.

(i) Becks Depressions-Inventar (BDI):

Dieser bekannte, ebenfalls standardisierte und validierte Fragebogen besteht aus 21 Items, die v.a. der Erfassung einer Major Depression dient. Die besonderen Lebensumstände von Wöchnerinnen sind dabei allerdings nicht berücksichtigt.

Bei den Fragen der Teile (a) bis (f) waren die Antworten teils aus vorgegeben Möglichkeiten auszuwählen, teils offen gestellt. Wo es die Fragestellung erlaubte, war eine Bewertung mit Hilfe einer von 1 bis 5 reichenden Punkteskala vorzunehmen, welche v.a. bei Fragen zum persönlichen Empfinden der gefragten Situation zur Anwendung kam. Am Ende dieses Blocks war die Möglichkeit für persönliche Anmerkungen gegeben.

In den Teilen (g) bis (i) mussten die zutreffenden Antworten mit Kreuzen markiert werden.

Da ein Fragebogen, der alle Aspekte der Wochenbettdepression - von medizinischen bis zu psychosomatischen und sozialen Ursachen - evaluieren sollte zu umfangreich gewesen wäre, wurden speziell die Fragen ausgewählt, die als geeignet angesehen werden konnten, folgende Hypothesen zu überprüfen:

- (a) Die Wochenbettdepression ist ein multifaktoriell beeinflusstes Krankheitsbild.
- (b) Komplikationen in der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett begünstigen die Entstehung dieser Störungen.
- (c) Die subjektive Unzufriedenheit der Mütter mit ihrer Situation während der Geburt, im Wochenbett oder zu Hause begünstigt die Entstehung von Wochenbettstörungen.
- (d) Die Häufigkeit und Intensität des Körperkontakts zwischen Mutter und Kind sind ein Faktor in der Entstehung von Wochenbettstörungen.
- (e) Die Ursachen für den Baby-Blues liegen hauptsächlich in der Situation der Mutter zum Zeitpunkt der Schwangerschaft und unmittelbar nach der Geburt.
- (f) Die Ursachen für eine Major Depression liegen hauptsächlich in der Lebenssituation der Mutter in der Zeit nach dem Wochenbett.

Dieser Fragebogen wurde auf dem Postweg an 1019 Mütter verschickt, die im Zeitraum zwischen 26.12.1996 und 16.06.1997 im Kreiskrankenhaus Starnberg bzw. in der Universitätsfrauenklinik Maistraße/München entbunden hatten. Die Adressen wurden fortlaufend aus den Geburtenbüchern entnommen, lediglich Mütter, bei denen aufgrund der Nationalität, des Namens und des Berufs davon ausgegangen werden musste, dass sie der deutschen Sprache nicht ausreichend mächtig waren, um den Fragebogen verstehen und beantworten zu können, wurden nicht angeschrieben. Ebenso wurde bei Totgeburten und Säuglingstod im Wochenbett (falls vermerkt) verfahren. Drei weitere Mütter, die im Klinikum Dritter Orden oder im Krankenhaus Harlaching in München entbunden hatten erhielten ebenfalls den Fragenkatalog. Die persönlichen Daten der Mütter wurden durch Verschlüsselung (Initialen und Geburtsdatum) anonymisiert. Der Rücklauf der Katamnesebögen war mit 585 (57,24%) erstaunlich hoch.

Die Auswertung erfolgte mit Hilfe der Windows-Computersoftware "Excel 97" und dem Statistikprogramm "SPSS". Hierzu wurden die Mütter in drei Gruppen eingeteilt:

(a) Major Depression (n=71):

Punktwert im BDI >17 (Fragebogenteil (h)) und/oder im EPDS >13 (Fragebogenteil (i)). Hier wurden ganz bewusst strenge Kriterien angelegt (laut Bergant (1998) ist ein Cut-off von 9,5 Punkten ausreichend), da es sich in der vorliegenden Studie um eine reine Katamnese und keine prospektive Studie handelt.

(b) Baby-Blues (n=245):

Mindestens eines der Symptome Depressionen, Schuldgefühle, Traurigkeit, Verstimmung, Verwirrung oder Weinen am 3., 4. oder 5. postpartalen Tag (Fragebogenteil (g)). Hierbei handelt es sich um die Symptome, die nach früheren Studien am häufigsten mit dem Baby-Blues assoziiert waren.

(c) Kontrollgruppe (n=315):

Frauen, die o.g. Kriterien nicht erfüllten.

Zusätzlich zum Vergleich der Gruppen (a) bzw. (b) mit der Kontrollgruppe (c), sollte anhand der Frauen, die sowohl die Kriterien der Gruppe (a) als auch die der Gruppe (b) erfüllten (n=46) untersucht werden, ob und unter welchen Voraussetzungen ein Übergang vom Baby-Blues in eine Major Depression möglich ist.

Zur Anwendung kamen die Vier-Felder-Tafel, der Student-t-Test für unverbundene Stichproben sowie der Chi-Quadrat-Test. Bei der Auswertung musste ein Signifikanzniveau von mindestens $p=0,05$ erreicht werden, um die o.g. Hypothesen zu bestätigen.

4 Ergebnisse

Von den insgesamt 1022 verteilten Fragebögen wurden 585 zurückgeschickt und konnten somit in die Auswertung aufgenommen werden. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 57,24%.

Aufgrund der vorgenommenen Einteilung erfüllten 245 Frauen die Kriterien eines Baby-Blues (41,88%) und 71 Mütter die Kriterien der Wochenbettdepression (12,14%). In diesen beiden Gruppen befinden sich 46 Frauen, die sowohl einen Baby-Blues als auch eine Depression entwickelten (7,86%). Somit trat bei 18,78% der Frauen mit Wochenbett-Blues im weiteren Verlauf eine Depression auf. 64,79% der Mütter mit Wochenbettdepressionen hatten im Vorfeld Symptome eines Baby-Blues. Die Kontrollgruppe bestand aus 315 Frauen ohne Blues- oder Depressionssymptomatik (53,85%).

4.1 Daten zur Person und zum persönlichen Umfeld

Die Frauen waren bei Beantwortung der Fragebögen im Durchschnitt 32,88 Jahre alt (Standardabweichung $s=4,64$ Jahre). 481 (82,36%) waren verheiratet, 62 (10,62%) in einer festen Beziehung lebend, 31 (5,31%) ledig, 5 (0,86%) getrennt lebend, 4 (0,68%) geschieden und 1 (0,17%) verwitwet.

4.2 Gynäkologische Anamnese und frühere Schwangerschaften

Prämenstruelle Beschwerden zeigten trendmäßig eine höhere Inzidenz bei Frauen, die unter psychischen Wochenbettstörungen litten. In der Kontrollgruppe klagten 95 Frauen (31,0%) über ein PMS, in der Bluesgruppe waren es 98 (39,5%) und in der Depressionsgruppe 29 (41,4%).

Im Durchschnitt war es für jede Frau die 1,82te Schwangerschaft und die 1,54te Geburt.

In der Bluesgruppe waren signifikant mehr Erstgravida und Erstpara als in der Kontrollgruppe ($p=0,025$).

Tabelle 2: Gravidität

Gruppe	1. SS	nicht 1. SS
Blues (n=245)	57,14 %	42,86 %
Depression (n=71)	50,70 %	49,30 %
Kontrolle (n=315)	38,10 %	61,90 %

(Chi-Quadrat-Test; Bluesgruppe: $\chi^2=20,10$; Depressionsgruppe: $\chi^2=3,83$)

Tabelle 3: Parität

Gruppe	1. Geburt	nicht 1. Geburt
Blues (n=245)	66,53 %	33,47 %
Depression (n=71)	63,38 %	36,62 %
Kontrolle (n=315)	47,62 %	52,38 %

(Chi-Quadrat-Test; Bluesgruppe: $\chi^2=19,99$; Depressionsgruppe: $\chi^2=5,76$)

Das gleiche Signifikanzniveau erreichte die Bluesgruppe bei der Frage „Hatten Sie Stimmungsschwankungen in früheren Schwangerschaften?“, während diese Ergebnisse (Anzahl der Geburten oder Schwangerschaften und Stimmungsschwankungen in früheren Schwangerschaften) in der Depressionsgruppe jeweils nicht signifikant waren.

Tabelle 4: Stimmungsschwankungen in früheren Schwangerschaften

Gruppe	ja	nein
Blues (n=106)	51,89 %	48,11 %
Depression (n=33)	45,45 %	54,54 %
Kontrolle (n=183)	25,14 %	74,86 %

(Chi-Quadrat-Test; Bluesgruppe: $\chi^2=21,13$; Depressionsgruppe: $\chi^2=5,70$)

Bereits in vorangegangenen Schwangerschaften litten Frauen aus der Bluesgruppe also häufiger unter Stimmungsschwankungen als Frauen aus der Kontrollgruppe.

4.3 Schwangerschaft

Zumindest die Depressionsgruppe zeigte bei der Frage, ob diese Schwangerschaft gewollt gewesen war oder nicht, einen Trend zur ungewollten Schwangerschaft. In der Kontrollgruppe waren 88,6% der Schwangerschaften gewollt, in der Bluesgruppe 88,0% und in der Depressionsgruppe 76,8%.

Bei Frauen, die später im Wochenbett unter einer Depression (28,6%, $x=1,86$) bzw. einem Blues (26,8%, $x=1,74$) gelitten hatten, traten während der Schwangerschaft häufiger und schwerwiegendere Komplikationen auf, als in der Kontrollgruppe (21,0%, $x=1,60$).

Dabei beschreibt x den Mittelwert des Schweregrades möglicher erfragter Komplikation:

Tabelle 5: Einteilung der Schweregrade von Komplikationen

Schweregrad 1	Schweregrad 2	Schweregrad 3
Hautausschlag, Zahnextraktion, Zyste im Genitalbereich, Nierenerkrankungen, Hyperemesis gravidarum, Gestationsdiabetes	Blutungen, vorzeitige Wehen, Hypertonus, Proteinurie, Infektionen, Omphalozele, Beckenvenenthrombose	Depressionen, EPH-Gestose, Infektionen der Geschlechtsorgane, Infectio in utero, Hämolyse, Zervixinsuffizienz, drohende Frühgeburt, epileptische Anfälle, Malignome

Auch war die häusliche Unterstützung während der Schwangerschaft (1 entspricht „gering“, 5 entspricht „stark“) im Trend in der Kontrollgruppe ($x=2,92$) größer als in den beiden Gruppen mit Wochenbettstörungen (Bluesgruppe $x=2,88$, Depressionsgruppe $x=2,49$).

Bei Familiennachwuchs entstehen häufig Platzprobleme, die manchmal auch mit einem Umzug einhergehen. Die Zufriedenheit mit der räumlichen Platzsituation war bei den Müttern der Kontrollgruppe (82,4%) größer als bei der Blues- (79,5%) oder Depressionsgruppe (74,3%).

Der Anteil an berufstätigen Frauen war in der Bluesgruppe am höchsten (79,3%). In der Depressionsgruppe betrug er 71,8% und in der Kontrollgruppe nur 68,4%.

Bei der Frage nach belastenden Ereignissen in der Zeit während der Schwangerschaft erreichte die Depressionsgruppe ein Signifikanzniveau von $p=0,025$, während das Ergebnis bei der Bluesgruppe nicht signifikant war.

Tabelle 6: Belastende Ereignisse in der Schwangerschaft

Gruppe	ja	nein
Blues (n=250)	49,20 %	50,80 %
Depression (n=71)	64,79 %	35,21 %
Kontrolle (n=307)	40,39 %	59,61 %

(Chi-Quadrat-Test; Bluesgruppe: $\chi^2=4,33$; Depressionsgruppe: $\chi^2=13,87$)

Es wurde auch nach Stimmungsschwankungen in der Schwangerschaft gefragt. Hierbei erreichte die Depressionsgruppe ein Signifikanzniveau von $p=0,01$, während dieses bei der Bluesgruppe nur bei $p=0,025$ lag.

Tabelle 7: Stimmungsschwankungen in der Schwangerschaft

Gruppe	ja	nein
Blues (n=251)	40,64 %	59,36 %
Depression (n=71)	60,56 %	39,44 %
Kontrolle (n=309)	21,36 %	78,64 %

(Chi-Quadrat-Test; Bluesgruppe: $\chi^2=24,51$; Depressionsgruppe: $\chi^2=43,38$)

Es traten somit bereits während der Schwangerschaft in der Blues- bzw. der Depressionsgruppe vermehrt belastende Ereignisse oder Stimmungsschwankungen auf, verglichen mit den Frauen der Kontrollgruppe.

4.4 Geburt

Der Ort der Entbindung hatte keine eindeutige Auswirkung auf die Wochenbettstörungen. Die prozentuale Verteilung ergibt sich aus nachstehender Tabelle.

Tabelle 8: Entbindungskliniken

Gruppe	München (n=271)	Starnberg (n=358)
Blues	38,7%	40,8%
Depression	12,5%	10,1%
Kontrolle	48,7%	49,2%

Somit entwickelten in München weniger Wöchnerinnen einen Blues, aber mehr Frauen eine Depression.

Auch die Anwesenheit des Partners oder einer anderen Bezugsperson beeinflusste die Entstehung von Blues oder Depression nicht. Die Häufigkeit dieser Anwesenheit betrug (in Klammern ist angegeben, wie dies empfunden wurde; 1 entspricht „störend“, 5 entspricht „hilfreich“): Kontrollgruppe: 91,6% (x=4,85), Bluesgruppe: 96,4% (x=4,84), Depressionsgruppe: 91,4% (x=4,71).

Die Frage „Falls es dazu gekommen war: wie empfanden Sie den Wechsel der betreuenden Person (z.B. Hebamme) während der Geburt?“, erzielte in der Depressionsgruppe ein signifikantes Ergebnis (p=0,025), während dieses in der Bluesgruppe nicht signifikant ausfiel. In den Tabellen steht x für den Mittelwert (in diesem Fall entspricht 5 „hilfreich“ und 1 entspricht „störend“), s gibt die Standardabweichung an.

Tabelle 9: Wechsel der betreuenden Person

Gruppe	x	S
Blues (n=90)	2,88	1,20
Depression (n=35)	2,49	1,15
Kontrolle (n=117)	2,92	0,99

(Student-t-Test; Bluesgruppe: $t=0,26$; Depressionsgruppe: $t=2,17$)

Ein solcher Wechsel wurde also von der Depressionsgruppe mehr störend empfunden, als von der Kontrollgruppe.

Bei der Frage „Wie empfanden Sie die Geburt?“ zeigte sich, dass Schmerzen, Dauer und Anstrengung während der Geburt von Müttern der Bluesgruppe ($p=0,0005$) und der Depressionsgruppe ($p=0,005$) signifikant höher, d.h. schlimmer bewertet wurden, als von Frauen der Kontrollgruppe (5 entspricht „weniger schlimm“, 1 entspricht „äußerst anstrengend“).

Tabelle 10: Subjektives Empfinden der Geburt

Gruppe	x	S
Blues (n=231)	2,51	1,37
Depression (n=62)	2,32	1,40
Kontrolle (n=287)	2,96	1,50

(Student-t-Test; Bluesgruppe: $t=3,52$; Depressionsgruppe: $t=3,08$)

422 (72,51%) der Geburten verliefen spontan, bei 43 (7,39%) wurde eine Vakuumentraktion durchgeführt und bei 11 (1,89%) wurde die Geburtszange (Forceps) angewandt. 106 (18,21%) der Frauen wurden per Kaiserschnitt (Sectio caesarea) entbunden. Dabei wurden 96 (90,57%) Querschnitte entlang der Schamhaargrenze und 6 (5,66%) Längsschnitte in der Medianlinie durchgeführt. Bei einer Mutter (0,94%) musste der Querschnitt, mit dem die Operation begonnen worden war, im Verlauf wegen aufgetretener Komplikationen zu einem Längsschnitt erweitert werden. Die Verteilung auf die jeweilige Geburtsklinik ist aus Tabelle 11 ersichtlich. Etwaige Differenzen zu 100 % sind durch fehlende Angaben bedingt.

Tabelle 11: Verteilung der Geburtsmodi in den Kliniken

Geburtsmodus	München (n=246)	Starnberg (n=335)
spontan	63,82 %	78,51 %
Vakuumentraktion	12,20 %	3,88 %
Forceps	2,44 %	1,49 %
Kaiserschnitt	20,73 %	16,12 %
davon quer	90,20 %	90,74 %
längs	5,88 %	5,56 %
komb.	1,96 %	0,00 %

Fasst man hierbei Vakuumentraktion, Forceps und Kaiserschnitt als operative Entbindung zusammen und vergleicht die Häufigkeiten von spontaner und operativer Entbindung in beiden Krankenhäusern, so ergibt sich ein Signifikanzniveau von $p=0,025$. Somit gab es in Starnberg signifikant mehr Spontangeburt als in München (Chi-Quadrat-Test; $\chi^2=14,22$).

Von den 476 Frauen mit vaginaler oder vaginal-operativer Entbindung wurde bei 218 (45,80%) ein Dammschnitt vorgenommen und bei 125 (26,26%) kam es zum Dammriss. Bei nur 131 Frauen (27,52%) blieb der Damm intakt. Die Verteilung auf die Krankenhäuser ist in Tabelle 12 zusammengestellt. Die Differenz auf 100 % ergibt sich dadurch, dass bei einem durchgeführten Kaiserschnitt keine Verletzung am Damm entstehen kann und diese Frauen nicht aufgenommen wurden. Die höhere Rate an Dammschnitten und geringere Rate an Dammrissen hatte aber keinen Einfluss auf die Entstehung einer Wochenbettstörung.

Tabelle 12: Verteilung von Dammschäden in den Kliniken

Dammschaden	München (n=246)	Starnberg (n=335)
Dammschnitt	52,03 %	26,87 %
Dammriss	14,63 %	26,57 %
kein	13,01 %	29,85 %

Da eine aufgestellte Hypothese postuliert, dass weniger Körperkontakt vermehrt zu Wochenbettstörungen führen kann, sollte auch überprüft werden, inwiefern das Geschehen unmittelbar nach der Geburt Einfluss auf das Entstehen einer Wochenbettdepression hat. Da diese Frage in offener Form gestellt wurde, musste in der Auswertung eine Einteilung vorgenommen werden. Dies geschah in folgender Weise:

1 entspricht „Kind auf den Bauch Mutter“, 2 „Kind in Arm der Mutter“, 3 „Kind zum Partner oder zur Hebamme“, 4 „Kind zur Krankenschwester oder zum Arzt“ und 5 „Kind auf Station, Intensivstation oder in den OP“.

Tabelle 13: Geschehen unmittelbar nach der Geburt bezogen auf die Wochenbettstörung

Gruppe	x	s
Blues (n=246)	2,06	1,36
Depression (n=69)	2,14	1,47
Kontrolle (n=300)	1,74	1,20

(Student-t-Test; Bluesgruppe: $t=2,20$; Depressionsgruppe: $t=1,94$)

Hierbei erreichte die Bluesgruppe ein Signifikanzniveau von $p=0,005$, die Depressionsgruppe $p=0,01$. Eine Wochenbettstörung korrelierte also mit der physischen Entfernung des Kindes von der Mutter.

Durchschnittlich hatten die Mütter der Kontrollgruppe innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt 28,85 Minuten Körperkontakt zu ihrem Kind, in der Bluesgruppe 28,29 Minuten und in der Depressionsgruppe 25,39 Minuten.

Teilt man die Mütter bei diesen letzten beiden Fragen nicht nach Blues-, Depressions- oder Kontrollgruppe, sondern nach Geburtsklinik (Kreiskrankenhaus Starnberg oder Frauenklinik Maistraße) ein, so ergibt sich bei der Frage nach dem Geschehen unmittelbar nach der Geburt sogar ein Signifikanzniveau von $p=0,0005$.

Tabelle 14: Geschehen unmittelbar nach der Geburt bezogen auf die Geburtsklinik

Gruppe	x	s
Starnberg (n=333)	1,61	1,11
München (n=233)	2,29	1,41

(Student-t-Test; $t=5,24$)

In Starnberg hatten die Mütter innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt durchschnittlich 33,73 Minuten Körperkontakt zu ihren Kindern, in München waren es nur 21,06 Minuten. Beide Analysen zeigen, dass die Mütter, die in Starnberg entbunden hatten, einen wesentlich intensiveren Körperkontakt zu ihrem Kind unmittelbar nach der Geburt hatten als Frauen, die ihr Kind in München zur Welt brachten.

Bei gleicher Gruppenbildung ergibt sich bei der Frage nach medizinischen Eingriffen in den natürlichen Geburtsablauf (medikamentöse Einleitung oder Verzögerung der Geburt, Maßnahmen zur Schmerzbekämpfung, operative Entbindung und/oder Dammschnitt) ein Signifikanzniveau von $p=0,01$.

Tabelle 15: Eingriffe in den natürlichen Geburtsablauf bezogen auf die Geburtsklinik

Gruppe	ja	nein
Starnberg (n=335)	57,31 %	42,69 %
München (n=247)	87,45 %	12,55 %

(Chi-Quadrat-Test; $\chi^2=61,61$)

Daraus ist ersichtlich, dass in München deutlich mehr Eingriffe in den natürlichen Geburtsablauf stattfinden als in Starnberg.

Auf die Ausbildung der Wochenbettstörungen hatten diese medizinischen Maßnahmen allerdings keinen signifikanten Einfluss. Dennoch ist ein Trend erkennbar. Sie waren in der Kontrollgruppe in 69,2% der Fälle erforderlich, in der Bluesgruppe 70,2% und am häufigsten in der Depressionsgruppe mit 77,5%.

Eine weitere Frage, die gestellt wurde war: „Hätten Sie sich mehr oder weniger Körperkontakt nach der Geburt gewünscht?“ Dabei kam es nicht darauf an, ob sich die Mütter nun mehr oder weniger Kontakt gewünscht hätten, sondern ob sie mit dem Maß an Körperkontakt, den sie mit ihrem Kind hatten, unzufrieden waren oder nicht. Beide Gruppen erreichten ein Signifikanzniveau von $p=0,025$.

Tabelle 16: Subjektive Unzufriedenheit mit dem Körperkontakt nach der Geburt

Gruppe	ja	nein
Blues (n=246)	35,77 %	64,23 %
Depression (n=67)	40,30 %	59,70 %
Kontrolle (n=300)	19,33 %	80,67 %

(Chi-Quadrat-Test; Bluesgruppe: $\chi^2=18,65$; Depressionsgruppe: $\chi^2=13,53$)

Die Frauen aus den beiden Fallgruppen waren mit der genannten Situation somit weniger zufrieden als die Frauen aus der Kontrollgruppe.

Zumindest tendenziell förderten Erkrankungen, Behinderungen oder stationäre medizinische Versorgung des Neugeborenen nach der Geburt die Entstehung einer Wochenbettstörung. In der Kontrollgruppe traf dies auf 14,9% der Säuglinge zu, in der Bluesgruppe waren es 22,0% und in der Depressionsgruppe immerhin 26,8%. Signifikant war dieses Ergebnis jedoch nicht.

4.5 Wochenbett

Die Unterbringung der Wöchnerinnen in Einzel-, Doppel- oder Mehrbettzimmern hatte nur einen geringen Einfluss auf die Wochenbettstörungen. Die durchschnittliche Anzahl der

Betten im Zimmer betrug in der Kontrollgruppe $x=2,16$, in der Bluesgruppe $x=2,25$ und in der Depressionsgruppe $x=2,30$.

Die Frage „Wie wohl fühlten Sie sich auf der Wochenstation?“ wurde in den verschiedenen Gruppen folgendermaßen beantwortet (5 entspricht „sehr wohl“, 1 entspricht „nicht wohl“):

Tabelle 17: Wohlbefinden auf der Wochenstation

Gruppe	x	s
Blues (n=239)	3,44	1,28
Depression (n=69)	3,22	1,33
Kontrolle (n=290)	3,91	1,17

(Student-t-Test; Bluesgruppe: $t=4,41$; Depressionsgruppe: $t=4,29$)

Für beide Gruppen ergibt sich hierbei im Vergleich zur Kontrollgruppe ein Signifikanzniveau von $p=0,0005$. Somit korrelierte der Grad der Unzufriedenheit auf der Wochenstation mit dem Auftreten von Wochenbettdepressionen. Eine Korrelation zwischen Bettenzahl und Wohlbefinden konnte allerdings nicht nachgewiesen werden ($r=-0,15$).

Das Ergebnis auf die Frage „Hätten Sie sich mehr oder weniger Besuch im Wochenbett gewünscht?“ war mit $p=0,025$ nur in der Depressionsgruppe signifikant.

Tabelle 18: Subjektive Unzufriedenheit mit den Besuchen im Wochenbett

Gruppe	ja	nein
Blues (n=245)	35,92 %	64,08 %
Depression (n=71)	54,93 %	45,07 %
Kontrolle (n=315)	23,81 %	76,19 %

(Chi-Quadrat-Test; Bluesgruppe: $\chi^2=9,79$; Depressionsgruppe: $\chi^2=26,54$)

Also war die Depressionsgruppe auch mit dieser Situation signifikant weniger zufrieden als die Kontrollgruppe.

Außerdem wurden manche Besuche auch als belastend empfunden. Auf die Frage „Empfanden Sie einige Besuche als belastend?“ antworteten in der Kontrollgruppe 32,8%, in der Bluesgruppe 41,6% und in der Depressionsgruppe 40,8% mit „Ja“.

Ähnlich wurde in allen Gruppen auf die Frage nach der Unterstützung durch den Lebenspartner oder eine andere Bezugsperson geantwortet (1 entspricht „wenig“, 5 entspricht „stark“). In der Kontrollgruppe betrug der Mittelwert $x=4,24$, in der Bluesgruppe $x=4,26$ und bei der Depressionsgruppe $x=4,13$. Hier konnte also kein Zusammenhang hergestellt werden.

Ebenso verhielt es sich bei der Frage nach der Unterbringung des Kindes. In der Kontrollgruppe war das Neugeborene bei 53,9% der Mütter im selben Zimmer oder sogar im selben Bett untergebracht. In der Bluesgruppe wurde Rooming-in oder Bedding-in von 54,2% der Mütter in Anspruch genommen. Und in der Depressionsgruppe praktizierten dies 52,9% der Mütter. Auch hier ergab die Auswertung keinen einheitlichen Trend.

Bei der Frage, ob sich die Mütter im Wochenbett mehr oder weniger Körperkontakt gewünscht hätten, zeigte sich wiederum ein Signifikanzniveau in beiden Gruppen von $p=0,025$.

Tabelle 19: Subjektive Unzufriedenheit mit dem Körperkontakt im Wochenbett

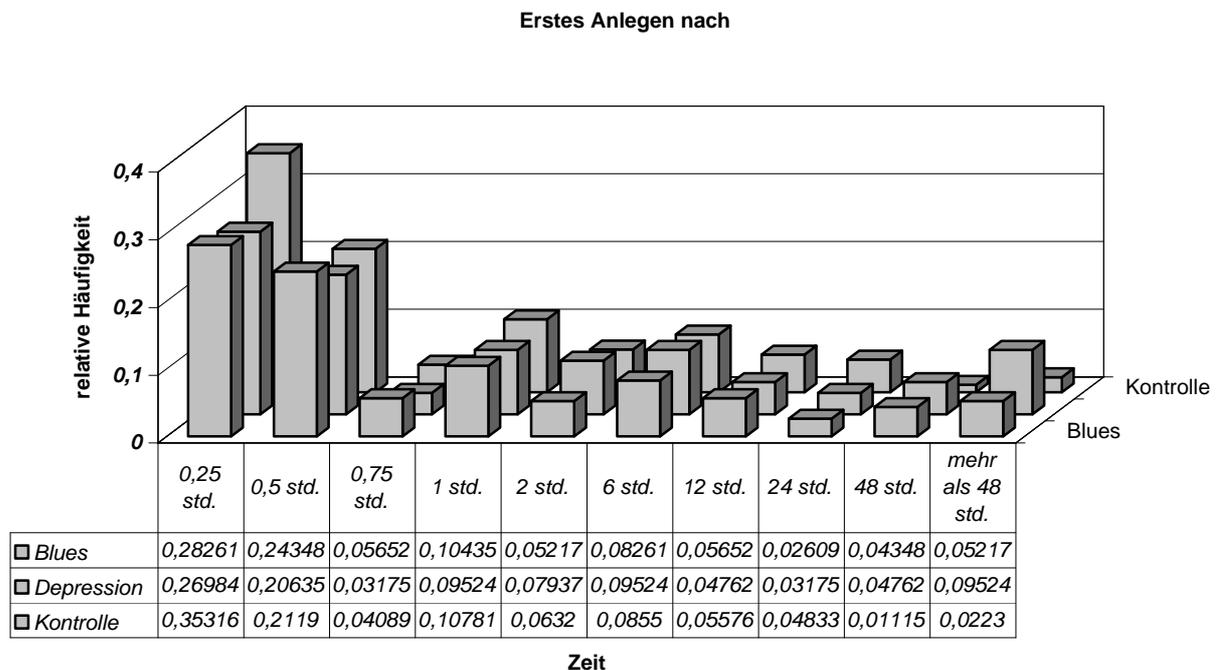
Gruppe	ja	nein
Blues (n=236)	26,27 %	73,73 %
Depression (n=66)	30,30 %	69,70 %
Kontrolle (n=291)	12,03 %	87,97 %

(Chi-Quadrat-Test; Bluesgruppe: $\chi^2=17,60$; Depressionsgruppe: $\chi^2=13,79$)

In beiden Fallgruppen hätten sich die Frauen signifikant häufiger einen intensiveren oder auch weniger intensiven Körperkontakt gewünscht als in der Kontrollgruppe.

Aufgrund starker Schwankungen gestaltete sich die Auswertung der Frage „Wann haben Sie Ihr Kind zum ersten Mal an die Brust angelegt?“ schwierig. Dieser Zeitpunkt lag bei den meisten Müttern innerhalb der ersten Stunden nach der Geburt. Bei einigen Säuglingen fand dieser wichtige Körperkontakt (z.B. durch notwendige medizinische Maßnahmen) erst nach Tagen statt. Durch diese starke Schwankungsbreite erschien es nicht sinnvoll, hier eine statistische Auswertung vorzunehmen. Eine Tendenz zeigt sich jedoch in der Abnahme des sehr frühen und der Zunahme des sehr späten ersten Anlegens bei stärkeren Wochenbettstörungen. Einen Überblick über die Verteilung innerhalb der einzelnen Gruppen geben die nachfolgenden Tabellen.

Abbildung 1: Zeitliche Verteilung des ersten Anlegens des Kindes an die Brust



Auch die Dauer des Stillens hatte nur marginale Auswirkungen auf Wochenbettstörungen. In der Kontrollgruppe wurde 79,3% der Kinder länger als 3 Monate gestillt. In der Bluesgruppe betrug dieser Anteil 78,3% und in der Depressionsgruppe 67,2%.

Dass das Stillen trotzdem einen großen Einfluss auf eine Wochenbettdepression haben kann, zeigte sich bei der Frage „Wie kamen Sie mit dem Stillen zurecht?“ (5 entspricht „sehr gut“, 1 entspricht „nicht gut“). Hier waren die Werte in der Kontrollgruppe hochsignifikant höher als in den beiden anderen Gruppen.

Tabelle 20: Subjektive Einschätzung des Stillserfolgs

Gruppe	x	s
Blues (n=237)	3,64	1,45
Depression (n=64)	3,59	1,48
Kontrolle (n=286)	4,02	1,38

(Student-t-Test; Bluesgruppe: $t=3,06$; Depressionsgruppe: $t=2,22$)

Bei diesem Item erreichte die Bluesgruppe ein Signifikanzniveau von $p=0,005$, die Depressionsgruppe nur von $p=0,025$.

Manche Mütter hätten die Klinik gerne früher bzw. später verlassen. In der Kontrollgruppe war dieser Anteil 32,1%, in der Bluesgruppe 43,4% und in der Depressionsgruppe 39,7%. Der

Wunsch der Mutter nach kürzerem oder längerem Klinikaufenthalt hat scheinbar keinen Einfluss auf die Wochenbettstörungen.

Bei der Frage „Hatten Sie Stimmungsschwankungen im Wochenbett?“ wurde in der Bluesgruppe eine Signifikanz von $p=0,005$, in der Depressionsgruppe von $p=0,01$ erreicht.

Tabelle 21: Stimmungsschwankungen im Wochenbett

Gruppe	ja	nein
Blues (n=242)	69,42 %	30,58 %
Depression (n=69)	62,32 %	37,68 %
Kontrolle (n=301)	16,28 %	82,72 %

(Chi-Quadrat-Test; Bluesgruppe: $\chi^2=157,90$; Depressionsgruppe: $\chi^2=63,69$)

Bei der Folgefrage, um welche Stimmungsschwankungen es sich gehandelt habe, war das Ergebnis bei der Depressionsgruppe nicht signifikant, während die Bluesgruppe ein Niveau von $p=0,01$ erreichte. Hierbei wurde in drei Schweregrade eingeteilt: 1 entspricht „Allgemeinsymptome wie psychische Labilität“, 2 „Weinen und/oder Traurigkeit“ und 3 „Depression und/oder körperliche Symptome wie Platzangst“.

Tabelle 22: Ausprägung der Stimmungsschwankungen im Wochenbett

Gruppe	x	s
Blues (n=162)	1,86	0,38
Depression (n=40)	1,88	0,33
Kontrolle (n=47)	1,70	0,51

(Student-t-Test; Bluesgruppe: $t=2,35$; Depressionsgruppe: $t=1,91$)

Somit waren die Beschwerden im Wochenbett in der Bluesgruppe häufiger und auch stärker ausgeprägt, als in der Kontrollgruppe oder der Depressionsgruppe.

Die Auswertung der Frage „Gab es belastende Ereignisse im Wochenbett?“ ergab in beiden Gruppen eine Signifikanz von $p=0,025$.

Tabelle 23: Belastende Ereignisse im Wochenbett

Gruppe	ja	nein
Blues (n=245)	48,16 %	51,84 %
Depression (n=68)	52,94 %	47,06 %
Kontrolle (n=301)	26,58 %	73,42 %

(Chi-Quadrat-Test; Bluesgruppe: $\chi^2=27,23$; Depressionsgruppe: $\chi^2=17,89$)

In beiden Fallgruppen gab es mehr die Mütter belastende Ereignisse im Wochenbett und in der Schwangerschaft als in der Kontrollgruppe.

4.6 Zu Hause

Es ergab sich eine Tendenz dahin, dass Mütter, die ihr Kind aus medizinischen Gründen nicht sofort mit nach Hause nehmen konnten, eher zur Entwicklung von Wochenbettstörungen neigten, als solche, die ein gesundes Kind mit nach Hause nahmen. Der Anteil an Müttern, welche die Klinik ohne ihr Kind verlassen mussten, betrug in der Kontrollgruppe 2,6%, in der Bluesgruppe 7,6% und in der Depressionsgruppe 11,6%.

Die Frage „Wie empfanden Sie die Unterstützung zu Hause nach der Geburt?“ ergab in der Depressionsgruppe ein signifikantes Ergebnis ($p=0,025$). (5 entspricht „hilfreich“, 1 entspricht „störend“)

Tabelle 24: Subjektives Empfinden der Unterstützung zu Hause

Gruppe	x	s
Blues (n=180)	4,51	0,86
Depression (n=43)	4,40	0,98
Kontrolle (n=250)	4,64	0,69

(Student-t-Test; Bluesgruppe: $t=1,02$; Depressionsgruppe: $t=1,96$)

Das hohe Signifikanzniveau von $p=0,0005$ ergab sich für beide Gruppen bei der Frage „Wie stark fühlten Sie sich zu Hause belastet?“ (5 entspricht „sehr stark“, 1 entspricht „nicht stark“). Die Zahlen im einzelnen:

Tabelle 25: Belastung zu Hause

Gruppe	x	s
Blues (n=250)	3,37	1,25
Depression (n=69)	3,72	1,12
Kontrolle (n=307)	3,02	1,20

(Student-t-Test; Bluesgruppe: $t=3,37$; Depressionsgruppe: $t=4,44$)

Frauen mit Wochenbettdepressionen fühlten sich also zu Hause stärker belastet und/oder empfanden die Unterstützung mehr störend, als Frauen ohne Komplikationen im Wochenbett.

Die Frage „Wie harmonisch war zu Hause nach der Geburt Ihre Partnerschaft?“ zeigte eine Signifikanz in der Depressionsgruppe ($p=0,005$), nicht aber in der Bluesgruppe. (5 entspricht „harmonisch“, 1 entspricht „problematisch“)

Tabelle 26: Harmonie der Partnerschaft

Gruppe	x	s
Blues (n=248)	3,84	1,25
Depression (n=68)	3,56	1,31
Kontrolle (n=306)	4,03	1,11

(Student-t-Test; Bluesgruppe: $t=1,89$; Depressionsgruppe: $t=3,05$)

Je problematischer die Partnerschaftsbeziehung zu Hause war, umso eher traten Depressionen auf.

Wie lange die Mutter nach dem Aufenthalt auf der Wochenbettstation täglich Körperkontakt zu ihrem Kind hat, dürfte für die Entstehung einer Wochenbettstörung keine Bedeutung haben. Durchschnittlich hatten Frauen aus der Kontrollgruppe täglich 9,58 Stunden Körperkontakt mit ihrem Kind. In der Bluesgruppe waren es 10,53 Stunden und in der Depressionsgruppe 10,81 Stunden. Tendenziell würde sich ein zu häufiger bzw. ausgeprägter Körperkontakt also eher negativ auswirken.

Ein ähnliches Ergebnis zeigte sich bzgl. des Schlafplatzes des Säuglings. In der Kontrollgruppe schliefen 79,9% der Kinder im elterlichen Schlafzimmer oder Bett. In der Bluesgruppe waren es 81,9% und in der Depressionsgruppe 84,1%.

Obwohl sich der Körperkontakt zum Kind nach der Geburt und im Wochenbett negativ auf die Mutter auswirken kann, wenn sie mit dem Maß nicht zufrieden ist, hat diese Situation zu Hause nach der Geburt keine signifikante Bedeutung mehr. Eine Tendenz besteht jedoch weiterhin. In der Kontrollgruppe waren 17,8% der Mütter mit dem Maß an Körperkontakt unzufrieden, in der Bluesgruppe 20,9% und in der Depressionsgruppe 31,4%.

Ähnlich war das Ergebnis bei der Frage „Wie zufrieden sind Sie, dass wieder/nicht wieder arbeiten?“. Hier erreichte die Depressionsgruppe ein Signifikanzniveau von $p=0,0005$, während das Ergebnis für die Bluesgruppe interessanterweise nicht signifikant war. (5 entspricht „sehr zufrieden“, 1 entspricht „nicht zufrieden“)

Tabelle 27: Zufriedenheit mit der beruflichen Situation

Gruppe	x	s
Blues (n=209)	4,07	1,09
Depression (n=59)	3,63	1,40
Kontrolle (n=244)	4,19	1,00

(Student-t-Test; Bluesgruppe: $t=1,22$; Depressionsgruppe: $t=3,55$)

Bei dieser Frage wurde nicht unterschieden, ob die Mütter nach der Entbindung rasch wieder zu arbeiten begonnen hatten oder nicht. Es kam einzig darauf an, wie zufrieden die Mütter mit ihrer persönlichen Situation waren.

Bei der Frage nach Stimmungsschwankungen, bezogen auf die Zeit zu Hause nach der Geburt, erreichten beide Fallgruppen im Vergleich zur Kontrollgruppe ein Signifikanzniveau von $p=0,01$.

Tabelle 28: Stimmungsschwankungen zu Hause

Gruppe	ja	nein
Blues (n=249)	55,82 %	44,18 %
Depression (n=69)	76,81 %	23,19 %
Kontrolle (n=307)	26,06 %	73,94 %

(Chi-Quadrat-Test; Bluesgruppe: $\chi^2=51,02$; Depressionsgruppe: $\chi^2=63,48$)

Das Ergebnis der Folgefrage, um welche Stimmungsschwankungen es sich gehandelt habe, bzw. wie diese sich geäußert hätten, war bei der Depressionsgruppe signifikant ($p=0,005$).

Tabelle 29: Ausprägung der Stimmungsschwankungen zu Hause

Gruppe	x	s
Blues (n=131)	1,74	0,51
Depression (n=51)	1,86	0,53
Kontrolle (n=77)	1,60	0,52

(Student-t-Test; Bluesgruppe: $t=1,91$; Depressionsgruppe: $t=2,75$)

Hierbei wurden die freien Antworten wieder in eine dreiteilige Abstufung gebracht.

Tabelle 30: Einteilung der Schweregrade von Stimmungsschwankungen zu Hause

Schweregrad 1	Schweregrad 2	Schweregrad 3
Schlafstörungen, Konzentrationsmangel, Verwirrung	Weinen, Traurigkeit, Angst	Rückzug, Passivität, Atemdepression, Depressionen

Die Mütter der Blues- bzw. Depressionsgruppe litten somit zu Hause nach der Geburt häufiger und stärker unter Stimmungsschwankungen als die Mütter der Kontrollgruppe.

Keine Auswirkungen scheinen Wochenbettstörungen auf das Erinnerungsvermögen der Mütter zu haben. Das Ergebnis der Frage „Konnten Sie sich gut an die genannten Ereignisse erinnern?“ (1 entspricht „nicht gut“, 5 entspricht „sehr gut“) betrug in der Kontrollgruppe $x=4,37$, in der Bluesgruppe $x=4,42$ und in der Depressionsgruppe $x=4,38$.

4.7 Symptomenkatalog

Nachfolgend sind die zeitlichen Häufigkeiten einiger Symptome aus dem Fragebogen in tabellarischer Form wiedergegeben. Es wurde sich hierbei auf diejenigen Symptome beschränkt, die auch für die Definition des Postpartum Blues von Bedeutung waren. Um die Unterschiede der einzelnen Gruppen zu verdeutlichen, wurden zwei verschiedene Darstellungen gewählt. Die jeweils erste Tabelle (1) enthält in den beiden Fallgruppen auch die Frauen, die sowohl einen Blues, als auch eine Depression entwickelten. In der zweiten Tabelle (2) wurden diese Mütter herausgenommen. Frauen, die zuerst einen Baby-Blues durchgemacht hatten und später auch an einer Depression erkrankten bleiben in dieser zweiten Darstellung also unberücksichtigt.

Zu erwähnen ist an dieser Stelle noch, dass sich die Mütter auch einige Monate nach der Entbindung subjektiv noch sehr präzise daran erinnern konnten, wann sie unter welchen Symptomen gelitten hatten. Die Angaben hierzu wurden in den meisten Fällen sehr genau und differenziert für die jeweiligen Zeiträume gemacht, was bei nur vagen Erinnerungen an diese Phasen nicht möglich gewesen wäre.

Das Symptom „Depressionen“ ist in diesem Falle umgangssprachlich im Sinne von „Gefühl von Niedergeschlagenheit“ und nicht psychiatrisch zu werten, da es sich um Angaben zu subjektiven Gefühlen der Mütter handelt.

Abbildung 2: Verlauf des Symptoms Depressionen (alle Angaben)

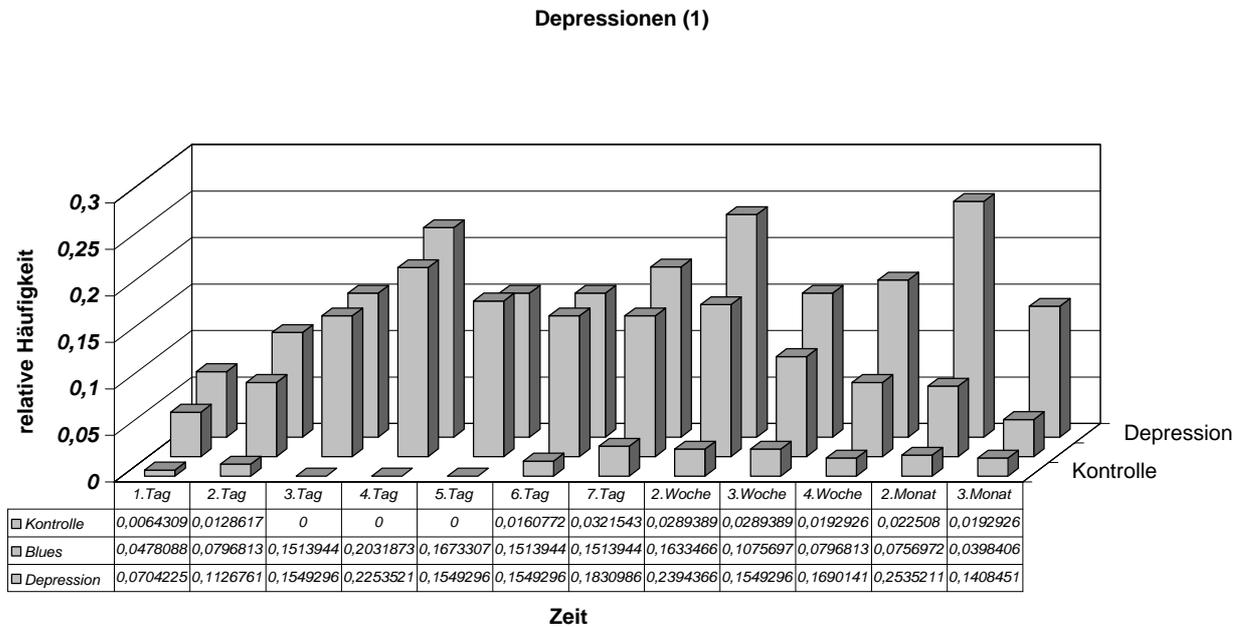
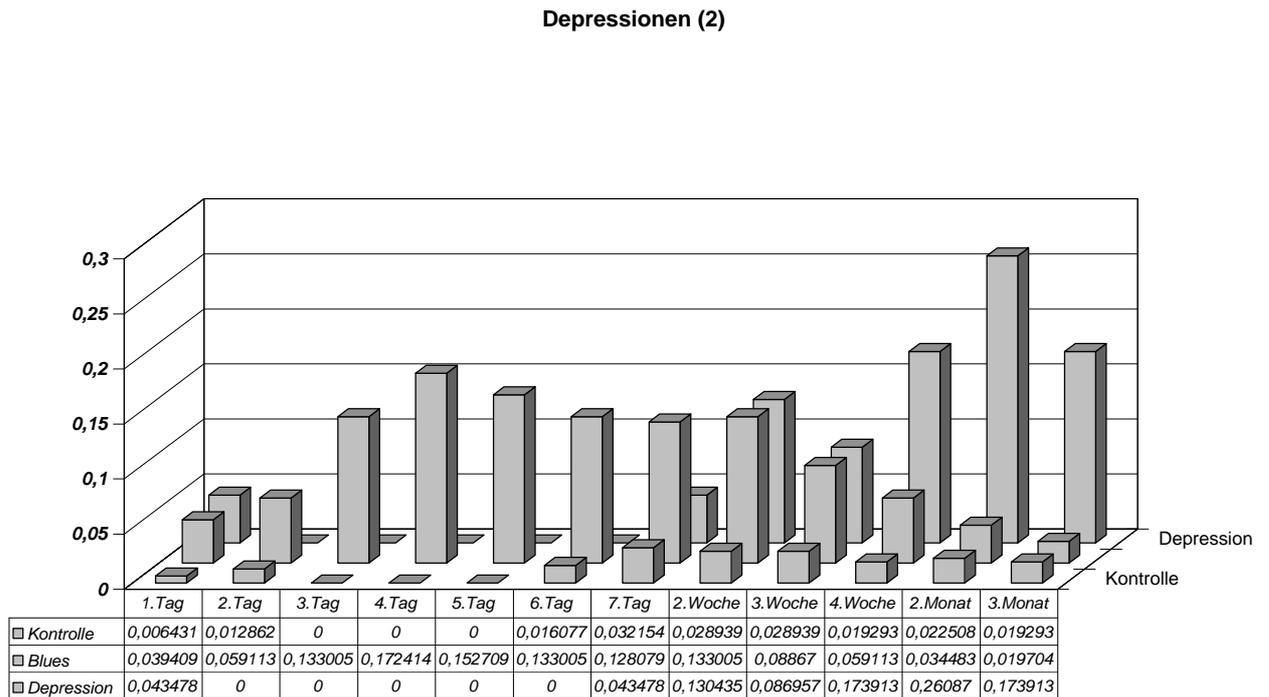


Abbildung 3: Verlauf des Symptoms Depressionen (ohne Doppelerfassung)



Depressionen wurden in der Kontrollgruppe nur von maximal 3,22% am 7. Tag angegeben. Sie traten in dieser Gruppe somit fast nicht auf. In der Bluesgruppe war das Maximum am 4. Tag erreicht. Die relative Häufigkeit blieb bis zur 2. Woche hoch (15,14% bis 20,32%) und fiel dann beinahe kontinuierlich ab. In der Depressionsgruppe hingegen zeigte sich ein dreigipfliger Verlauf. Die höchsten Häufigkeiten wurden am 4. Tag, in der 2. Woche und im 2. Monat (absolutes Maximum) erreicht.

In der zweiten Darstellung ändern sich die Verläufe für Kontroll- und Bluesgruppe nur unwesentlich. In der Depressionsgruppe zeigt sich allerdings, dass sich die Symptomatik erst nach der 1. Woche entwickelt. Im 2. Monat leiden mehr als 26% unter einer depressiven Stimmungslage.

Abbildung 4: Verlauf des Symptoms Schuldgefühle (alle Angaben)

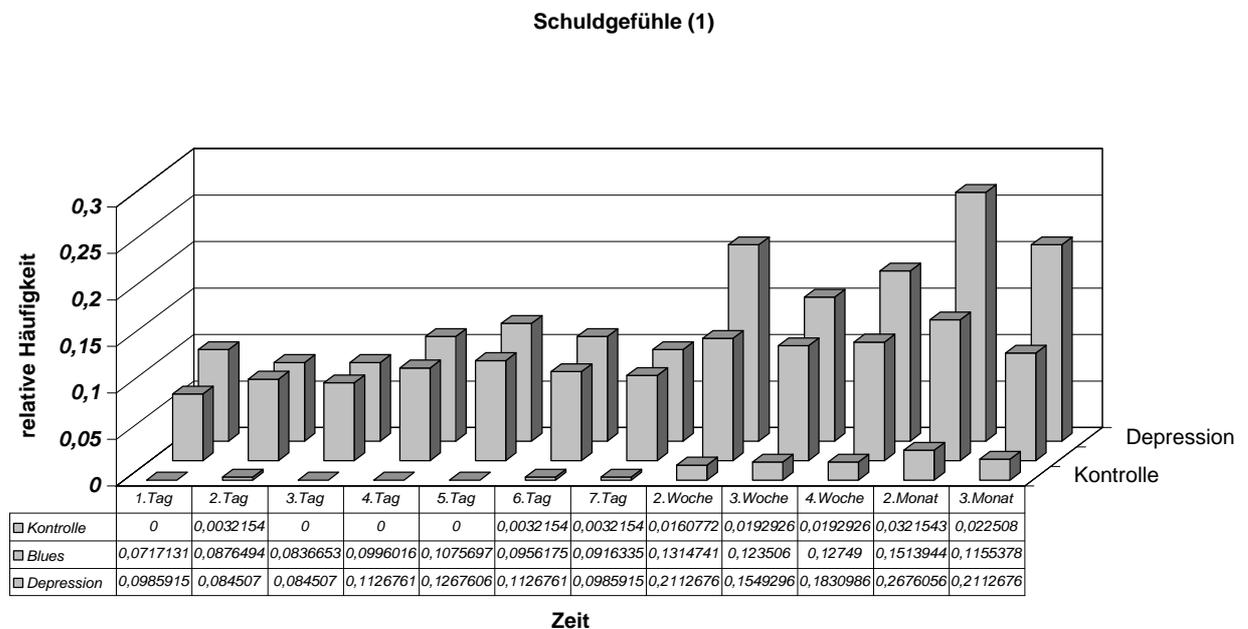
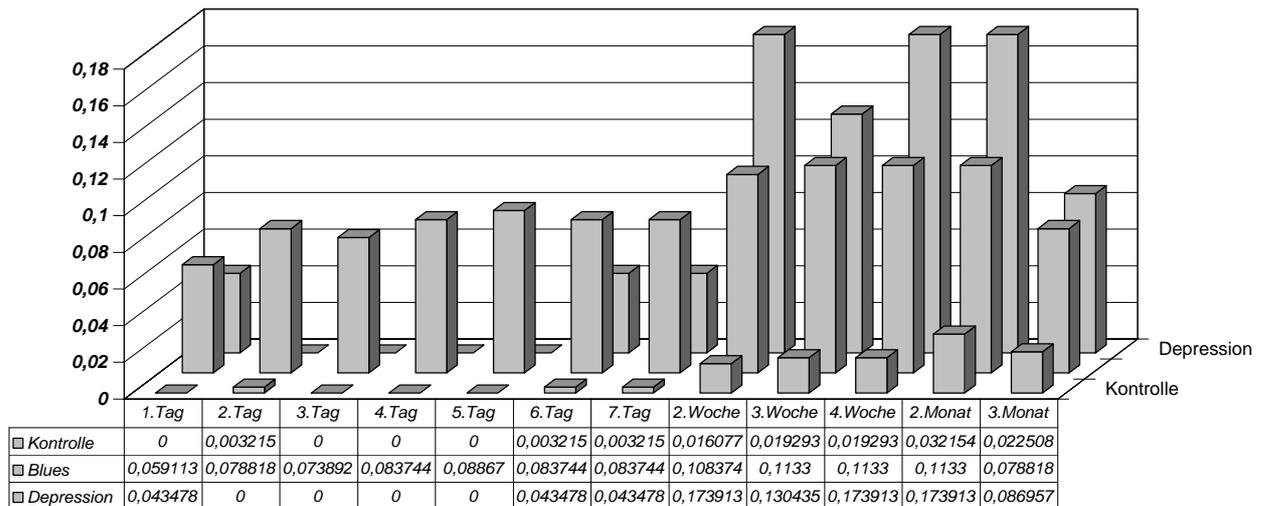


Abbildung 5: Verlauf des Symptoms Schuldgefühle (ohne Doppelerfassung)

Schuldgefühle (2)



Auch hier bleibt das Maximum der Kontrollgruppe unter 4%. In der Bluesgruppe wird der Maximalwert im zweiten Monat erreicht, wobei im gesamten Verlauf keine großen Schwankungen um den Medianwert von 10,72% auftreten. Das absolute Maximum der Depressionsgruppe liegt wiederum im 2. Monat und erreicht hier einen Wert von mehr als 25%.

Wie bei dem Symptom Depressionen ändern sich die Verläufe von Kontroll- und Bluesgruppe nicht wesentlich. Bei der Depressionsgruppe ergeben sich drei identische Maximalwerte in der 2. und 4. Woche, sowie im 2. Monat.

Abbildung 6: Verlauf des Symptoms Traurigkeit (alle Angaben)

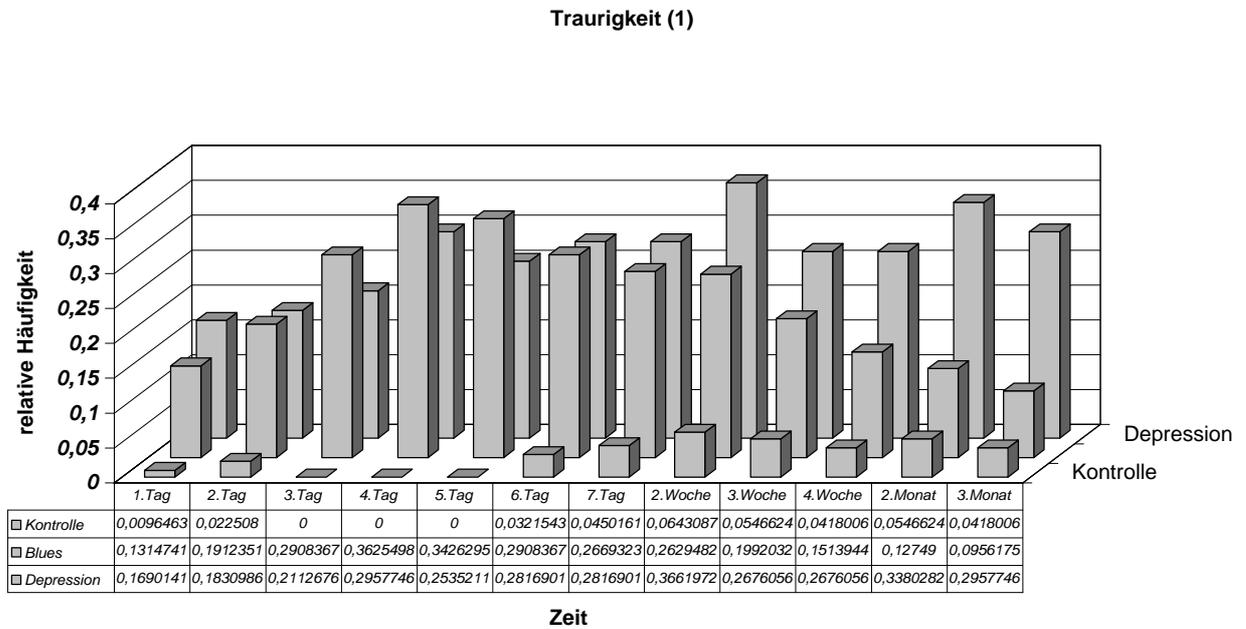
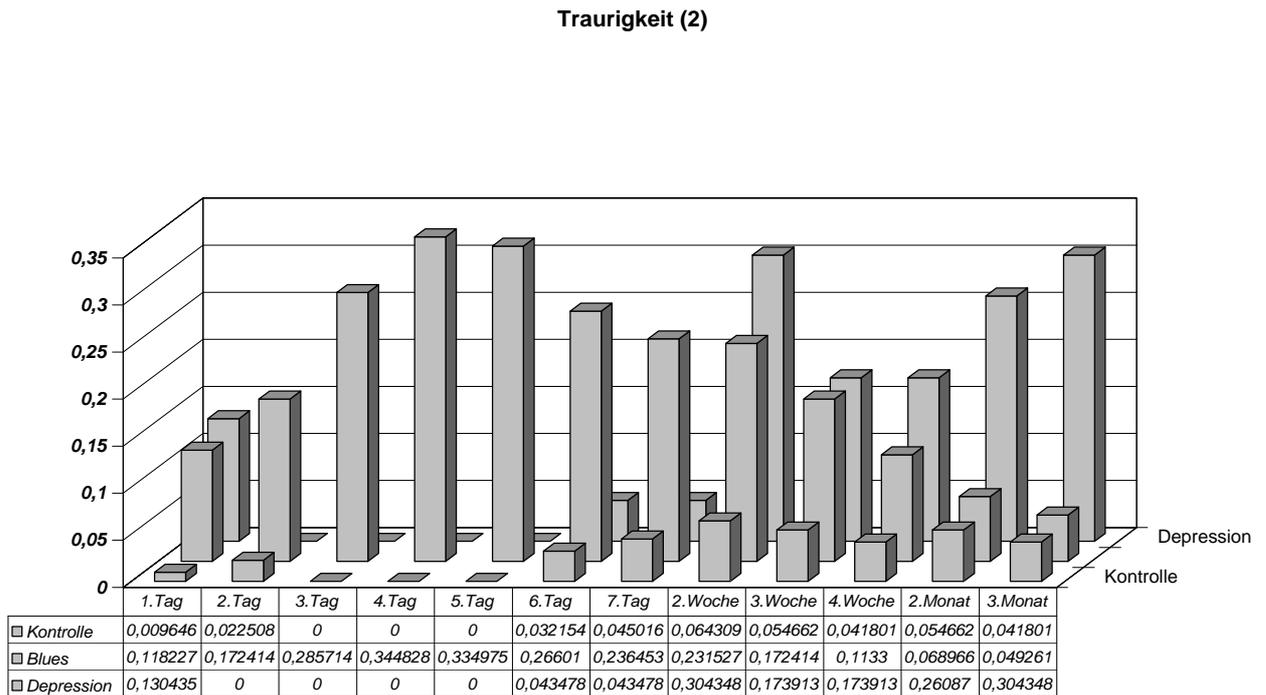


Abbildung 7: Verlauf des Symptoms Traurigkeit (ohne Doppelerfassung)



Die Kontrollgruppe erreicht mit Werten von maximal 6,43% keine wesentlichen Häufigkeiten. In der Bluesgruppe steigt die relative Häufigkeit bis zu ihrem Maximalwert am 4. Tag (36,25%) steil an, um dann kontinuierlich abzufallen. In der Depressionsgruppe tritt die Traurigkeit am häufigsten in der 2. Wochen (36,62%) und dem 2. Monat auf.

In der zweiten Darstellung verschiebt sich das zweite Maximum in den 3. Monat und erreicht hier mit über 30% exakt den gleichen Wert wie in der zweiten Woche.

Abbildung 8: Verlauf des Symptoms Verstimmung (alle Abgaben)

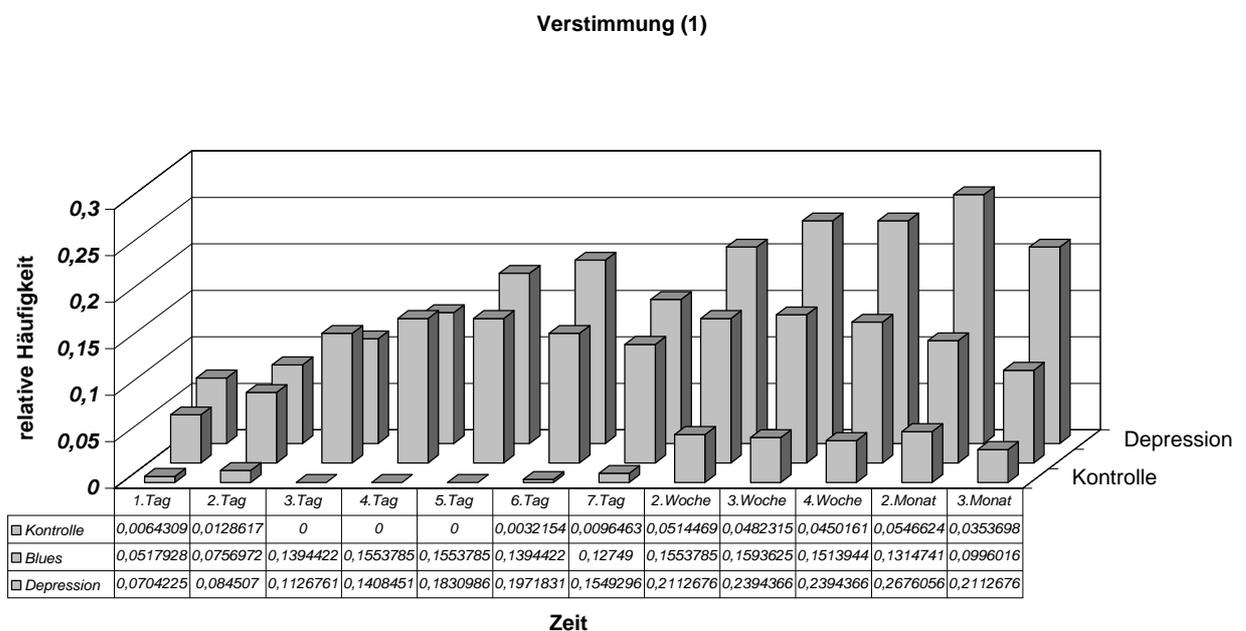
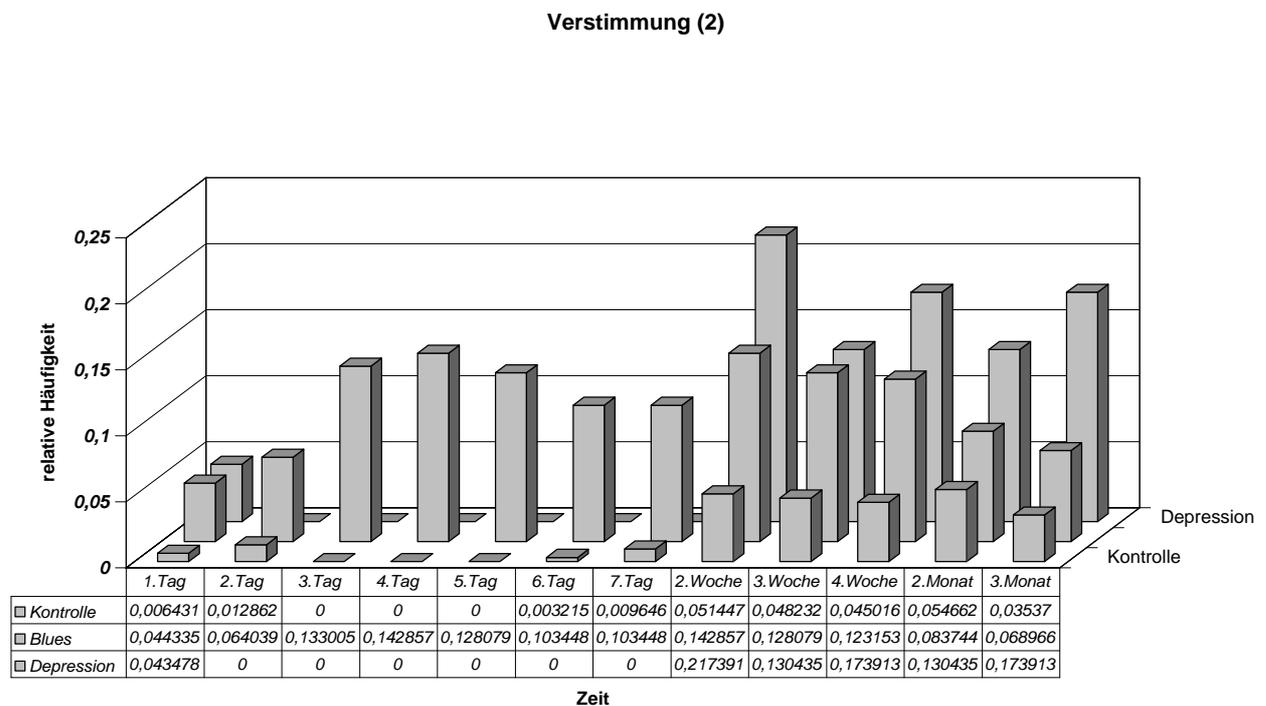


Abbildung 9: Verlauf des Symptoms Verstimmung (ohne Doppelerfassung)



Verstimmung ist eines der wenigen Symptome, bei dem die Kontrollgruppe einen Wert von über 5% erreichte (2. Monat). Die Werte der Bluesgruppe steigen bis zu einem ersten relativen Maximum am 4./5. Tag an. Nach einem kurzen Abfall der Häufigkeit wird der absolute Maximalwert in der 3. Woche mit 15,94% erreicht. Daraufhin fallen die Werte wieder kontinuierlich ab. Auch hier schwanken die Ergebnisse allerdings nur wenig. Die Depressionsgruppe zeigt einen fast kontinuierlichen Anstieg bis zum Maximum von 26,76% im 2. Monat.

In der zweiten Abbildung wird der Verlauf in der Bluesgruppe deutlicher. Die beiden identischen Maximalwerte liegen nun am 4. Tag und in der zweiten Woche. Das Diagramm für die Depressionsgruppe ändert sich völlig. Das Maximum (21,74%) wird nun in der 2. Woche erreicht. Die weiteren Werte schwanken zwischen 13% und 18%.

Abbildung 10: Verlauf des Symptoms Verwirrung (alle Angaben)

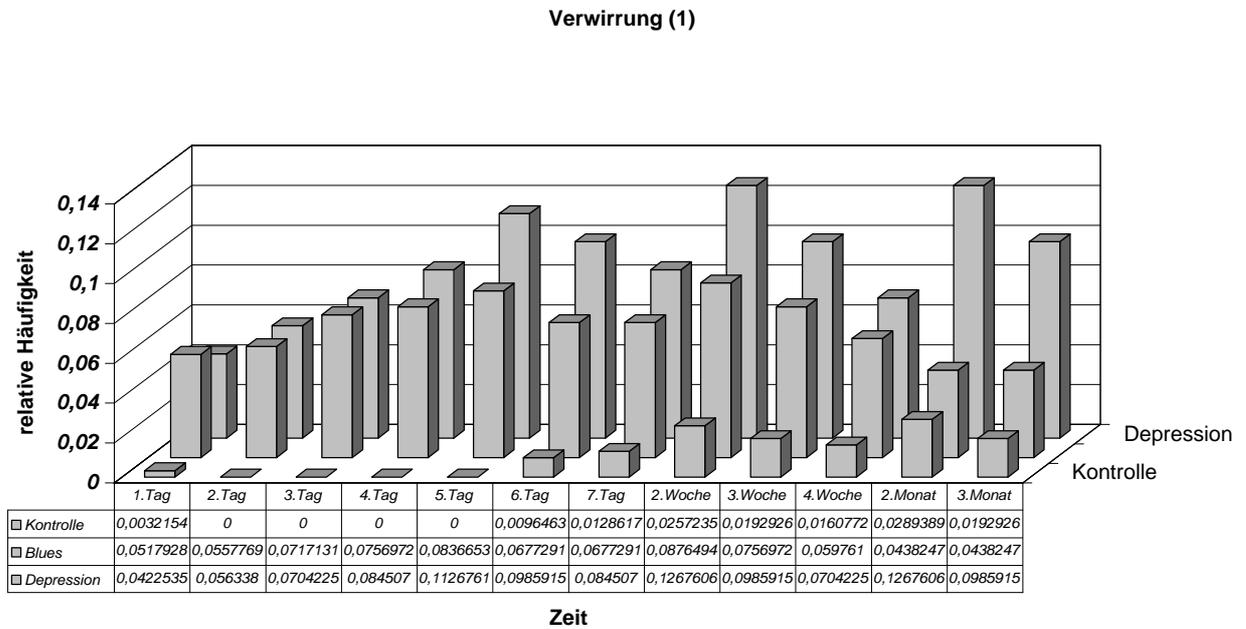
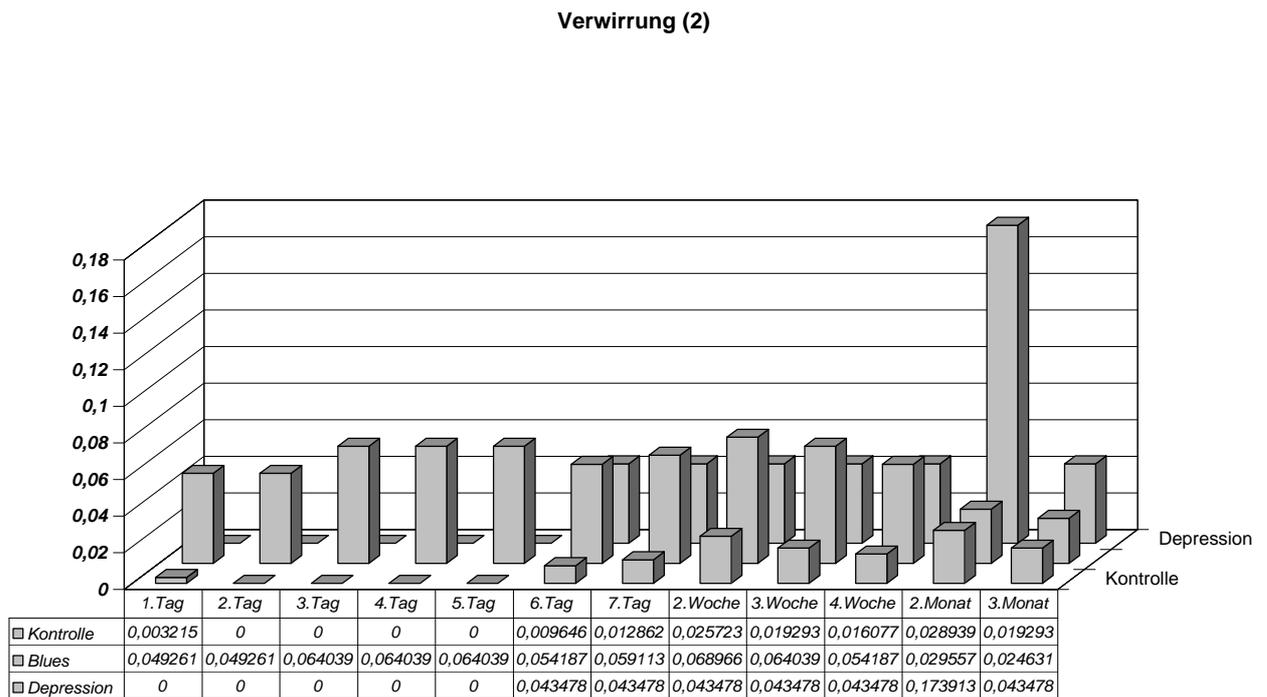


Abbildung 11: Verlauf des Symptoms Verwirrung (ohne Doppelerfassung)



Das Maximum der Kontrollgruppe bleibt wieder unter 3% (2. Monat). Die Schwankungsbreite in der Bluesgruppe ist äußerst gering. Der Maximalwert liegt in der 2. Woche (8,76%). Die Depressionsgruppe zeigt ein uneinheitliches Bild mit zwei Maxima in der 2. Woche und im 2. Monat (12,68%).

In der zweiten Abbildung fallen die Häufigkeiten in der Depressionsgruppe unter 10% ab. Nur im zweiten Monat steigt der Maximalwert auf 17,39%.

Abbildung 12: Verlauf des Symptoms Weinen (alle Angaben)

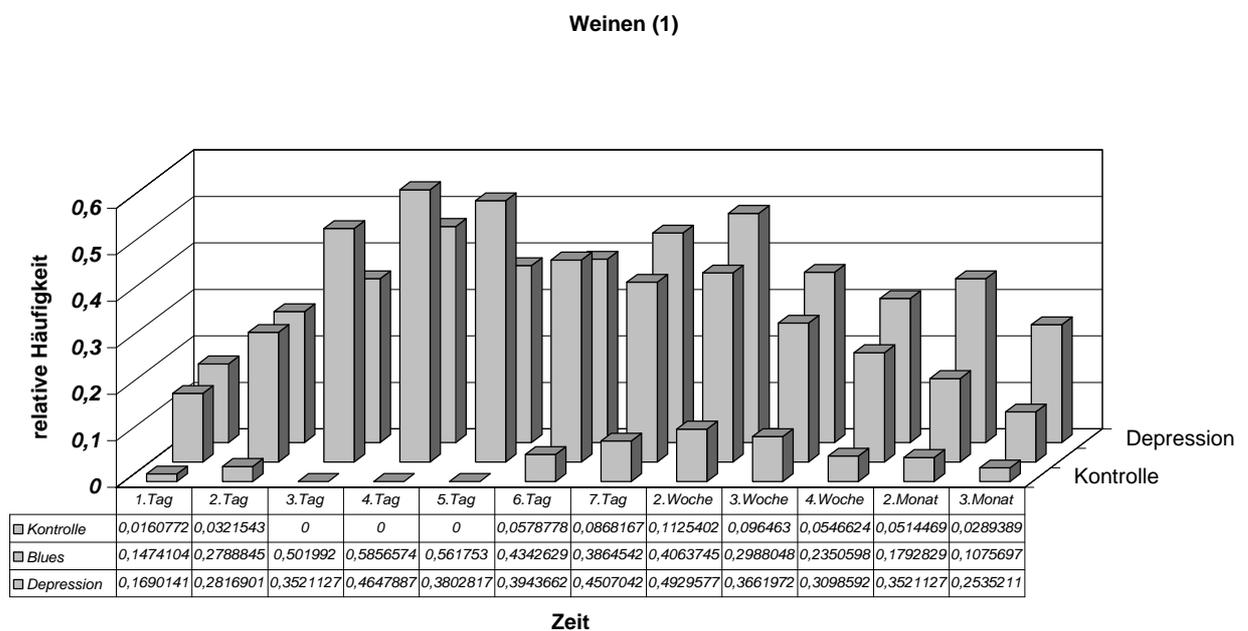
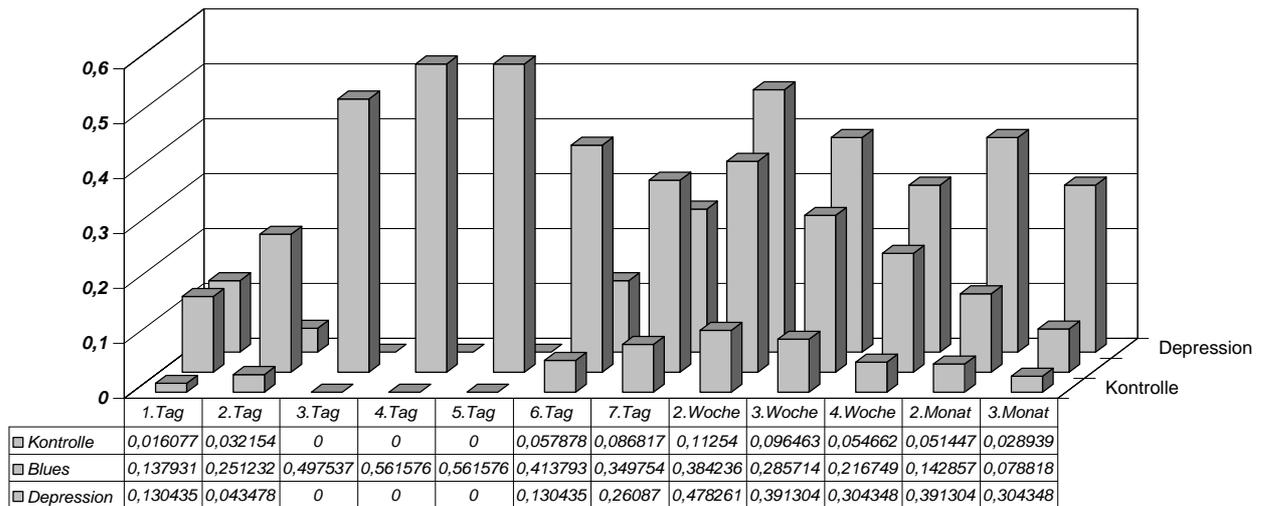


Abbildung 13: Verlauf des Symptoms Weinen (ohne Doppelerfassung)

Weinen (2)



Hier erreicht die Kontrollgruppe ihren höchsten Wert mit 11,25% in der zweiten Woche. Der Blues hat sein Maximum mit 58,57% am 4. Tag. Im weiteren Verlauf fallen die Werte fast kontinuierlich ab. In der Depressionsgruppe wird das absolute Maximum in der 2. Woche erreicht (49,30%).

In der zweiten Darstellung ändern sich die Verläufe nur wenig. In der Depressionsgruppe sinken die Häufigkeiten in der ersten Woche von zuvor über 45% (4. Tag) auf maximal 26,09% am 7. Tag ab.

4.8 EPDS

Die validierte Edinburgh Postpartum Depression Scale dient, wie oben bereits erwähnt, speziell der Erfassung des Gemütszustandes und depressiver Verstimmungen einer Wöchnerin. Die Mittelwerte, die bei den einzelnen Fragen erzielt wurden, werden für die jeweiligen Gruppen tabellarisch wiedergegeben.

In Analogie zum vorherigen Punkt finden sich jeweils zwei Darstellungen des Ergebnisses.

Abbildung 14: Mittelwerte der Antworten zur EPDS (alle Angaben)

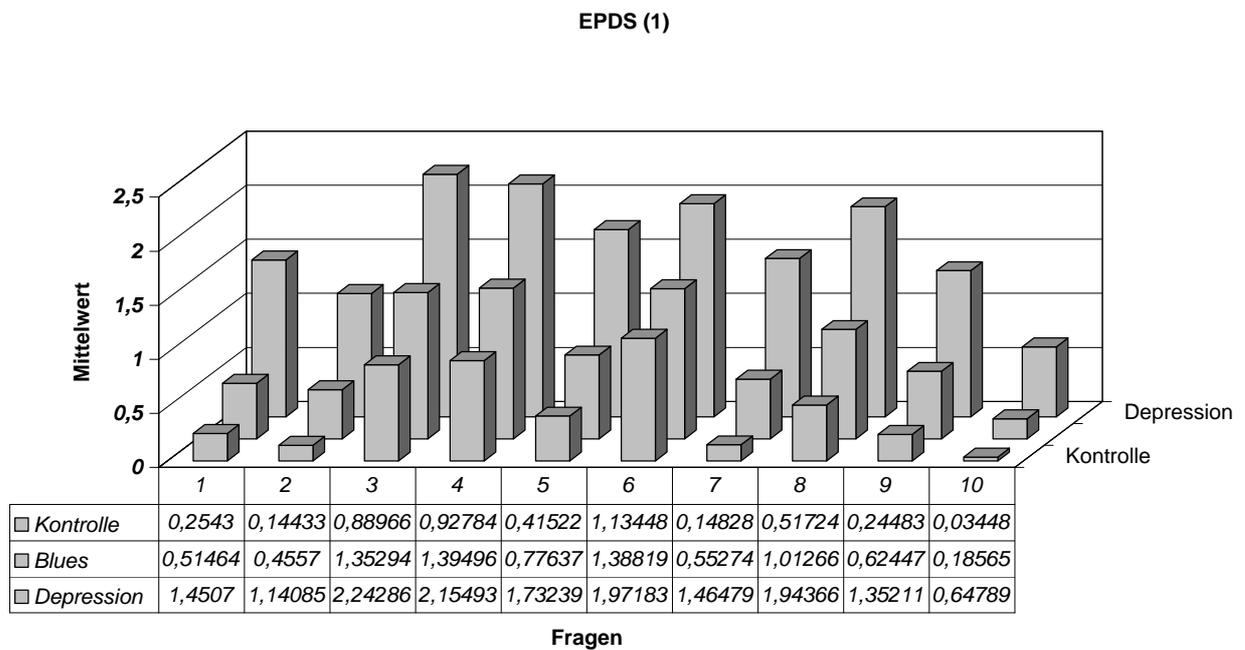
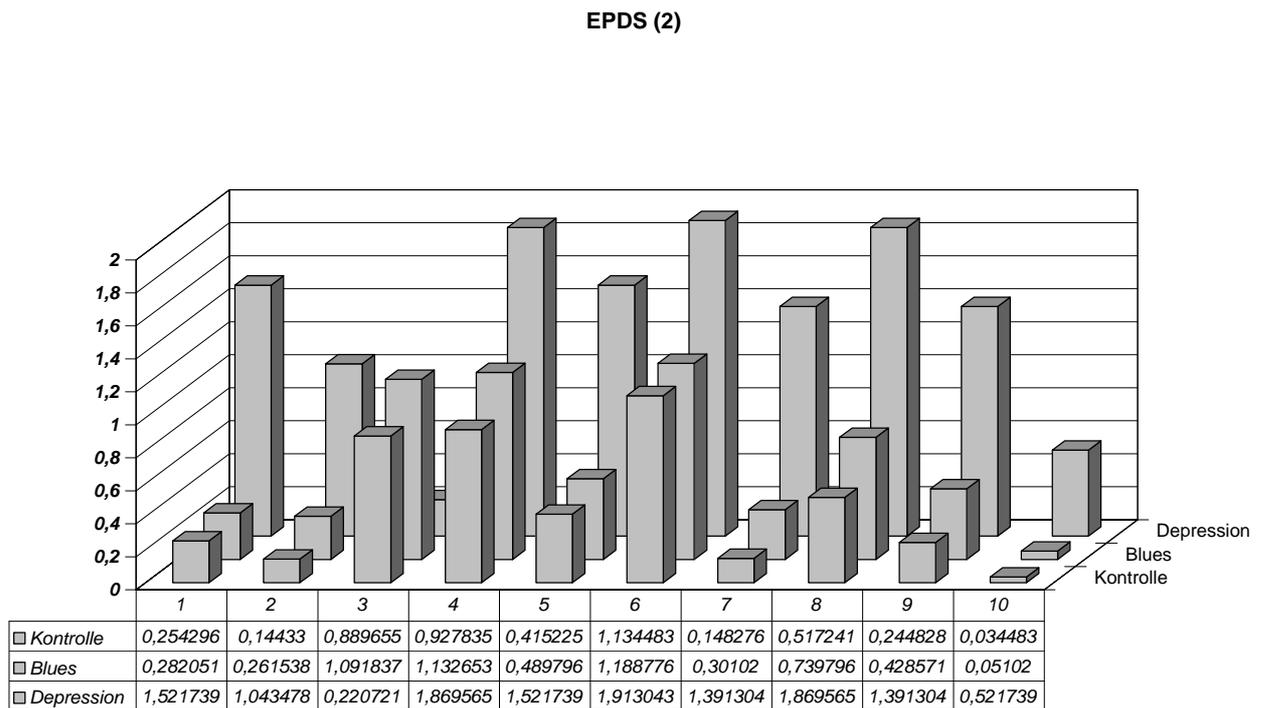


Abbildung 15: Mittelwerte der Antworten zur EPDS (ohne Doppelerfassung)



Rundet man die Werte auf ganze Zahlen, so ergibt sich für die Kontrollgruppe ein Summenwert von 4, für die Bluesgruppe von 8 und für die Depressionsgruppe von 15. Der höchste Wert, den eine Frau beim Ausfüllen der EPDS erreichte, war 26.

Der höchste Wert in der Kontrollgruppe (1,13) wurde bei der Frage 6 erzielt. Hier wird nach dem Gefühl der Überforderung gefragt. Die Bluesgruppe erreichte bei Frage 4 (Ängstlichkeit) ihren höchsten Wert (1,39). Für die Depressionsgruppe lag das Maximum von 2,24 bei Frage 3 (Schuldgefühle). Auch bei den Fragen 4 und 6 lag der gerundete Mittelwert dieser Gruppe bei 2. Diese Werte wurden noch bei den Fragen 8 (Traurigkeit) und 5 (Furcht) erzielt.

Durch die zweite Darstellung ändern sich die Mittelwerte so, dass Kontroll- und Bluesgruppe bei allen Fragen fast gleiche Werte erzielen. Der Maximalwert liegt nun für alle Gruppen bei Frage 6 (Überforderung). Ein gerundeter Wert von 2 wird von der Depressionsgruppe nun bei den Fragen 1 (Fröhlichkeit), 4 (Ängstlichkeit), 5 (Furcht) und 8 (Traurigkeit) erreicht. Ein interessantes Ergebnis zeigt sich bei Frage 3 (Schuldgefühle). Hier erreichen Kontroll- und Bluesgruppe ein gerundetes Ergebnis von 1 (0,89 bzw. 1,09), während die Depressionsgruppe hier einen gerundeten Wert von 0 erzielt (0,22). Das bedeutet, dass die Mütter in der Kontrollgruppe „niemals“ Schuldgefühle hatten, während die Wöchnerinnen der Kontrollgruppe sich „nicht sehr oft“ schuldig gefühlt hatten, „wenn Dinge schief gingen“.

4.9 BDI

Becks Depressions-Inventar berücksichtigt nicht die besonderen Umstände des Wochenbetts bei der Erfassung des psychischen Zustandes. Die relativen Häufigkeiten der Fragen werden für die jeweiligen Gruppen tabellarisch wiedergegeben.

Abbildung 16: Mittelwerte der Antworten zum BDI (alle Angaben)

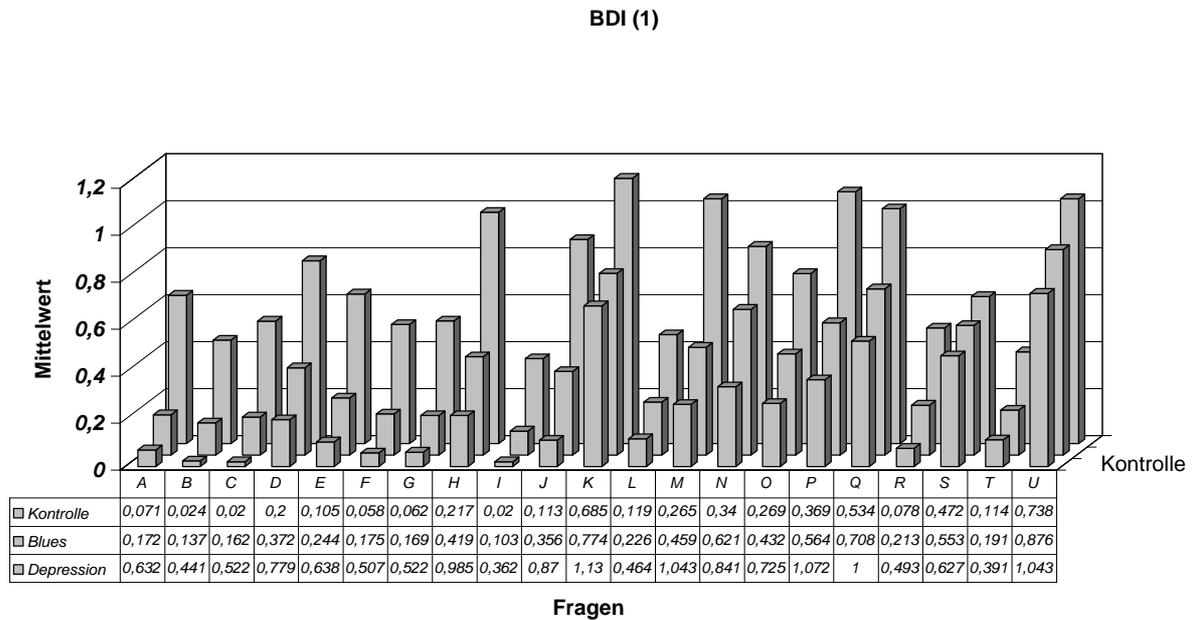
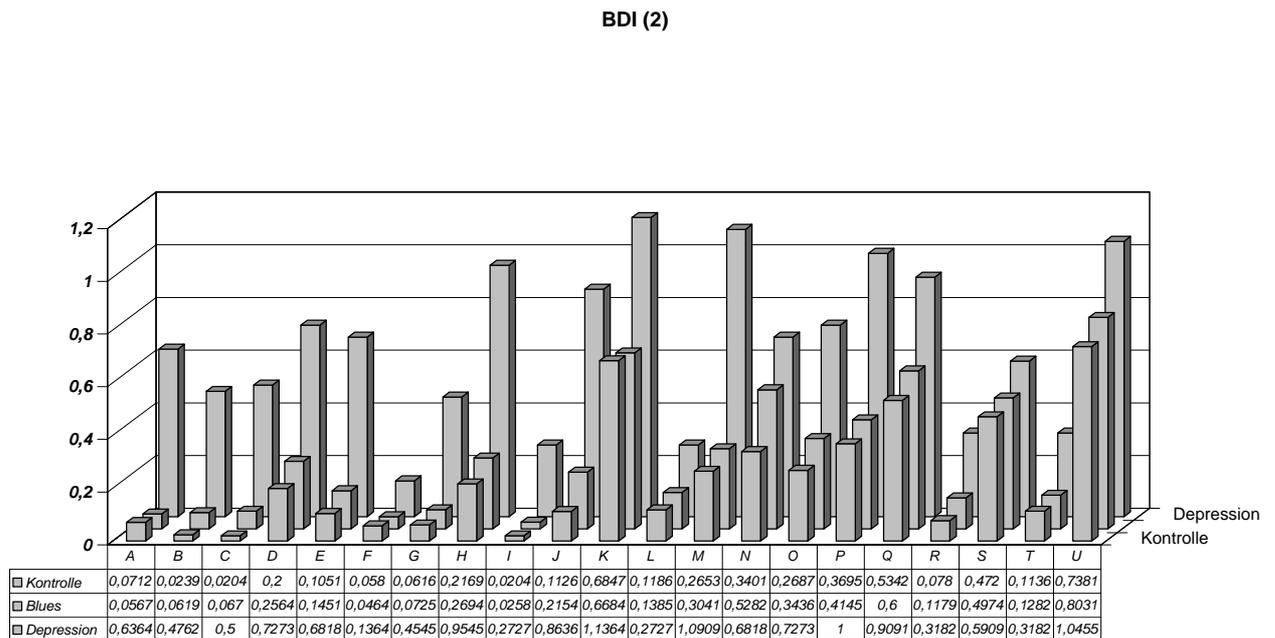


Abbildung 17: Mittelwerte der Antworten zum BDI (ohne Doppelerfassung)



Versucht man auch hier den Punktwert der einzelnen Gruppen durch Rundung der Mittelwerte auf ganze Zahlen zu ermitteln, so erreicht die Kontrollgruppe einen Punktwert

von 3, die Bluesgruppe von 6 und die Depressionsgruppe von 16. Der höchste Einzelwert, der beim BDI erreicht wurde, lag bei 42.

Der höchste Wert in der Kontrollgruppe und in der Bluesgruppe wird bei Frage U erzielt. Dort wird nach dem Interesse an Sex gefragt. Bei der Depressionsgruppe ist es die Frage K, bei der es um die Reizbarkeit geht. Mittelwerte von 1 oder höher werden von der Depressionsgruppe noch bei den Fragen M (Entschlussfreudigkeit), P (Schlaf) und Q (Ermüdung) erzielt. Diese Frage Q ist neben der Frage U die einzige, bei der alle Gruppen einen Rundungswert von 1 erhielten.

Auch in der zweiten Darstellung bleiben die Maximalwerte für alle Gruppen gleich. Interessant ist, dass der Mittelwert für die Depressionsgruppe bei Frage F (Gefühl, bestraft zu sein) von 0,51 auf 0,14 abfällt. Ansonsten gibt es durch die zweite Darstellung keine wesentlichen Änderungen. Es fällt jedoch auch hier auf, dass sich die Ergebnisse für Kontroll- und Bluesgruppe stark angleichen.

5 Diskussion

Es steht bereits nach kurzer Durchsicht der erhobenen Daten fest, dass die untersuchten Wochenbettstörungen nicht auf ein bestimmtes Ereignis zurückzuführen sind, sondern multifaktoriell bedingt sind (Hypothese a). Die durchgeführte Studie ergab dazu verschiedene auslösende bzw. begünstigende Faktoren. Diese sind einerseits durch objektive Ereignisse, wie z.B. Geburts- oder Schwangerschaftskomplikationen (Hypothese b), andererseits durch das subjektive Empfinden der Mütter, wie z.B. Unzufriedenheit in bestimmten Situationen (Hypothese c), begründet.

Die Auswertung ergab außerdem, dass die Ursachen für einen Wochenbettblues hauptsächlich in Ereignissen zu finden sind, die im nahen zeitlichen Zusammenhang mit der Geburt liegen (Hypothese e). Im Gegensatz dazu sind Faktoren, die eine Wochenbettdepression begünstigen, eher in der Lebenssituation der Mutter nach dem Wochenbett zu suchen, also zu einem späteren Zeitpunkt (Hypothese f).

Nachfolgend werden die einzelnen Faktoren und deren Zusammenhänge mit einer Wochenbettstörung diskutiert. Dem Körperkontakt zwischen Mutter und Kind (Hypothese d) wurde dabei ein eigener Punkt (siehe Punkt 5.7) gewidmet.

5.1 *Validität der erhobenen Daten*

Mit einer Fallzahl von $n=585$ liegt dieser Studie eine Stichprobengröße zugrunde, die bisher von kaum einer anderen Untersuchung, die sich mit der Thematik der Wochenbettstörungen beschäftigte, erreicht wurde. Die Stichprobe ist deshalb und aufgrund der hohen Rücklaufquote mit großer Sicherheit repräsentativ.

Mit einem Anteil von 41,88% für Baby-Blues und von 12,14% für Wochenbettdepressionen liegt die hier festgestellte Inzidenz für diese Erkrankungen am unteren Ende der in der Literatur beschriebenen Häufigkeiten. Dies liegt sicherlich an den sehr hart gewählten Kriterien für den Blues (mindestens eines von nur sechs Symptomen an mindestens einem von nur drei Tagen) und die Depression (Punktwert im EPDS >13 oder im BDI >17). Hier wurden die Kriterien in anderen Studien z.T. wesentlich niedriger angesetzt, z.B. 12, oder sogar 9,5 (Bergant, 1998). Da es sich bei der vorliegenden Studie aber um eine katamnestische und keine prospektive Untersuchung handelt, wurde dieser strenge Maßstab ganz bewusst gewählt.

Zum Abschluss des ersten Fragebogenteils wurde gefragt, wie gut sich die Frauen an die angesprochenen Ereignisse erinnern konnten. Diese Frage diente auch der Validierung der erhobenen Daten. Da sich die Mittelwerte der drei Gruppen auf einer Skala von 1 bis 5 zwischen 4,37 und 4,42 bewegten, kann davon ausgegangen werden, dass sich die Mütter – gemäß ihrer subjektiven Einschätzung – noch sehr gut an die Geschehnisse und ihre Stimmungen nach der Geburt erinnern konnten. Ein Wert von weniger als 3 wurde nur von 25 Frauen angegeben. 311 Probandinnen dagegen entschieden sich für den höchsten Wert. Weiterhin ist interessant, dass es zwischen den einzelnen Gruppen hierbei praktisch keinen Unterschied in der Bewertung gab. Es ist also nicht so, dass negative Ereignisse in dieser Zeit stärker erinnert werden als positive. Ebenso wenig treten die negativen nach kurzer Zeit in den Hintergrund und werden vergessen. Auch die Angaben über die Verteilung und den Verlauf der einzelnen Symptome nach der Geburt waren sehr präzise, was ebenso darauf hindeutet, dass die Erinnerung an die Zeit der Geburt noch sehr genau war. Dem Einwurf, dass diese Ereignisse in der Erinnerung verschwimmen würden, kann entgegengehalten werden, dass die Frauen sich zumindest subjektiv so erinnerten, wie sie es bei der Befragung angegeben hatten. Somit ist anzunehmen, dass die Mütter diese Erlebnisse subjektiv so empfunden hatten. Gerade dieses subjektive Empfinden ist aber stark ausschlaggebend für den emotionalen Zustand der betroffenen Person.

Als weiterer Hinweis für die gute Validität der Daten kann das gefundene Verteilungsmuster der Bluessymptome angesehen werden. Auch in anderen Studien (Kennerly/Gath, 1986; Stein, 1982) ergab sich ein Peak in der Häufigkeit der Symptome am 4. oder 5. postpartalen Tag. Das gleiche Ergebnis stellte sich in der vorliegenden Studie ein.

5.2 Vorerkrankungen und Parität

Bereits in früheren Studien wurde diskutiert, ob prämenstruelle Beschwerden (PMS) die Ausbildung von Wochenbettstörungen begünstigten. Zwischen beiden Erkrankungen gibt es viele Parallelen, weshalb hier ein Zusammenhang vermutet wird (Nott, 1976; Stein, 1982). Es wurde angenommen, dass es sich bei dem PMS um eine allgemeine Unzufriedenheit der Frau handelt, die in das Genitale projiziert wird, ausgelöst durch geringes Selbstwertgefühl, Enttäuschungen oder Kränkungen (Stauber/Richter, 1990). PMS gilt somit als Protest gegen die als minderwertig empfundene weibliche Existenz. Der Zusammenhang zum Wochenbett besteht darin, dass hier die Frau mehr in ihre weibliche Rolle gezwungen wird als sonst. Nach

Dudenhausen und Scheider (1994) besserten sich dysmenorrhoeische Beschwerden nach einer Schwangerschaft.

Nach den vorliegenden Ergebnissen kann diese Theorie nicht bestätigt werden, weil das Ergebnis sowohl in der Blues- als auch in der Depressionsgruppe nicht signifikant war. Der gefundene, nicht signifikante Trend spricht meines Erachtens eher für eine generell höhere Sensibilität der Frauen im Sinne einer vermehrten eigenen Körperwahrnehmung. Sauer sprach 1993 in diesem Zusammenhang von einer erhöhten Empfindlichkeit gegenüber Hormonschwankungen. Ein Bezug zur Identifikation als Frau, wie von Hartung 1997 beschrieben, kann aufgrund der erhobenen Daten nicht festgestellt werden.

Dass Frauen der Bluesgruppe bereits in einer früheren Schwangerschaft unter Depressionen und/oder Stimmungsschwankungen gelitten hatten zeigt, dass gewisse Frauen eine höhere Disposition besitzen daran zu erkranken als andere. Ebenso ist bekannt, dass eine durchgemachte Depression die Prävalenz für diese Krankheit stark erhöht (Riley, 1979; Stein, 1980), obwohl einige Studien dieses Ergebnis nicht bestätigten (Hartung, 1997). Umgekehrt erhöht auch ein durchgemachter Baby-Blues das Risiko, später an depressiven Symptomen zu erkranken (Kendell, 1981; Cox, 1983).

Interessant ist auch, dass in beiden Fallgruppen – im Gegensatz zur Kontrollgruppe – die Häufigkeit von Stimmungsschwankungen und Depressionen bereits in der Schwangerschaft erhöht ist. Dieses Phänomen wurde bereits mehrfach beschrieben (z.B. Condon/Watson, 1987; Stein, 1980). Einerseits ist hier wieder ein Zusammenhang zwischen psychischen Vorerkrankungen und Wochenbettstörungen erkennbar. Andererseits könnte dies einen Hinweis darauf darstellen, dass Frauen, die bereits während der Schwangerschaft unter Blues-Symptomen leiden, auch im Wochenbett dahingehend stärker gefährdet sind. Weitere Studien insbesondere im Hinblick auf die Wochenbettdepression oder sogar –psychose sollten dazu Klarheit verschaffen.

Die Frage, ob Frauen, die zum ersten Mal schwanger waren (Erstgravida) oder ihr erstes Kind zur Welt brachten (Erstpara) häufiger unter Wochenbettstörungen litten als andere, wird in der Literatur unterschiedlich beantwortet. Während sie in älteren Studien meist verneint wird (z.B. Pitt, 1973; Stein, 1980), kamen v.a. neuere zu einem positiven Resultat (Bölter, 1986; Hartung, 1997). Die vorliegenden Daten belegen diese Theorie. Es wird davon ausgegangen, dass diese Mütter durch die vielen neuen und ungewohnten Erfahrungen der ersten Schwangerschaft einer höheren Stresssituation ausgesetzt sind als Frauen, die diese

Erfahrungen bereits zu einem früheren Zeitpunkt gemacht haben. Außerdem ist der Einschnitt in bisherige Lebensgewohnheiten und das Lebenskonzept bei Erstgebärenden gravierender als bei Frauen, die sich bereits früher mit der Mutterrolle identifizieren mussten. Blues oder Wochenbettdepression könnten somit möglicherweise auch als Trauer über den Verlust der vorherigen Identität angesehen werden.

5.3 Psychische Belastungen

Es zeigt sich, dass psychisch belastende Situationen im allgemeinen zur Entstehen einer Wochenbettstörung beitragen können. Bei den Fragen nach belastenden Ereignissen in der Schwangerschaft (medizinische Komplikationen, Unterstützung zu Hause und Platzprobleme) ist dieser Trend vorhanden und erreicht bei der offenen Frage nach weiteren belastenden Ereignissen zumindest in der Depressionsgruppe ein Signifikanzniveau von $p=0,025$.

Belastende Ereignisse im Wochenbett traten bei Frauen der Depressionsgruppe beinahe doppelt so häufig auf wie bei Frauen der Kontrollgruppe. Insgesamt waren mehr als die Hälfte der Frauen aus der Depressionsgruppe betroffen. Auch in der Bluesgruppe waren es fast 50%. Hier zeigt sich, dass Wochenbettstörungen nicht durch eine bestimmte Situation entstehen, sondern dass die psychische Verfassung der Mutter den wesentlichen Anteil dazu beiträgt. Es gilt also, die Wöchnerinnen soweit als möglich von allen störenden und belastenden Einflüssen zu bewahren, die sich negativ auf die psychische Verfassung auswirken könnten.

Ebenso bedeutsam für die psychische Verfassung der Mutter ist das Gefühl der Überforderung. Die meist völlig neue Situation und zusätzliche Belastung erfordert ein hohes Maß an Unterstützung durch die Familie und den Lebenspartner, um die psychische Verfassung der Mutter zu stärken. Das hochsignifikante Ergebnis zeigt, dass sich Frauen mit Wochenbettstörungen zu Hause stärker belastet fühlten als andere. Kritisch muss jedoch bemerkt werden, dass die Möglichkeit besteht, dass sich die Mütter durch ihre psychisch labile Verfassung stärker belastet fühlten und nicht dieses Gefühl der Überlastung durch die Wochenbettstörung bedingt war. Kruckman schrieb 1983, dass wir über das Leben der Mutter und ihre Lebensorganisation nach der Rückkehr aus dem Krankenhaus nur sehr wenig wissen.

In der Literatur finden sich zahlreiche Studien mit unterschiedlichen Ergebnissen, die sich mit psychischen Belastungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett in bezug auf Wochenbettstörungen oder Störungen der früher Mutter-Kind-Beziehung beschäftigen. Bei Erstgebärenden mit solchen Problemen wurde eine signifikant höhere Bluesrate festgestellt,

als bei Erstgebärenden ohne konkrete Probleme (Hartung, 1997). Ein Zusammenhang konnte auch bei gynäkologischen und geburtshilflichen Komplikationen (Davidson, 1972; Yalom, 1968) und bei stressreichen Erlebnissen in der Schwangerschaft gefunden werden (O'Hara, 1991). Gegenteilige Beobachtungen wurden z.B. von Pitt (1973), Ballinger (1979) oder Stein (1980) gemacht.

5.4 Soziale Einflussfaktoren und Partnerschaft

Interessant ist, dass 92,98% der Frauen verheiratet oder mit einem festen Partner liiert waren. Ausgehend von diesen Basisdaten steht fest, dass es sich nicht um eine Stichprobe handelt, in der depressive Verstimmungen schon aufgrund einer unsicheren Partnerschaft gehäuft vorkommen könnten. Dies ist auch wichtig für die Validität der Stichprobe. Es ist anzunehmen, dass alleinerziehende Mütter stärker belastet sind, als andere. Hier könnte von einer höheren Inzidenz von Depressionen – unabhängig von einer Schwangerschaft – ausgegangen werden. Nur 7,02% der Mütter waren alleinstehend und deshalb mehr auf sich allein gestellt. Ein Einfluss des Partnerschaftsstatus auf den Wochenbett-Blues konnte hier – wie auch in früheren Studien, z.B. Davidson, 1972 – nicht festgestellt werden.

Der festgestellte Trend zu Wochenbettstörungen bei ungewollter Schwangerschaft lässt meines Erachtens nicht auf einen direkten Zusammenhang schließen. Zudem lässt sich aus der Antwort, die auf einer Skala von 1 bis 5 bestimmt werden musste, nicht erkennen, ob sich diese Einstellung im Laufe der Schwangerschaft geändert hat. Eine primär ungewollte Schwangerschaft kann – nachdem der erste Schreck überwunden ist – zu einem sehr schönen und nicht mehr belastenden Erlebnis werden. Eine Auswirkung von ablehnender Haltung gegenüber der Schwangerschaft auf die Entstehung von Wochenbettstörungen wurde von Nilsson und Almgren (1970) beschrieben. Zu einem gegenteiligen Ergebnis kamen Pitt (1973) und Ballinger (1979). Oakley erklärte 1982 diesen Zusammenhang damit, dass ungeplante Schwangerschaften – die besonders häufig bei Erstgebärenden auftraten – oft der Grund für eine Heirat seien und somit die junge Mutter aus ihrer jugendlichen Identität herausgerissen würde. Laukaran (zitiert bei Wimmer-Puchinger, 1992) fand heraus, dass eine negative Einstellung zur Schwangerschaft mit Komplikationen im Schwangerschaftsverlauf, bei der Entbindung und in der Perinatalzeit einhergingen. Hartung konnte dies 1997 nicht bestätigen.

Aufgrund der erhobenen Daten scheint die Anwesenheit einer Bezugsperson während der Entbindung von einigen Autoren überbewertet zu werden. Sicherlich ist es für die Mutter ein beruhigendes Gefühl zu wissen, dass sie in dieser schwierigen und oft schmerzhaften Zeit nicht alleine ist. Ein Zusammenhang mit dem Baby-Blues oder einer Wochenbettdepression besteht allerdings nicht.

Es konnte gezeigt werden, dass Unzufriedenheit mit der Häufigkeit von Besuchen einen Einfluss auf die Entstehung von Wochenbettstörungen hat. Dies kann sowohl durch zu viel, als auch durch zu wenig Besuche bedingt sein. Es wäre daher falsch zu fordern, dass die Mütter generell weniger Besuch empfangen sollten und die Besuchszeiten deutlich eingeschränkt werden müssten. Um auf die Wünsche der Frauen einzugehen, sollte sich aber jeder Besucher zunächst bei der Stationsschwester melden müssen. Diese kann dann nachfragen, ob dieser Besuch gewünscht ist oder nicht. Sicherlich wäre es trotzdem für die Mütter schwer, z.B. die Schwiegermutter oder andere nahe Verwandte abzuweisen. Wenn dieses System aber konsequent durchgesetzt werden würde, würden sich die Besucher ebenso wie die Wöchnerinnen daran gewöhnen. Hinzu kommt, dass einige Besuche auch als Belastung empfunden werden. In dieser Studie zeigte der Trend, dass auch diese zusätzliche Belastung an der Entstehung von Wochenbettstörungen beteiligt sein kann. In diesem Zusammenhang sind nicht nur ein Übermaß an eigenen Besuchen und dadurch fehlender Ruhe, sondern auch die Besuche bei den Zimmernachbarinnen zu nennen.

Bei der Frage nach der Unterstützung durch den Lebenspartner während des Klinikaufenthaltes zeigte sich, dass es zwischen Kontroll- und Bluesgruppe praktisch keinen Unterschied gab, die Frauen der Depressionsgruppe aber im Trend weniger Unterstützung erfahren hatten. Es ist festzuhalten, dass der Lebenspartner oder eine andere Bezugsperson nur kurze Zeiträume des Tages als Ansprechpartner zur Verfügung steht. Die restliche Zeit muss diese Funktion vom Klinikpersonal wahrgenommen werden. Trotzdem möchte ich anmerken, dass das Ergebnis dieser Frage mit Mittelwerten zwischen 4,13 und 4,26 erfreulich hoch lag.

Bei der Frage, wie die Unterstützung zu Hause empfunden wurde, zeigte das Ergebnis, dass nur in der Depressionsgruppe signifikant war, dass die Phase des Baby-Blues zu diesem Zeitpunkt meist bereits vorüber ist. Auch gibt es hier einen Hinweis darauf, dass die Wochenbettdepression eher ein selbständiges Krankheitsbild ist, das sich unabhängig vom Blues entwickelt. Beide Fallgruppen fühlten sich zu Hause stärker belastet als die

Kontrollgruppe. Die Unterstützung wurde aber nur von der Depressionsgruppe als negativ empfunden. Das Argument, dass dieses Gefühl durch die Wochenbettstörung bedingt ist und nicht umgekehrt, kann deshalb hier nicht greifen. Die erfahrene Unterstützung wird von diesen Frauen als negativ empfunden und vielleicht sogar abgelehnt. Es handelt sich also bereits um ein klassisches Symptom der Depression, nämlich den Rückzug. Hierbei zeigt sich, dass eine intakte Partnerbeziehung wichtig für die psychische Stabilität der Mutter ist. Es ist denkbar, dass der Blues dabei zur inneren Problemlösung beiträgt. Sauer formulierte diese Theorie 1993 in seinem „Krisenkonzept des Übergangs zur Elternschaft“. Partnerschafts- und psychosexuelle Probleme in der Schwangerschaft waren auch bei Yalom (1968), O’Hara (1991) und bei Sauer (1993) an der Bluesentstehung beteiligt. Bei Hartung (1997) entwickelten alle Frauen mit Partnerproblemen eine Bluessymptomatik.

Das gleiche Bild entsteht bei der Analyse der Frage nach der Harmonie in der Partnerschaft. Auch hier wurden von den Frauen der Depressionsgruppe hochsignifikant häufiger Probleme in der Partnerbeziehung geäußert, als von den Müttern der Kontrollgruppe. Hierbei ist auch die Tatsache interessant, dass in der Blues- und in der Kontrollgruppe der höchste Mittelwert des BDI bei der Frage nach dem Interesse an Sex erzielt wurde. Hier ergeben sich deutliche Hinweise auf die in verschiedenen Studien bereits untersuchte postpartale Libidoabsenkung (Barrett, 1999).

Ein weiterer Hinweis darauf, wie wichtig die Zufriedenheit der Mütter auch im sozialen Bereich für die psychische Verfassung ist, ergab sich bei der Frage, wie zufrieden die Frauen mit ihrer derzeitigen beruflichen Situation waren. Hochsignifikant ($p=0,0005$) war hier die Depressionsgruppe weniger zufrieden, während bei der Bluesgruppe kaum ein Unterschied feststellbar war. Das dürfte wiederum damit zusammenhängen, dass die Bluesphase bereits vorüber war. Auch dieses Ergebnis zeigt, dass Wochenbettdepressionen mehr von der Situation der Mutter zu Hause, als unmittelbar von der Zeit auf der Wochenstation abhängig ist. Bei dieser Frage wurde bewusst darauf verzichtet danach zu fragen, ob die betroffene Person wieder berufstätig war oder nicht. Entscheidend war die Frage nach der Zufriedenheit mit dieser Situation. Sicherlich gibt es ebenso viele Frauen, die es als Belastung empfinden, bereits kurz nach der Entbindung – z.B. aus finanziellen Gründen – wieder arbeiten müssen, wie es Frauen gibt, die sich gerne weiterhin persönliche Bestätigung an ihrem Arbeitsplatz holen würden oder für die die Babypause einen Karriereknick darstellt.

Es wäre jedoch auch möglich, dass die Unzufriedenheit mit der beruflichen Situation durch die depressive Stimmung bedingt war und nicht umgekehrt. Jedoch wurden bereits in der Studie von Kruckman (1983) Zusammenhänge von Wochenbett-Blues und biosozialen Indikatoren beschrieben. Die Mütter der Bluesgruppe waren älter bei der Geburt des ersten Kindes, hatten eine höhere Bildung, waren seltener Hausfrauen und mussten deshalb häufiger ihre berufliche Tätigkeit aufgeben. Während und nach der Schwangerschaft hatten diese Frauen weniger physische und emotionale Unterstützung durch Angehörige und weniger Besuch von Freunden und Verwandten. Somit stellte für diese Gruppe die Geburt des Kindes einen größeren Einschnitt in das bisherige Leben dar und führte in psychosomatischer Hinsicht zu größeren Konflikten.

5.5 Geburtsverlauf

Ein hochsignifikantes Ergebnis ergab sich bei der Frage danach, wie die Schmerzen und Dauer der Geburt empfunden wurden. Die subjektive Wahrnehmung ist hier von wesentlicher Bedeutung, da ihr bei der emotionalen Verarbeitung eine entscheidende Rolle zukommt. Nun könnte sofort geschlossen werden, dass durch den verstärkten Einsatz von Analgetika (z.B. Periduralanästhesie) und geburtseinleitenden Verfahren die Rate an Wochenbettstörungen verringert werden kann. Zunächst klingt dies auch ganz plausibel. So führen lange und schmerzhaft Zustände zur Schwächung der Mutter und damit zu einer Störung des Mutter-Kind-Verhältnisses bereits in der wichtigen frühen Entwicklungsphase. Die Mutter erleidet in ihrer eigenen Rekonvaleszenz ein Gefühl der Überforderung, das sich über einen längeren Zeitraum erstrecken kann. Andererseits stellt sich auch hier die Frage nach „dem Ei und der Henne“. Frauen, die unter einer Wochenbettstörung leiden oder gelitten haben, könnten auch rückblickend den Geburtsablauf als schmerzhafter und länger dauernd empfinden, als dies Mütter ohne Wochenbettstörungen tun. Dies würde bedeuten, dass die psychische Belastung durch Blues oder Depression im oder nach dem Wochenbett zu einer höheren Sensibilität für diese Phase führen kann. Es ist aber auch vorstellbar, dass es sich nur um einen Versuch der Mütter handelt, eine Erklärung für ihre Stimmungsschwankungen zu finden. Dies ist jedoch ohne Bedeutung, da die subjektive Wahrnehmung der Mutter hier den entscheidenden Faktor darstellt. D.h. wenn die Mutter die Geburt als sehr schmerzhaft bzw. lange dauernd empfunden hat, so muss diese Aussage als wahr angenommen werden. Zumindest leidet die Frau unter diesem Umstand oder hat darunter gelitten, auch wenn die objektiven Daten dies nicht belegen können. Ein Lösungsansatz für dieses Problem könnte darin bestehen, zu

versuchen, die Mutter soweit als möglich aktiv in das Geburtsgeschehen einzubeziehen. Je passiver die Rolle der Mutter ist, desto länger dauert der Geburtsverlauf im subjektiven Empfinden der Mutter. Deshalb sollte auch der Einsatz von Analgetika oder auch PDA sehr kritisch betrachtet werden.

Bei der Frage nach dem Geburtsmodus fällt die relativ geringe Anzahl an Spontangeburt ohne vaginal-operativen Eingriff auf. In Tabelle 11 wurden diese Zahlen nach Klinik aufgeteilt dargestellt. Mit Recht darf behauptet werden, dass die Anzahl der Spontangeburt in speziellen Geburtskliniken höher ist, als in hochmedizinischen Krankenhäusern. Jedoch muss bemerkt werden, dass die Anzahl an komplikationsreichen Schwangerschaften und Geburten in einer Uniklinik ungleich höher ist als in anderen Krankenhäusern. Dies dürfte die Erklärung für den deutlichen Unterschied sein. Bei Yalom (1968) und Davidson (1972) korrelierten geburtshilfliche Probleme mit dem Baby-Blues. Pitt (1973), Ballinger (1979) und Stein (1980) wollten diese Ergebnisse nicht bestätigen.

Zu erwähnen sei hierbei noch die hohe Sectiorate von fast 20%. In der Zeit von „Wunschkaiserschnitten“ und „mündigen Patienten“ ist diese Zahl bereits weiter gestiegen und betrug im Bundesdurchschnitt laut einer Pressemitteilung des Bundes Deutscher Hebammen (26. Kalenderwoche 2001) 22%. Eine auch bedenkliche Entwicklung, der meines Erachtens von ärztlicher Seite mit mehr Engagement begegnet werden muss. Die Aufgabe der Ärzte besteht darin, die Patientin sehr genau und in allen Einzelheiten über die Nachteile eines operativen Eingriffs gegenüber einer natürlichen Geburt – sowohl für die Mutter als auch für das noch ungeborene Kind – aufzuklären. Mit der speziellen Situation von Wöchnerinnen nach Kaiserschnittentbindung hinsichtlich der Entstehung von Wochenbettstörungen beschäftigt sich derzeit noch eine weitere Studie aus dem Münchener Postpartum Blues Projekt.

Viele Studien beschäftigen sich mit der Frage, ob Dammrisse oder –schnitte ein besseres Outcome für die Mütter nach Geburten bedeuten. Dammrisse haben den Vorteil der besseren Heilung und der geringeren Schmerzhaftigkeit. Dem gegenüber stehen Beckenbodenschäden und höhergradige Dammrisse mit der Gefahr der Stuhlinkontinenz. Während in der Münchener Uniklinik häufiger ein Dammschnitt vorgenommen wurde, kam es in Starnberg häufiger zu einem Dammriss. Da der Schweregrad des Dammrisses nicht festgestellt werden konnte, ist eine Aussage zu diesem Thema nicht möglich. Es darf aber festgestellt werden, dass die Wahrscheinlichkeit, die Klinik mit einem intakten Damm zu verlassen, in Starnberg

mehr als doppelt so groß war, wie in München. In der Studie von Hartung (1997) ergab sich eine Tendenz von höherer Häufigkeit des Wochenbett-Blues bei Frauen mit Dammrissen und Episiotomien.

Allgemein sollte gelten, dass alle Eingriffe in den natürlichen Geburtsablauf nur in wirklich medizinisch indizierten Fällen vorgenommen werden (Schiefenhövel, 1993). Im Trend zeigte sich, dass diese Eingriffe die Entstehung von Wochenbettstörungen begünstigen können. Dies bestätigt die Ergebnisse der Studien von Yalom (1968), Davidson (1972) und Hartung (1997). Die Erklärung könnte in der größeren Belastung und dem größeren Erschöpfungszustand der Frau durch das protrahierte Geburtsgeschehen liegen. Nach Olbricht (1993) wird der Frau eine ihrer wichtigsten Erlebnismöglichkeiten genommen, wenn man sie bei der Entbindung durch medizinische Maßnahmen in eine passive Rolle zwingt und sie Geburt nur erleidet und nicht aktiv „mitarbeiten“ kann (z.B. Anwenden der im Geburtsvorbereitungskurs erlernten Atem- und Entspannungstechniken).

5.6 Klinik und Personal

Der Ort der Entbindung hat in der vorliegenden Studie keinen eindeutigen Einfluss auf das Auftreten von Wochenbettstörungen (gleiche Ergebnisse bei Yalom (1968), Harris (1980) und Hartung (1997)). Eine Schwangere sollte daher ihre Geburtsklinik nicht danach auswählen, ob es sich um eine Universitätsklinik auf höchstem medizinisch-technischem Niveau oder ein reines Geburtshaus handelt, in dem die Bedürfnisse und die Betreuung der Wöchnerinnen im Vordergrund stehen. Auf die Entstehung einer Wochenbettstörung hat dies allein keine Auswirkung. Aber gerade in Schwangerschaften, in denen Komplikationen aufgetreten sind oder bei der Entbindung drohen, sollten Frauen darauf achten, dass eine ausreichende medizinische Versorgung der Mutter und des Säuglings gewährleistet ist. Es ist dem Wohlbefinden der Mutter sicher nicht zuträglich, wenn ihr Kind aufgrund eines gesundheitlichen Problems kurz nach der Geburt in eine andere Klinik verlegt werden muss, um dort behandelt zu werden. Dass eine solche Trennung an der Entstehung von Wochenbettstörungen beteiligt sein kann, wird unter Punkt 5.7 besprochen.

Eine große Wichtigkeit scheint dem medizinischen Personal zuzukommen (auch bei Schiefenhövel, 1993). Da sich eine Geburt oft über mehrere Stunden erstrecken kann, kommt es evtl. zu einem Wechsel der betreuenden Person, z.B. durch Schichtwechsel. Zumindest in der Depressionsgruppe zeigte sich dabei, dass dies von Frauen als negativ empfunden wird.

Es stellt sich die Frage, ob es möglich ist, hier einen stärker personenbezogenen Ablauf einzuführen. Es ist sicherlich nicht möglich in jedem Fall sicherzustellen, dass die Mutter während der gesamten Schwangerschaft und Geburt durch ein und dieselbe Hebamme betreut wird. Aber durch einen höheren Personaleinsatz könnte zumindest die Geburtsphase ohne Wechsel ablaufen.

Die Unterbringung der Wöchnerinnen auf der Krankenhausstation erfolgt im Durchschnitt meist in 2- oder 3-Bettzimmern. Ein leichter Trend zu Wochenbettstörungen bei Unterbringung in 3-Bett-Zimmern ist zu verzeichnen. Eine generelle Empfehlung lässt sich hieraus sicherlich nicht ableiten. Dennoch ist anzumerken, dass eine frisch gebackene Mutter Ruhe nötig hat und sich dies bei mehreren Frauen und damit auch Babys im selben Zimmer weniger gut bewerkstelligen lässt. Dabei spielen nicht nur die Mütter mit ihren Babys, sondern auch deren Besuche eine wichtige Rolle. Andererseits können sich die Frauen auch gegenseitig unterstützen und austauschen, was in einigen Fällen bestimmt von großem Wert ist.

Die Frage danach, wie wohl sich die Mütter auf der Wochenstation gefühlt hatten, ergab hochsignifikant, dass sich Frauen mit Wochenbettstörungen weniger wohl gefühlt hatten. Auch hier muss diskutiert werden, ob dieses Unwohlfühlen für die Entstehung von Blues und Depression mitverantwortlich ist, oder ob es ein Erklärungsversuch der Wöchnerinnen für ihre Stimmungsschwankungen ist. Besonders beim Baby-Blues besteht auch die Möglichkeit, dass sich die Frauen aufgrund ihrer besonderen Stimmungsschwankungen nicht besonders wohl gefühlt haben. Meines Erachtens zeigen die erhobenen Daten jedoch deutlich, dass ein negativ empfundener Aufenthalt auf der Wochenstation für die Entstehung einer Wochenbettstörung mitverantwortlich ist. Nach Analyse der weiteren Fragen in bezug auf die Zeit auf der Wochenstation lässt sich jedoch sagen, dass es nötig wäre, mehr auf die Wünsche der Mütter einzugehen. Es ist nicht möglich, eine pauschale Empfehlung abzugeben, wie die Mütter betreut werden sollten. Zu unterschiedlich sind die Ansichten und Einstellungen. Ziel muss es vielmehr sein, auf die Bedürfnisse der Frauen individuell einzugehen. Auch hier kommt wiederum dem Klinikpersonal eine entscheidende Rolle zu. In der Studie von Hartung (1997) wird die Beziehung zwischen Mutter und Kinderkrankenschwester als sehr problematisch beschrieben, weil diese den Müttern das Gefühl vermittelten, zu geringe mütterliche Fähigkeiten zu besitzen. In einer Untersuchung von Müller (1982) wurde bei den Kinderkrankenschwestern weniger stark erlebte „soziale Potenz“ gefunden. Müller postulierte deshalb eine höhere orale Bedürfnislage, welche die Krankenschwestern über die

Neugeborenen zu befriedigen versuchen. Dies wiederum führe durch fehlende Kontinuität und rasche Trennungen zu häufiger Frustration, was zu dem schwierigen Verhältnis zwischen Kinderkrankenschwester und Mutter führen würde.

An dieser Stelle sei nochmals auf die Rolle des Stationspersonals bei Besuchen hingewiesen. Ziel ist es nicht nur, mehr auf die Wünsche der Wöchnerinnen einzugehen, sondern auch physische und psychische Belastungen soweit als möglich von ihnen fernzuhalten. Das Klinikpersonal muss hier als „Pufferzone“ agieren und die Wünsche der Mütter freundlich, aber bestimmt den Besuchern mitteilen. Hartung (1997) postulierte, dass die Ursachen für Stimmungsschwankungen im Wochenbett nicht allein in der individuellen Befindlichkeit der Frau zu suchen ist, sondern vielfach aus mangelndem Einfühlungsvermögen des Umkreises in die Situation der Mutter erwachsen.

Interessant fiel das Ergebnis bei der Frage nach der Unterbringung des Kindes auf der Wochenstation aus. Hier gab es kaum einen Unterschied zwischen Kontroll- und Bluesgruppe, während in der Depressionsgruppe etwas weniger Frauen Gebrauch von Rooming-in oder Bedding-in gemacht hatten. Wie bereits erläutert wurde, liegt auch die Lösung dieses Problems in einer individuellen Betreuung der Mütter.

Einen signifikanten Unterschied gab es jedoch bei der Frage, ob sich die Wöchnerinnen einen intensiveren oder weniger intensiven Körperkontakt im Wochenbett gewünscht hätten. Es ist also davon auszugehen, dass auch hier keine starre Regelung zum Erfolg führen kann, sondern individuelle Lösungen gefunden werden müssen. Genau wie bei der Besuchsregelung muss den Müttern die Möglichkeit gegeben werden, die Dauer und Intensität des Körperkontakts selbst zu bestimmen. Häufig werden die Frauen kurz nach der Entbindung nach ihren Wünschen befragt. Jedoch sollte diese Befragung häufiger, am besten täglich durchgeführt werden. Eine Mutter, die zunächst ihr Kind zu sich ins Bett nimmt, kann bereits am nächsten Tag – vielleicht nach einer Nacht ohne Schlaf – von dieser Situation überfordert sein. Umgekehrt kann eine Frau, die ihren Säugling am Anfang lieber ins Kinderzimmer gegeben hatte, in der nächsten Nacht ein starkes Bedürfnis verspüren, ihr Kind bei sich zu haben. Solche individuellen Regelungen lassen sich freilich wieder nur mit einem höheren Personalaufwand bewerkstelligen. Eine Vision wäre eine Stationshilfe, die nur für die Bedürfnisse der Wöchnerinnen zuständig ist und diese auch täglich befragt. Fest steht, dass jeder Mutter die Möglichkeit gegeben werden muss, die Dauer und Intensität der Nähe zu ihrem Kind selbst zu bestimmen und diese Entscheidung auch wieder zu revidieren. Das

bedeutet, dass Rooming-in und Bedding-in als dauerhaftes Angebot für jede Mutter zu Verfügung stehen muss, auch wenn sie dieses Angebot nicht oder nur zeitweise nutzt. Eine Änderung der Entscheidung muss jederzeit möglich sein.

Mit ihrem Entlassungstermin waren die Frauen der Bluesgruppe am wenigsten zufrieden. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass dieser meist in der Zeit um den fünften Tag geschieht und somit noch in der Bluesphase liegt. Die Unterschiede zwischen Kontroll- und Depressionsgruppe waren nicht signifikant.

5.7 *Physischer Kontakt*

Eine entscheidende Phase für die Entstehung von Wochenbettstörungen scheint die erste Stunde nach der Geburt zu sein. Der physische Kontakt zum Kind unmittelbar nach der Geburt sollte demnach so intensiv wie möglich ausfallen. Die Ergebnisse zu dieser Frage waren hochsignifikant. Freilich ist es in Fällen mit Komplikationen nicht möglich dies zu gewährleisten. Bei komplikationslosen Geburten könnte aber die ärztliche Untersuchung des Kindes später erfolgen. Es sollte den Müttern ermöglicht werden, sich unmittelbar nach der physisch anstrengenden Geburtsphase, völlig auf das Neugeborene einzustellen. Häufig jedoch wird das Kind der Mutter nach der Geburt zunächst rasch entzogen, um gesäubert, vermessen und untersucht zu werden. Ich wage zu behaupten, dass auch die Säuglinge davon profitieren würden, wenn man nach dieser Stressphase zunächst alle weiteren unnötigen Reize von ihnen fernhalten würde. Auch hier zeigte sich bei der Aufteilung nach Geburtsklinik ein deutlicher Unterschied zwischen „hochtechnisierter“ und „liberaler“ Geburtsmedizin. In Starnberg hatten die Frauen in der ersten Stunde nach der Geburt mehr als eineinhalb mal soviel Körperkontakt zu ihren Kindern wie die Mütter in der Münchener Frauenklinik.

Hier möchte ich nochmals auf das Ergebnis bei der Frage nach der Unterbringung des Kindes auf der Wochenstation aufmerksam machen, bei dem es kaum einen Unterschied zwischen Kontroll- und Bluesgruppe gegeben hat, während in der Depressionsgruppe etwas weniger Frauen Gebrauch von Rooming-in oder Bedding-in gemacht hatten. In letzterer Gruppe war der physische Kontakt zwischen Mutter und Kind also geringer ausgeprägt, als in den anderen beiden Gruppen. Da ein frühzeitiges eigenständiges Versorgen des Kindes durch die Mutter selbst eine besondere Bedeutung für die frühe Mutter-Kind-Beziehung hat (Klaus/Kennell, 1987), könnte hier eine Erklärung für dieses Phänomen liegen.

Ebenso soll das Ergebnis bei der Frage, ob sich die Wöchnerinnen einen intensiveren oder weniger intensiven Körperkontakt mit ihrem Kind im Wochenbett gewünscht hätten, erneut aufgegriffen werden. Eine Unzufriedenheit in dieser Frage könnte nach o.g. Theorie zu einer Störung der frühen Mutter-Kind-Beziehung geführt haben, was die höhere Rate an Wochenbettstörungen bei diesen Frauen erklären würde.

Auch das Stillen ist ein intimer Vorgang mit intensivem körperlichen Kontakt. Da Stillen aber wesentlich mehr als nur physischer Kontakt zwischen Mutter und Kind ist, wird diese Thematik unter Punkt 5.8 gesondert betrachtet.

Eine starke psychische Belastung entsteht auch dadurch, dass eine Mutter ihr Neugeborenes aus medizinischen Gründen zunächst in der Klinik zurücklassen muss. Sie bekommt damit das Gefühl, nicht für ihr Kind sorgen zu können, evtl. es sogar verlassen zu müssen bzw. im Stich zu lassen. Der wichtige Körperkontakt reißt ab oder muss zumindest auf ein Minimum reduziert werden. Dies mag für den deutlichen Trend verantwortlich sein, dass diese Frauen vermehrt zur Entwicklung von Wochenbettdepressionen neigen.

Ein interessantes Ergebnis entstand bei der Analyse der beiden Fragen nach der Dauer und der Intensität des Körperkontaktes zum Kind. Wir hatten erwartet, dass Frauen mit Wochenbettstörungen eher weniger Körperkontakt zu ihrem Kind hätten. Genau das Gegenteil ist jedoch der Fall. Mütter mit Wochenbettstörungen hatten im Trend länger Körperkontakt pro Tag zu ihrem Kind, als in der Kontrollgruppe. Ebenso schlief das Kind von Frauen mit Wochenbettstörungen häufiger im elterlichen Schlafzimmer oder sogar im Ehebett. Sollte es also so sein, dass mehr Körperkontakt vermehrt zu Wochenbettstörungen führt? Die Erklärung ist meines Erachtens, dass Mütter mit solchen Störungen vermehrt den Kontakt zu ihrem Kind suchen, um sich selbst ein Gefühl der Sicherheit zu geben. Diese emotional unsicheren Frauen wollen für ihr Kind da und eine gute Mutter sein. Eine Bestätigung für diese Hypothese kann daran gezeigt werden, dass Frauen mit Wochenbettstörungen eher unzufrieden mit dem Maß an Körperkontakt waren, als andere. Daraus ist ersichtlich, dass diese Mütter zwar mehr Körperkontakt zu ihren Kindern hatten, aber dieser Kontakt eher zu einem Unwohlsein, als zur Zufriedenheit geführt hat. Der Körperkontakt entstand also nicht, weil das Bedürfnis danach da war, sondern weil die Frauen dachten, dass dieser Kontakt für sie und/oder das Kind eine positive Auswirkung hätte. Im Gegensatz zur vorliegenden Studie, konnte Hartung (1997) keinen Zusammenhang zwischen

getrennten oder gemeinsamen Schlafstellen für Mutter und Kind und Wochenbett-Blues feststellen.

5.8 Stillen

Das Stillen ist nicht nur Ernährung des Säuglings, sondern auch ein sehr intimer Vorgang mit intensivem Körperkontakt. Es versteht sich von selbst, dass Störungen in diesem sensiblen Bereich zu Stimmungsschwankungen führen können. Der Zusammenhang zum Blues zeigt sich bereits in seiner früheren Bezeichnung als „Milchfieber“. Die Frage, wann die Mutter ihr Kind das erste Mal an die Brust angelegt hat, sollte hier einen Zusammenhang quantifizieren. Aufgrund starker Schwankungsbreite bei den Angaben, gestaltete sich die Auswertung allerdings schwierig. In Abbildung 1 wurde die relative Verteilung des Zeitpunktes des ersten Anlegens in den jeweiligen Gruppen wiedergegeben. Eine statistische Signifikanz ergab sich dabei nicht, wohl aber ein Trend zum späteren ersten Anlegen bei Wochenbettstörungen. Innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt wurde das Neugeborene in der Kontrollgruppe von 71,38% angelegt. In der Bluesgruppe waren es 68,70% und in der Depressionsgruppe nur noch 60,32%. Umgekehrt kam es in der Kontrollgruppe bei 3,35% erst nach 24 Stunden zu diesem Ereignis. In den beiden Fallgruppen waren es 9,57% bzw. sogar 14,29%. Die relative Anzahl der Frauen, die ihr Kind erst nach mehr als 24 Stunden zum ersten mal an die Brust angelegt hatten, war in der Depressionsgruppe somit mehr als viermal so hoch wie in der Kontrollgruppe. In diesem deutlichen Trend zeigt sich wiederum die Wichtigkeit des Körperkontaktes zwischen Mutter und Kind, besonders in der frühen Bindungsphase. Die Bedeutung dieses Ergebnisses dürfte aber weniger beim ersten Stillen selbst, als mehr beim ersten intensiven Körperkontakt liegen. Es ist davon auszugehen, dass die meisten Frauen ihr Kind bereits beim ersten intensiven Körperkontakt anlegen, zumal die Neugeborenen, wenn sie auf dem Bauch der Mutter liegen, meist sofort zu „suchen“ beginnen. Somit konnten die Mütter, die ihr Kind erst nach 24 Stunden zum ersten Mal anlegten, vorher keinen intensiven Körperkontakt erleben. Dabei kann nach den vorliegenden Daten ein Zusammenhang zum Wochenbett-Blues und zur Wochenbettdepression dargelegt werden. Es sollte daher darauf geachtet werden, der Mutter einen intensiven Körperkontakt und damit das frühzeitige erste Anlegen des Kindes bereits kurz nach der Geburt zu ermöglichen.

Die Dauer des Stillens scheint jedoch von geringerer Bedeutung zu sein. Dass mögliche Auswirkungen sich nur in der Depressionsgruppe zeigen liegt daran, dass der Blues sich innerhalb der ersten Tage nach der Geburt abspielt. Eine Stilldauer von beispielsweise nur

einem Monat kann sich somit nicht mehr auswirken. Interessant ist auch anzumerken, dass Frauen mit einem festen Stillrhythmus von vier Stunden bei Hartung (1997) die höchste Bluesrate aufwiesen.

Welche Bedeutung das Stillen für die Mütter haben kann, zeigte sich bei der Frage, wie sie mit dem Stillen zurecht gekommen waren. In beiden Gruppen war das Ergebnis signifikant. Es ist zu vermuten, dass die Mütter unter Stillproblemen mehr leiden als bisher angenommen. Die Mutter fühlt sich nicht in der Lage ihr Kind zu ernähren. Orale Bedürfnisse des Kindes können nicht befriedigt werden und der Körperkontakt verliert an Intensität. Es könnte sich dabei um eine frühe Störung der Mutter-Kind-Beziehung handeln. Nach Gödtel (1979) gibt es für mangelhafte Stillfähigkeit der Mütter kaum anatomische Gründe, sondern nahezu alle Stillschwierigkeiten seien psychisch bedingt. Einen positiven Stillserfolg erfährt die Frau als Anerkennung ihrer Leistung bzw. ihrer selbst und erlangt damit eher eine positive Einstellung zum Muttersein (Stauber/Richter, 1990). Pitt (1973) konnte eine Korrelation zwischen Stillschwierigkeiten und Blues feststellen. Bei Harris (1980), Kendell (1981) und Cox (1983) war dies nicht der Fall. Letztere konnten auch keinen Unterschied bei brust- oder flaschenstillenden Müttern in bezug auf Wochenbettstörungen feststellen.

Es ist also ein wichtiges Ergebnis der vorliegenden Studie, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen Stillserfolg und dem Auftreten einer Wochenbettstörung gibt. Dass dieses Ergebnis in beiden Fallgruppen signifikant war liegt sicherlich daran, dass die Stillperiode bereits im Wochenbett beginnt, sich aber noch lange Zeit darüber hinaus erstreckt.

5.9 Übergang vom Blues zur Depression

Mit knapp 19% entwickelte beinahe jede fünfte Frau mit einem Baby-Blues im weiteren Verlauf eine Depression. Fast zwei von drei Frauen mit Wochenbettdepression hatten zuvor einen Baby-Blues durchgemacht (65%). Dies zeigt, dass die Anfälligkeit für psychische Erkrankungen in dieser Gruppe stark ausgeprägt ist. Nach Handley (1980) geht eine depressive Verstimmung in den ersten fünf postpartalen Tagen mit einem erhöhten Risiko für eine depressive Stimmung 6 Monate postpartum einher.

Das Ergebnis bei der Frage nach Stimmungsschwankungen im Wochenbett war für die Bluesgruppe hochsignifikant. Dies ist nicht weiter verwunderlich, da Stimmungsschwankungen in dieser Zeit den Baby-Blues definieren. Interessant ist jedoch,

dass hier auch die Depressionsgruppe ein signifikantes Ergebnis erreichte. Dabei stellt sich die Frage, ob Baby-Blues und Wochenbettdepression zwei unabhängige Krankheitsbilder sind oder der Blues nur eine Vorstufe oder mildere Verlaufsform der Depression ist.

Dagegen spricht, dass die Ausprägung der Stimmungsschwankungen in der Depressionsgruppe nicht die gleiche Signifikanz erreicht wie in der Bluesgruppe.

Beide Fallgruppen litten auch noch zu Hause häufiger unter Stimmungsschwankungen, als die Mütter in der Kontrollgruppe. Allerdings war der Schweregrad der Stimmungsschwankungen in der Depressionsgruppe höher und nur in dieser Gruppe signifikant. Es zeigt sich also, dass die Zeit zu Hause keinen Einfluss mehr auf die Entstehung eines Baby-Blues hat.

Die Symptome Depressionen, Schuldgefühle, Traurigkeit, Verstimmungen, Verwirrungen und Weinen wurden in ihrem zeitlichen Verlauf untersucht. Da diese Symptome, wenn sie am 3., 4. oder 5. Tag auftraten als Blues-Symptome gewertet wurden, ist an diesen Tagen in der Kontrollgruppe die relative Häufigkeit dieser Symptome null.

In der Kontrollgruppe traten die o.g. Symptome fast nicht auf. Die Maxima in den beiden Fallgruppen fallen meist wie erwartet in den Zeitraum 3. bis 5. Tag (Blues) bzw. 2. bis 3. Monat (Depression). Nur bei dem Symptom Schuldgefühle erreicht die Bluesgruppe erst nach der 1. Woche ihre Maximalwerte. Weinen ist das deutlichste Kennzeichen für einen Blues und tritt mit einer Häufigkeit von bis zu 67% auf (Yalom, 1968). Diese hohe Zahl prägte den Begriff „Heultage“ und dürfte der Grund für die Behauptung sein, dass jede Frau einmal im Wochenbett weinen müsse (Stauber bei Dudenhausen, 1994). Die Frauen befinden sich nach der Entbindung in einem Zustand erhöhter emotionaler Aktivität und sind außerordentlich verletzlich gegenüber kleinsten Anlässen. In der Studie von Condon (1987) konnten 11% der betroffenen Frauen überhaupt keinen Grund für ihr Weinen angeben. Von anderen Frauen wurden als Auslöser Zeitungsartikel, Fernsehsendungen, eine umgekippte Kaffeetasse oder eine minimale Verspätung des Partners angegeben. Die Ereignisse konnten bereits Stunden zurückliegen. Dies lässt die Vermutung zu, dass es sich hierbei nicht um wirkliche Gründe für das Weinen, sondern um rückblickende Erklärungsversuche handelt. Ähnliche Phänomene wurden auch bei Thyreotoxikose (Labhart, 1974), M. Cushing (Starkman, 1981) und PMS (Dalton, 1964) beobachtet.

Das Symptom Verwirrung zeigte wie bei Stein (1992) einen Höhepunkt am 4./5. Tag. Die Verwirrtheit ist neben dem Weinen und der depressiven Stimmungslage das Symptom,

welches das Bild vom Blues am meisten prägt. Obwohl in der Studie von Kennerly und Gath (1986) 21% der Frauen Verwirrung des Denkens angaben, konnte keine objektive Beeinträchtigung der kognitiven Leistungen festgestellt werden (Treadway, 1969; Jarrahi-Zadeh, 1969).

Unter den somatischen Symptomen sind Kopfschmerzen mit 30-35% am häufigsten (Pitt, 1968). Am fünften Tag wurde sogar eine achtfache Häufigkeit (Dalton, 1992) festgestellt.

Schlafstörungen kommen im Wochenbett häufig vor. In verschiedenen Studien konnte eine Verkürzung der Schlafdauer bei postpartalen Frauen festgestellt werden, die aber nicht allein durch das Kind bedingt waren (Karacan, 1969). Da die Ursachen für diese Schlafstörungen aber zu unterschiedlich sein können (z.B. beeinflusst durch das Stillen) wurde es nicht in die Auswertung aufgenommen. Aus dem gleichen Grund wurden auch Kopfschmerzen nicht untersucht.

Besonders deutlich fallen die Ergebnisse aus, wenn man die beiden Fallgruppen ohne die Frauen betrachtet, die sowohl einen Baby-Blues als auch eine Wochenbettdepression entwickelten. Daraus lässt sich schließen, dass Baby-Blues und Wochenbettdepressionen zwei unterschiedliche und voneinander unabhängig verlaufende Krankheitsbilder sind. Es ist allerdings möglich, dass Mütter, die zuerst einen Baby-Blues entwickelten, trotzdem später eine Wochenbettdepression durchmachen.

Auch bei der EPDS und beim BDI zeigte sich durch die zweite Darstellung (Abb. 15 und 17), dass Blues und Depression unabhängig voneinander verlaufen. Die Bluesgruppe erreicht ähnliche Werte wie die Kontrollgruppe. In der EPDS fiel dies besonders bei den Fragen 1 (Lachen) und 7 (Schlafstörungen) auf. Die Differenz der durchschnittlichen Punktwerte zwischen Blues- und Kontrollgruppe betrug etwa 0,25 (Frage 1) und 0,4 (Frage 7). Nach Änderung der Darstellungen betrugen diese Werte nur noch etwa 0,03 bzw. 0,15. Gleichzeitig stieg der Wert für die Depressionsgruppe bei Frage 1 um fast 0,1 an. Ein ähnliches Bild zeigt sich im BDI z.B. bei den Fragen A (Traurigkeit) und K (Reizbarkeit). In beiden Fällen fällt der Punktwert in der Bluesgruppe sogar leicht unter den der Kontrollgruppe ab, während die Werte der Depressionsgruppe konstant bleiben. In der Literatur ist die Frage offen, ob depressive Gefühle zum Blues gehören oder getrennt davon zu betrachten sind (Lanczik, 1992; Kennerly/Gath, 1986). Nach den Ergebnissen dieser Studie spricht aber alles dafür, dass die beiden Krankheitsbilder Wochenbett-Blues und Wochenbettdepression unabhängig verlaufen und somit auch unterschiedliche auslösende Faktoren besitzen.

Genauere Ergebnisse lassen sich aufgrund der kleinen Fallzahl von Müttern, die sowohl einen Baby-Blues als auch eine Wochenbettdepression durchmachen mussten (n=46; 7,86 %) nicht ableiten. Weitere Studien, die sich speziell mit dieser Fragestellung beschäftigen, könnten hierzu interessante Ergebnisse liefern.

6 Zusammenfassung

In dieser Studie an 585 retrospektiv befragten Frauen, die im vorausgegangenen halben Jahr ein Kind zur Welt gebracht hatten, wurden Erlebnisse und Ereignisse des täglichen Lebens, der Schwangerschaft, der Geburt, des Wochenbetts und der Zeit nach dem Wochenbett zu Hause evaluiert. Zusätzlich wurden die körperlichen und seelischen Zustände kurz nach der Geburt und zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens erfragt.

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse und der hohen Validität der erhobenen Daten ließen sich mehrere eindeutige Einflussfaktoren eruieren, die zur Entstehung von Wochenbett-Blues und Wochenbettdepression beitragen.

Es besteht eine individuelle Disposition für diese Störungen, die bei emotional sensiblen Frauen höher liegt, als bei anderen. Zuvor durchgemachte psychische Erkrankungen oder eine bereits zuvor erlebte Wochenbettstörung erhöhen das Risiko an einer solchen zu erkranken. Andererseits ist die Prävalenz bei Erstgebärenden höher als bei Multiparae.

Psychisch belastende Ereignisse können zur Entstehung von Wochenbettstörungen beitragen. Liegen solche Ereignisse im Zeitraum nach der Geburt, ist die Wahrscheinlichkeit an einer Wochenbettdepression zu erkranken, erhöht. Bei frühen negativen Erlebnissen (z.B. in der Schwangerschaft) kann auch ein Wochenbett-Blues entstehen. In diesem Zusammenhang steht auch die durch den Lebenspartner erfahrene Unterstützung nach der Geburt, die eine große Bedeutung für die psychische Stabilität der Mutter hat. Das gleiche gilt für die Harmonie in der Partnerschaft. Von großer Bedeutung ist auch die berufliche Situation der Frau bzw. ihre Zufriedenheit damit. Mütter, die aufgrund der Geburt ihres Kindes entgegen ihrer eigenen Vorstellungen nicht mehr arbeiteten oder bereits bald nach der Geburt wieder anfangen mussten zu arbeiten, entwickelten signifikant häufiger eine Wochenbettdepression als Frauen, die mit ihrer Situation in dieser Hinsicht zufrieden waren.

Eine Möglichkeit, Belastungen von der Mutter fernzuhalten, wäre die Einführung einer straffen Besuchsregelung. Dabei sollte nur die betroffene Frau bestimmen dürfen, welchen Besuch sie empfangen möchte und welchen nicht. Die Häufigkeit von Besuchen ist nicht entscheidend, sondern lediglich der Wunsch und damit die Zufriedenheit der Mutter. Außerdem sollte eine Unterbringung in Ein- oder Zwei-Bett-Zimmern zum Standard gehören. Jede geburtshilfliche Station sollte über die Möglichkeiten für Rooming-in und Bedding-in

verfügen. Dieses Angebot muss für die gesamte Zeit auf der Wochenstation bestehen, auch wenn die Mütter dies nur zeitweise nutzen wollen. Dahinter steht, die Dauer und Intensität des Körperkontakts mit ihrem Kind selbst bestimmen zu können. Insgesamt sollte den Frauen der Aufenthalt auf der Wochenstation so angenehm wie möglich gemacht werden. Je weniger sich die Mütter wohlfühlen, desto größer ist die Gefahr einer Wochenbettstörung.

Ebenso sollte darauf geachtet werden, den Müttern möglichst viel Hilfestellung beim Stillen zu geben, da der Stillerfolg große Auswirkungen auf die psychische Verfassung der Mutter haben kann. Auch hier muss der Körperkontakt und das Wohlbefinden der Frauen im Vordergrund stehen.

Da der Ablauf der Geburt und die damit verbundene Zufriedenheit der Mutter einen hochsignifikanten Zusammenhang mit Wochenbettstörungen ergeben hat, sollten alle zu ergreifenden Maßnahmen (auch die medizinisch indizierten) mit der Mutter abgesprochen werden, um sie möglichst aktiv am Geburtsgeschehen und am Ablauf zu beteiligen. Dabei ist darauf zu achten, dass ein Wechsel des betreuenden Personals möglichst vermieden wird. Im Anschluss an die Geburt sollte der Mutter Zeit gegeben werden, sich auf ihr Neugeborenes einzustellen. Alle unnötigen Störungen sollten auf später verschoben werden. Bereits hier sollte die Mutter ermuntert werden, ihr Kind an die Brust anzulegen. Insgesamt sollte auf die Stillberatung mehr Gewicht gelegt werden, um Stillproblemen frühzeitig vorzubeugen.

Frauen befinden sich während und unmittelbar nach der Schwangerschaft in einem Zustand erhöhter emotionaler Sensibilität. Aus diesem Grund muss angestrebt werden, jegliche Belastung, insbesondere psychischer Natur, von den Müttern fernzuhalten. Hierzu ist nicht nur ein hohes Maß an Verständnis von Seiten der Familie und des Lebenspartners gefragt. Auch und besonders das die Frau betreuende medizinische Personal muss auf die spezielle Situation der Mütter eingehen und mit viel Verständnis reagieren. Leider werden Schulungen und Fortbildungen in dieser Hinsicht zum Zeitpunkt noch wenig angeboten.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis dieser Studie ist die Feststellung, dass es sich bei Wochenbett-Blues und Wochenbettdepression um zwei unterschiedliche und unabhängig voneinander verlaufende Krankheitsbilder handelt. Trotz dieser Unabhängigkeit erkranken manche Frauen nach einer Bluesphase auch an einer Wochenbettdepression, was sich durch die höhere emotionale Labilität erklären lässt. Ein besonderes Augenmerk sollte deshalb auf die Frauen gelegt werden, die im Wochenbett eine Bluesphase durchmachen. Hier gilt es die Gefahr einer Wochenbettdepression abzuschätzen. Dazu sollten weitere Studien durchgeführt

werden, um die genauen Ursachen für eine schwerwiegendere Wochenbettstörung zu erforschen.

7 Literaturverzeichnis

- Ballinger, C.B.;
Buckley, D.E.; Naylor, G.J.;
Stansfield, D.A. Emotional disturbance following childbirth: clinical findings and urinary excretion of cyclic AMP
Psychol.Med. 9, 1979, pp. 293-300
- Barrett, G.;
Pendry, E.; Peacock, J.;
Victor, C.; Thakar, R.;
Manyonda, I. Women's sexuality after childbirth : a pilot study
Arch,Sex.Behav. 28, 1999; pp. 179-91
- Bergant, A.M.;
Nguyen, T.; Heim, K.; Ulmer,
H.; Dapunt, O. Deutschsprachige Fassung und Validierung der „Edinburgh postnatal depression scale“
Dtsch.Med.Wschr. 123, 1998: pp. 35-40
- Bloch M.;
Schmidt, P.J.; Danaceau, M.;
Murphy, J.; Nieman, L.;
Rubinow, D.R. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression
Am.J.Psychiatry 157, 2000: pp. 924-930
- Bölter, D.;
Kirschbaum, M.; Beckmann,
D. Eine Verlaufsuntersuchung über Stimmungsschwankungen in den ersten fünf Tagen nach der Entbindung
Psychother.med.Psychol. 36, 1986: pp. 75-82
- Bonnin, F. Cortisol levels in saliva and mood changes in early puerperium
J.Affect.Disord. 26, 1992: pp. 231-239
- Bower, W.H.;
Altschule, M.D. Use of progesterone in the treatment of a post-partum psychosis
N.Engl.J.Med. 254, 1956: p. 157
- Braverman, J.;
Roux, J.F. Screening for the patient at risk for postpartum depression
Obstet.Gyneco. 52, 1978: pp. 731-736
- Brockhaus, F.A. Der große Brockhaus, Band 5, 18. Auflage
Wiesbaden: Brockhaus, 1979
- Brockington, I.F. Puerperal Mental Disorders
In: Hall, D., Stonier, P.D.: Perspectives in Psychiatry: The worcester Lectures
Chichester: Wiley, 1988
- Burrows, G.D. Psychiatric disorders in the puerperium
In: Dennerstein, Burrows (eds.): Handbook of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology
Elsevier Medical Press, 1983
- Condon, J.T.;
Watson, T.L. The maternity blues: exploration of a psychological hypothesis
ActaPsychiatr.Scand. 76, 1987: pp. 164-171

- Cookson, J.C. Post partum mania, dopamine and oestrogens
Lancet 2, 1982: p. 672
- Cox, J.L. Depression in the puerperium: a conceptional controversy
1989, Chapter 8, pp. 124-139
- Cox, J.L.;
Connor, Y.M.; Henderson, I.;
McGuire, R.J.; Kendell, R.E. Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth by self
report questionnaire
J.Affect.Disorders 5, 1983: pp. 1-7
- Cutrona, C.E. Causal attributions and perinatal depression
J.Abnorm.Psychol. 92, 1983: pp. 161-172
- Cutrona, C.E. Non-psychotic post-partum depression: a review of recent research
Clin.psychol.Rev. 2, 1982: pp. 487-503
- Dalton, K. Mütter nach der Geburt: Wege aus der Depression
Frankfurt/Main: Fischer, 1992
- Dalton, K. The Pre-menstruell Syndrome
London: Heinemann, 1964
- Dammann, G. Depressive Symptome aus der Perspektive der evolutionären
Psychiatrie
Nervenheilkunde 21, 2002: pp. 132-137
- Dammann, G.;
Schiefenhövel, W. Die Münchener Postpartum Studie: Evolutionspsychologische
Hypothesen und Design der Untersuchungen
In: Schultz, M. (Hrsg.): Schnittstelle Mensch – Umwelt in
Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft: Proceedings – 3. Kongress der
Gesellschaft für Anthropologie (GfA)
Göttingen: Cuvillier, 2000
- Dammann, G.;
Schiefenhövel, W. Wochenbettdepression und Heultage in anthropologisch-
transkultureller Forschungsperspektive
In: Schultz, M. (Hrsg.): Homo – Unsere Herkunft und Zukunft:
Proceedings – 4. Kongress der Gesellschaft für Anthropologie (GfA)
Göttingen: Cuvillier, 2000
- Davidson, J. Postpartum mood changes in Jamaican women: A description and
discussion on its significance
Brit.J.Psychiat. 121, 1972: pp. 659-663
- Dudenhausen, J.W.;
Scheider, H.P.G. (Hrsg.) Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Berlin/New York: Walter de Gryter, 1994
- Gödtel, R. Seelische Störungen im Wochenbett
Stuttgart: Fischer, 1979

- Granger, A.C.;
Underwater, M.R. Review of the role of progesterone in the management of postnatal mood disorders
J.Psychosom.Obstet.Gynaecol. 22, 2001: pp. 49-55
- Gyermek, L.;
Genther, G.; Fleming, M. Some effects of progesterone and related steroids on the nervous system
Int.J.Neuropharmacol. 6, 1967: pp. 191-198
- Hamilton, J.A. Postpartum psychiatric problems
St. Louis: Mosby, 1962
- Hamilton, J.A. Psychiatric illness after childbearing
In: Howels, J.G.: Modern Perspectives in the Psychiatry of the Affective Disorders
New York: Brunner/Mazel, 1989
- Hamilton, J.A. The Identity of Postpartum Psychosis
In: Brockington, I.F., Kumar, R. (eds.): Motherhood and Mental Illness
London: Academic Press, 1982
- Handley, S.L.;
Dunn, T.L.; Waldron, G.;
Baker, J.M. Tryptophan, cortisol and puerperal mood
Br.J.Psychiatry 136, 1980: pp. 498-508
- Harding, J.J. Postpartum Psychiatric Disorders: A Review
Comprehensive Psychiatry 30, 1989: pp. 109-112
- Harris, B. Prospective Trial of L-tryptophan in Maternity Blues
Brit.J.Psychiat. 136, 1980: pp. 498-508
- Hartung, A.;
Hartung C. Postpartum Blues: psychosomatische Aspekte des frühen Wochenbettes
Berlin: Medizinische Dissertation, 1997
- Heidrich, A.;
Schleyer, M.; Spingler, H.;
Albert, P.; Knoche, M.;
Fritze, J.; Lanczik, M. Postpartum blues: Relationship between not-protein bound steroid hormones in plasma and postpartum mood changes
J.Affect.Disorders 30, 1994: pp. 93-98
- Hopkins, J.;
Campbell, S.B.; Marcus, M. Role of Infant-Related Stressors in Postpartum Depression
J.Abnorm.Psychol. 96, 1987: pp. 237-241
- Ijuin, T.;
Douchi, T.; Yamamoto, S.;
Ijuin, Y.; Nagata, Y. The relationship between maternity blues and thyroid dysfunction
J.Obstet.Gynaecol.Res. 24, 1998: pp. 49-55
- Jarrahi-Zadeh, A.;
Kane, F.J.; Van de Castlf,
R.L.; Lachenbruch, P.A.;
Ewing, J.A. Emotional and cognitive changes in pregnancy and early puerperium
Br.J.Psychiat. 115, 1969: pp. 797-805

- Karacan, I.; Williams, R.L.; Hirsch, C.J.; McCaulley, M.; Heine, M.W. Some implications of the sleep patterns of pregnancy for postpartum emotional disturbances
Brit.J.Psychiat. 115, 1969: pp. 929-935
- Kendell, R.E. Emotional and physical factors in the genesis of puerperal mental disorders
J.Psychosom.Res. 29, 1984: pp. 3-11
- Kendell, R.E.; McGuire, R.J.; Connor, Y.; Cox, J.L. Mood changes in the first three weeks after childbirth
J.Affect.Disord. 3, 1981: pp. 317-326
- Kendrick, K.M. Physiological factors involved in the stimulation of maternal behaviour in animals
MarceSocBull, Summer 1988: pp. 4-16
- Kennerley, H.; Gath, D. Maternity blues
Brit.J.Psychiat. 155, 1989: pp. 356-373
- Kennerley, H.; Gath, D. Maternity blues reassessed
Psychol.Dev. 1, 1986: pp. 1-17
- Klaus, M.H.; Kennell, J.H. Mutter-Kind-Bindung: Über die Folgen einer frühen Trennung
München: dtv, 1987
- Kruckman, L. The „baby-blues“ – a cultural phenomenon? A preliminary report
Front.Nurs.Serv. 58, 1983: Quarterly Bull. pp. 10-16
- Labhart, A. Clinical Endocrinology
Heidelberg: Springer, 1974
- Lanczik, M.; Spingler, H.; Heidrich, A.; Becker, T.; Kretzer, B.; Albert, P.; Fritze, J. Post-partum blues: Depressive disease or pseudoneurasthenic syndrome
J.Affect.Disord. 25, 1992: pp. 47-52
- Lange, P. Über psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Wochenbett
München: Medizinische Dissertation, 1994
- Maes, M.; Libbrecht, I.; Lin, A.; Goossens, F.; Ombelet, W.; Stevens, K.; Bosmans, E.; Altamura, C.; Cox, J.; deJongh, R.; Scharpe, S. Effects of pregnancy and delivery on serum prolyl endopeptidase (PEP) activity : alterations in serum PEP are related to increased anxiety in the early puerperium and to postpartum depression
J.Affect.Disord. 57, 2000: pp. 125-137
- Magiakou, M.A.; Mastorakos, G.; Rabin, D.; Dubbert, B.; Gold, P.W.; Chrousos, G.P. Hypothalamic corticotropin-releasing hormone suppression during the postpartal period: implications for the increase in psychiatric manifestations at this time
J.Clin.Endocrinol.Metab. 81, 1996: pp. 1912-1917

- Metz, A.;
Stump, K.; Cowen, P.J.;
Elliott, J.M.; Gelder, M.G.;
Grahame-Smith, D.G. Changes in platelet α_2 adrenoceptor binding post partum: possible relations to maternity blues
Lancet 1, 1983: pp. 495-498
- Meyer, J.W.;
Eichhorn, K.H.; Vetter, K.;
Christen, S.; Schleusner, E.;
Klos, A.; Huch, A.; Huch, R. Does recombinant human erythropoietin not only treat anaemia but reduce postpartal (emotional) distress as well ?
J.Perinat.Med. 23, 1995: pp. 99-109
- Newnham, J.P.;
Dennett, P.M.; Ferron, S.A.;
Tomlin, S.; Legg, C.; Bourne,
G.L.; Rees, L.H. A study of the relationship between circulating β -endorphin-like immuno-reactivity and post partum ,blues'
Clin.Endocrinol. 20, 1984: pp. 169-177
- Nilsson, A.;
Almgren, P. Paranatal emotional adjustment: a prospective investigation of 165 women
Acta Psychiatr.Scand. 128, 1970: Suppl.
- Nott, P.N.;
Franklin, M.; Armitage, C.;
Gelder, M.G. Hormonal changes and mood in puerperium
Brit.J.Psychiatry 128, 1976: pp. 379-383
- Nyberg, F.;
Lindstrom, L.H.; Terenius, L. Reduced β -casein levels in milk samples from patients with postpartum psychosis
Biol.Psychiatry 23, 1988: pp. 115-122
- O'Hara, M.W.;
Schlechte, J.A.; Lewis, D.A.;
Wright, E.J. Prospective study of post-partum blues: biologic and psychosocial factors
Arch.Gen.Psychiatry 48, 1991: pp. 801-806
- O'Hara, M.W. Social support, life events and depression during pregnancy and the puerperium
Arch.Gen.Psychiatry 43, 1986: pp. 569-573
- Olbricht, I. Was Frauen krank macht
München: Kösel, 1993
- Paykel, E.S.;
Emms, E.M.; Fletcher, J.;
Rassaby, E.S. Live events and social support in puerperal depression
Br.J.Psychiatry 136, 1980: pp. 339-346
- Petersen, A.C. Menarche: Meaning of Measures and Measuring Meaning
In: Golub, S. (ed.): Menarche
D.C. Heath/Toronto: Lexington Books, 1983
- Pitt, B. Maternity Blues
Brit.J.Psychiat. 122, 1973: pp. 431-433
- Pschyrembel, W. Klinisches Wörterbuch, 256. Auflage
Berlin/New York: de Gruyter, 1990

- Railton, I. The use of corticoids in postpartum depression
J.Am.Med.Women's Assoc. 16, 1961, p. 450
- Riley, D.M. A study of serum calcium in relation to puerperal psychiatric illness
In: Carezza, L., Zichella, L. (eds.): Emotion and Reproduction
London/New York: Academic Press, 1979
- Robinson, G.E.;
Stewart, D.E. Postpartum psychiatric disorders
Can.Med.Assoc.J. 134, 1986: pp. 31-37
- Robson, K.M.;
Kumar, R. Delayed onset of maternal affection after childbirth
Brit.J.Psychiatry 136, 1980: pp. 31-37
- Sauer, B. Postpartale Depression
In: Medizinische Psychologie, Band 2
Münster: Lit Verlag, 1993
- Schachter, S.;
Singer, J.E. Cognitive, social and physiological determinants of emotional state
Psychol.Rev. 69, 1962: p. 379
- Schiefenhövel, W. Der ethnomedizinische Beitrag zur Diskussion um die optimale
Geburtshilfe
In: Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege
Berlin: VWB, 1995
- Schiefenhövel, W. Ethnomedizinische und evolutionsbiologische Befunde zur Geburt
Curare 16, 1993: pp. 179-188
- Schiefenhövel, W.;
Schiefenhövel-Barthel, S. Geburt
In: Brockhaus-Redaktion (Hrsg.): Brockhaus Mensch, Natur, Technik.
Phänomen Mensch
Leipzig/Mannheim: Brockhaus, 1999
- Schiefenhövel, W. Geburten bei den Eipo
In: Gebären – Ethnomedizinische Perspektiven und neue Wege
Berlin: VWB, 1995
- Schiefenhövel, W. Geburtsverhalten und reproduktive Strategien der Eipo – Ergebnisse
humanethnologischer und ethnomedizinischer Untersuchungen im
zentralen Bergland von Irian Jaya (West-Neuguinea)
Berlin: Reimer, 1988
- Schiefenhövel, W. Im Spiegel der Anderen: Aus dem Lebenswerk des Verhaltensforschers
Irenäus Eibl-Eibesfeldt
München: Realis, 1993
- Schiefenhövel, W. Puerperal Depression: Biological or iatrogenic disease
In: XXIII. International Ethnological Conference
Torremolinos, Spanien: 1993

- Schneeberg, N.C. Incidence of unsuspected Sheehan's syndrome
J.Am.Med.Assoc. 172, 1960: p. 20
- Seligman, M.E.;
Abramson, L.Y.; Teasdale,
J.D. Learned helplessness in humans: critique and reformulation
J.Abnorm.Psychol. 87, 1978: pp. 49-74
- Smith, R.;
Cubis, J.; Brinsmead, M.;
Lewin, T.; Singh, B.; Owens,
P.; Chan, E.C.; Hall, C.;
Adler, R.; Lovelock, M. Mood changes, obstetrics experience and alterations in plasma cortisol,
 β -endorphin and corticotrophin releasing hormone during pregnancy
and the puerperium
J.Psychosom.Res. 34, 1990: pp. 53-69
- Starkman, M.N.;
Scheingart, D.E.; Schork,
M.A. Depressed mood and other psychiatric manifestations of Cushing's
Syndrome: Relationship to hormone levels
Psychosom.Med. 43, 1981: pp. 3-18
- Stauber, M.;
Richter, D. Psychosomatik in Gynäkologie und Geburtshilfe
In: Uexküll, T.v.: Psychosomatische Medizin
München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1990
- Stein, G.;
Marsh, A.; Morton, J. Mental symptoms, weight changes and electrolyte excretion in the first
postpartum week
J.Psychosom.Res. 25, 1981: pp. 395-408
- Stein, G. The maternity blues
In: Brockington, I.F., Kumar, R. (eds.): Motherhood and Mental Illness
London: Academic Press, 1982
- Stein, G. The pattern of mental change and body weight change in the first post-
partum week
J.Psychosom.Res. 24, 1980: pp. 498-508
- Stein, G.;
Morton, J.; Marsh, A.;
Hartshorn, J.; Ebeling, J.;
Desaga, U. Vasopressin and mood during the puerperium
Biol.Psychiatry 19, 1984: pp. 1711-1717
- Steiner, M. Postpartum Psychiatric Disorders
Can.J.Psychiatry 35, 1990: pp. 89-95
- Treadway, C.R.;
Kane, F.J.; Jarrahi-Zadeh, A.;
Lipton, M.A. A psychoendocrine study of pregnancy and puerperium
Am.J.Psychiatry 125, 1969: pp. 1380-1386
- Troisi, A.;
Moles, A.; Panepuccia, L.;
LoRusso, D.; Palla, G.;
Scucchi, S. Serum cholesterol levels and mood symptoms in the postpartum period
Psychiatry Res. 109, 2002: pp. 213-219

- Ugarriza, D.N. Postpartum affective Disorders: Incidence and Treatment
J.PsychosocialNursing 30, 1992: pp. 29-32
- Waquier, A.;
Dugovic, C. Serotonin and Sleep-wakefulness
Ann.N.Y.Acad.Sci. 600, 1990: pp. 447-458
New York: 1990
- Watson, J.P.;
Elliott, S.A.; Rugg, A.J.;
Brough, D.I. Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year
Br.J.Psychiatry 144, 1984: pp. 453-462
- Wimmer-Puchinger, B. Schwangerschaft als Krise: Psychosoziale Bedingungen von
Schwangerschaftskomplikationen
Berlin/Heidelberg: Springer, 1992
- Yalom, I.D.;
Lunde, D.T.; Moos, R.H.;
Hamburg, D.A. Postpartum blues syndrome: a description and related variables
Arch.Gen.Psychiatry 18, 1968: pp. 16-27
- Zerssen, van D. Mood and behavioural changes under corticosteroid therapy
In: Itil, T.M.: Psychotropic action of hormones
New York: Spectrum publications, 1976

8 Danksagung

Mein besonderer Dank gilt meinen beiden Betreuern, Dr. Dipl.-Psych. Gerhard Dammann und Prof. Dr. Wulf Schiefenhövel, für die sehr gute und ausdauernde Beratung und Unterstützung, sowie meinem „Doktorvater“ Herrn Prof. Dr. M. v. Rad.

Für die Hilfe bei der statistischen Auswertung der Daten bedanke ich mich bei Frau Dr. Dipl.-Psych. Claudia Schöchlin (Klinische Psychologie, Ludwig-Maximilian-Universität München) und Herrn Dipl.-Stat. Michael Hennig (Institut für Medizinische Statistik und Epidemiologie, TU München).

Ganz besonders herzlich möchte ich mich bei meiner Frau, Marianne Strobl-Marhold für die vielen guten Tipps und Ratschläge und die Mithilfe bei den Vorbereitungen und dem Sortieren der Fragebögen bedanken. Und dafür, dass sie die Geduld aufgebracht hat, diese lange arbeitsreiche Zeit für mich dazusein. Ebenso bei meinen Kindern Christine, Sebastian und Teresa, die so lange auf ihren Papa verzichten mussten.

Ich danke meinen Eltern, Rainer und Evi Strobl, insbesondere meiner Mutter für die Hilfe beim Eingeben der Daten, Klaus Marhold und Lisa Peter für das Einkouvertieren der Fragebögen.

Dem Personal des Postamtes in Seefeld danke ich für die unbürokratische Abwicklung bei der Bearbeitung der Rückantwortkouverts.

Last not least gilt mein Dank dem Personal des Kreiskrankenhauses Starnberg und der Frauenklinik in der Maistraße für die Unterstützung und allen Müttern, die sich die Zeit genommen haben, meinen Fragebogen zu beantworten.

9 Anhang

Anschreiben an die Mütter des Universitätsklinikums Maistraße (1 Seite)

Anschreiben an die Mütter des Kreiskrankenhauses Starnberg (1 Seite)

Fragebogen (8 Seiten)

**I. Frauenklinik
Klinikum Innenstadt**

Direktor: Prof. Dr. G. Kindermann

**Psychosomatische Geburtshilfe
und Gynäkologie:
Prof. Dr. M. Stauber**

_____ **LMU**
Ludwig _____
Maximilians _____
Universität _____
München _____

Klinikum Innenstadt - I. Frauenklinik - Maistraße 11 - 80337 München

Telefon 0 89 / 51 60-0
Durchwahl 0 89 / 51 60- 4111
Telefax 0 89 / 51 60-

28. Juli 1997

Sehr geehrte Mutter,

Sie haben vor kurzem in unserer Klinik ein Kind zur Welt gebracht und wir hoffen, daß Sie und Ihr Kind wohlauf sind. Schwangerschaft und Geburt sind keine Krankheiten, aber es können bei und auch nach Geburten verschiedene Störungen auftreten, die Mutter und Kind belasten. Wir Ärzte sind ständig bemüht, diese Störungen zu erforschen und unser Wissen zu erweitern, damit wir solche Komplikationen in Zukunft noch effektiver bekämpfen oder sogar verhindern können. Bei diesen Bemühungen sind wir auf Ihre Erfahrungen als Betroffene angewiesen und deshalb bitten wir Sie jetzt um Ihre Mithilfe.

„Komplikationen“, die relativ häufig bei einigen Müttern nach der Geburt auftreten, sind Stimmungsschwankungen, während andere Frauen wiederum nicht unter solchen Symptomen leiden. Wir wollen mit Ihrer Hilfe (in Zusammenarbeit mit der Psychosomatischen Poliklinik der Technischen Universität München und der Max-Planck-Gesellschaft Andechs) die Häufigkeit, die Ursachen und die näheren Zusammenhänge dieser unterschiedlichen Befindlichkeiten untersuchen. Deshalb bitten wir Sie, den beiliegenden Fragebogen auszufüllen und möglichst bis Ende August in dem beigefügten Antwortkuvert (das Porto zahlen wir) zurückzusenden. Ihre Daten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und nur anonymisiert ausgewertet. Damit wir uns gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt erneut für eine Rückmeldung an Sie wenden könnten, haben wir den Fragebogen lediglich mit einem Code verschlüsselt.

Bei den meisten Fragen haben wir Ihnen verschiedene Möglichkeiten zur Auswahl gegeben. Sie sollten einfach die Antwort kennzeichnen, die am besten für Sie zutrifft. An einigen Stellen werden Sie auf eine Skala nach folgendem Schema treffen: „nicht 1 2 3 4 5 sehr“. Dort sollten Sie diejenige Ziffer von 1 bis 5 kennzeichnen, die am besten auf Sie bzw. Ihre Situation zutrifft. In unserem Beispiel bedeutet 1 „gar nicht“, 5 „sehr viel“ oder „sehr oft“ und 2 bis 4 sind die Abstufungen dazwischen.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie sich die Zeit nehmen, den Fragebogen zu beantworten. Sie helfen uns damit, daß wir Mütter noch besser betreuen können. Schwangerschaft und Geburt sind für viele Frauen mit großen inneren und äußeren Veränderungen verbunden. Helfen Sie uns, die wichtige Zeit des Wochenbettes den Müttern so positiv wie möglich zu gestalten.

Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe und verbleiben mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. M. Stauber
Leitender Oberarzt der Klinik



Prof. Dr. med. M. v. Rad
Psychosomatische Poliklinik
der TU München



Prof. Dr. med. W. Schiefenhövel
Max-Planck-Gesellschaft

Dienstgebäude / Postanschrift:
Maistraße 11 · D-80337 München

VI

U-Bahnstation Sendlinger Torplatz o. Goetheplatz
S-Bahnstation Hauptbahnhof





Kreis Krankenhaus Starnberg · Obwaldstraße 1 · 82319 Starnberg

Frauenklinik

Chefarzt:
Prof. Dr. med. Friedrich-Wilhelm Dittmar

Ihre Zeichen: Ihre Nachricht vom: Bitte in der Antwort angeben
Unser Zeichen/Sachbearbeiter: Durchwahl: Datum: 28. Juli 1997
0 81 51 / 18 - 310

Sehr geehrte Mutter,

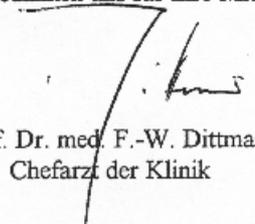
Sie haben vor kurzem in unserer Klinik ein Kind zur Welt gebracht und wir hoffen, daß Sie und Ihr Kind wohlauf sind. Schwangerschaft und Geburt sind keine Krankheiten, aber es können bei und auch nach Geburten verschiedene Störungen auftreten, die Mutter und Kind belasten. Wir Ärzte sind ständig bemüht, diese Störungen zu erforschen und unser Wissen zu erweitern, damit wir solche Komplikationen in Zukunft noch effektiver bekämpfen oder sogar verhindern können. Bei diesen Bemühungen sind wir auf Ihre Erfahrungen als Betroffene angewiesen und deshalb bitten wir Sie jetzt um Ihre Mithilfe.

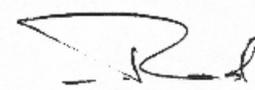
„Komplikationen“, die relativ häufig bei einigen Müttern nach der Geburt auftreten, sind Stimmungsschwankungen, während andere Frauen wiederum nicht unter solchen Symptomen leiden. Wir wollen mit Ihrer Hilfe (in Zusammenarbeit mit der Psychosomatischen Poliklinik der Technischen Universität München und der Max-Planck-Gesellschaft Andechs) die Häufigkeit, die Ursachen und die näheren Zusammenhänge dieser unterschiedlichen Befindlichkeiten untersuchen. Deshalb bitten wir Sie, den beiliegenden Fragebogen auszufüllen und möglichst bis Ende August in dem beigefügten Antwortkuvert (das Porto zahlen wir) zurückzusenden. Ihre Daten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und nur anonymisiert ausgewertet. Damit wir uns gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt erneut für eine Rückmeldung an Sie wenden könnten, haben wir den Fragebogen lediglich mit einem Code verschlüsselt.

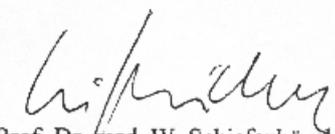
Bei den meisten Fragen haben wir Ihnen verschiedene Möglichkeiten zur Auswahl gegeben. Sie sollten einfach die Antwort kennzeichnen, die am besten für Sie zutrifft. An einigen Stellen werden Sie auf eine Skala nach folgendem Schema treffen: „nicht 1 2 3 4 5 sehr“. Dort sollten Sie diejenige Ziffer von 1 bis 5 kennzeichnen, die am besten auf Sie bzw. Ihre Situation zutrifft. In unserem Beispiel bedeutet 1 „gar nicht“, 5 „sehr viel“ oder „sehr oft“ und 2 bis 4 sind die Abstufungen dazwischen.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie sich die Zeit nehmen, den Fragebogen zu beantworten. Sie helfen uns damit, daß wir Mütter noch besser betreuen können. Schwangerschaft und Geburt sind für viele Frauen mit großen inneren und äußeren Veränderungen verbunden. Helfen Sie uns, die wichtige Zeit des Wochenbettes den Müttern so positiv wie möglich zu gestalten.

Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe und verbleiben mit freundlichen Grüßen


Prof. Dr. med. F.-W. Dittmar
Chefarzt der Klinik


Prof. Dr. med. M. v. Rad
Psychosomatische Poliklinik
der TU München


Prof. Dr. med. W. Schiefenhövel
Max-Planck-Gesellschaft

Telefon:
0 81 51 / 16 - 0

Bankkonto:
Kreissparkasse Starnberg (BLZ 700 540 80) Kto.-Nr. 430030288

Postbank
München (BLZ 700 100 80) Kto.-Nr. 22 24-803

Warum weinen manche Frauen nach der Geburt?

Daten zu Ihrer Person und Ihrem persönlichen Umfeld

1. Geburtsdatum Ihres Kindes? _____
2. Ihr Geburtsjahr? _____
3. Ihr Familienstand ledig verheiratet geschieden verwitwet
 zusammenlebend getrennt lebend
4. Wie viele andere Personen (z.B. Verwandte) leben mit Ihnen unter einem Dach? _____
Wie empfinden Sie diese Situation störend 1 2 3 4 5 hilfreich
5. Sind Sie berufstätig? ja nein
6. Wie sind Sie mit Ihren wirtschaftlichen Verhältnissen zufrieden? nicht 1 2 3 4 5 sehr
7. Leiden oder litten Sie jemals unter psychischen Krankheiten (z.B. Depressionen)? ja nein
Wann? _____
Um welche Erkrankung handelte es sich? _____

Gynäkologische Anamnese, frühere Schwangerschaften

1. Haben Sie Beschwerden, wenn Sie Ihre Periode haben? ja nein
2. Die wievielte Schwangerschaft war dies für Sie? _____
Wieviele Schwangerschaften wurden ausgetragen (einschließlich dieser)? _____
3. Traten in einer oder in mehreren Schwangerschaften Komplikationen auf? ja nein
Welche? _____
4. Ist ein oder sind mehrere Kinder bereits frühzeitig verstorben? ja nein
In welchem Alter? _____
5. Litten Sie nach einer früheren Geburt an Stimmungsschwankungen oder Depressionen? ja nein
Wann? _____
Wie äußerten sich diese? _____
Wie wurden Sie deswegen behandelt? _____

Letzte Schwangerschaft

1. War diese Schwangerschaft gewollt? ja nein

2. Handelte es sich bei dieser Schwangerschaft um eine Mehrlingsschwangerschaft? ja nein
3. Wurde bei Ihnen eine Fruchtwasseruntersuchung oder Chorionbiopsie durchgeführt? ja nein
 Gab es für diese Schwangerschaft besondere Risiken? ja nein
 Welche? _____
4. Nahmen Sie im Laufe der Schwangerschaft regelmäßig Medikamente ein? ja nein
 Welche Art von Medikamenten? _____
5. Traten während der Schwangerschaft Komplikationen auf (auch Operationen)? ja nein
 Welche? _____
6. Haben Sie die betreuenden Personen während der Schwangerschaft gewechselt? ja nein
 Warum? _____
7. Wie stark wurden Sie in der Schwangerschaft von Ihrem Lebenspartner, Freunden und/oder Familienangehörigen unterstützt? nicht 1 2 3 4 5 sehr
8. Mußten Sie Ihre Wohnung wechseln (z.B. aus Platzgründen)? ja nein
 Finden Sie, daß Ihnen und Ihrem Kind ausreichend Platz zu Verfügung steht? ja nein
9. Waren Sie während dieser Schwangerschaft berufstätig? ja nein
 Wieviele Stunden haben Sie wöchentlich gearbeitet? _____ Std.
10. Gab es während der Schwangerschaft Ereignisse, die Sie physisch und/oder psychisch sehr belastet haben? ja nein
 Welche? _____
11. Traten in der Schwangerschaft verfrühte Wehen auf? Wann? _____
12. Hatten Sie während der Schwangerschaft Stimmungsschwankungen oder Depressionen? ja nein
 Wann? _____
 Wie äußerten sich diese? _____
 Wie wurden Sie deswegen behandelt? _____
13. Traten sonst für Sie erwähnenswerte Ereignisse in der Schwangerschaft auf? ja nein
 Welche? _____
14. Wollen Sie weitere Kinder? ja nein

Geburt

1. Wo fand die Geburt statt? Kreiskrankenhaus Starnberg Frauenklinik Maistraße
 ambulante Entbindung andere: _____

2. Wurde die Geburt medikamentös eingeleitet oder verzögert? nein eingeleitet verzögert
Warum? _____

3. War Ihr Lebenspartner oder eine andere Bezugsperson während der Geburt anwesend? ja nein
Wie empfanden Sie diese Anwesenheit? störend 1 2 3 4 5 hilfreich

4. Von wem wurden Sie in der Klinik vornehmlich betreut (Arzt, Hebamme)? _____
Hat diese Person in dieser Zeit gewechselt (Schichtwechsel, andere Entbindung)? ja nein
Wie empfanden Sie diesen Wechsel? störend 1 2 3 4 5 hilfreich

5. Wurden während der Geburt Maßnahmen zur Schmerzbekämpfung ergriffen? ja nein
Welche Art (z.B. PDA, heiße Wanne)? _____

6. Wie empfanden Sie die Anstrengung bzw. die Schmerzen und die Dauer der Geburt?
äußerst anstrengend 1 2 3 4 5 weniger schlimm

7. Traten während der Geburt Komplikationen auf (z.B. falsche Kindslage)? ja nein
Welche? _____

8. Wie war der Geburtsmodus?
 spontan Zangengeburt Saugglockengeburt Kaiserschnitt
Falls Kaiserschnitt: Wurde ein Längs- oder ein Querschnitt gemacht? _____

9. Wurde ein Dammschnitt vorgenommen? Kam es zu einem Dammriß? nein Schnitt Riß

1. Was geschah unmittelbar nach der Geburt des Kindes (z.B. Kind auf Bauch, in Arm, zum Kinderarzt, zum Partner)? _____
Markieren Sie bitte die Zeiträume, in denen sich Ihr Kind nach der Geburt an Ihrem Körper befand?

--	--	--	--	--	--	--	--

Geburt 0 10 20 30 40 50 60 Minuten später

Wie empfanden Sie diesen ersten Kontakt? weniger beglückend 1 2 3 4 5 sehr beglückend

2. Hätten Sie sich einen intensiveren oder weniger intensiven Körperkontakt während dieses Zeitraums gewünscht? nein intensiver weniger intensiv

3. Entsprach der Geburtstermin dem errechneten Termin? ja früher später
Abweichung? _____Tage
4. Kam Ihr Kind gesund zur Welt? ja nein
Welche Erkrankung/Behinderung? _____
5. Mußte Ihr Kind kurz nach der Geburt operiert werden? ja nein
6. Mußte Ihr Kind auf einer Kinderstation behandelt werden? ja nein

Wochenbett in der Klinik

1. Wie waren Sie auf der Wochenstation untergebracht?
 Einzelzimmer Mehrbettzimmer mit _____ Betten
2. Wie wohl fühlten Sie sich während der Zeit auf der Wochenstation? nicht 1 2 3 4 5 sehr wohl
3. Hätten Sie sich mehr oder weniger Besuch gewünscht? nein mehr weniger
4. Empfanden Sie einige Besuche als belastend? ja nein
Welche und warum? _____
5. Wie stark wurden Sie in der Zeit auf der Wochenstation von Ihrem Lebenspartner oder einer anderen Bezugsperson unterstützt? nicht 1 2 3 4 5 sehr
6. Wie viele Stunden pro Tag hatten Sie während Ihres Klinikaufenthaltes Körperkontakt zu Ihrem Kind?
_____Std.
Verbrachte Ihr Kind die Nacht in Ihrem Klinikzimmer (Rooming-in) bzw. in Ihrem Krankenbett (Bedding-in)? nein Rooming-in Bedding-in
Wie empfanden Sie diese Regelung? störend 1 2 3 4 5 hilfreich
7. Hätten Sie sich einen intensiveren oder weniger intensiven Körperkontakt während Ihres Klinikaufenthaltes gewünscht? nein intensiver weniger intensiv
8. Haben Sie Ihr Kind gestillt? ja nein
Wann haben Sie Ihr Kind zum ersten Mal an die Brust angelegt? nach _____Min. **oder** Std.
Von wem ging der Impuls zum ersten Stillen aus? von Ihnen von Ihrem Kind
 von der Hebamme _____
Bis zu welchem Alter haben Sie Ihr Kind weitgehend voll gestillt? _____

Wie kamen Sie mit dem Stillen zurecht? nicht gut 1 2 3 4 5 sehr gut

Welche Probleme traten beim Stillen auf? _____

9. Erkrankte Ihr Kind in der ersten Zeit nach der Geburt? ja nein

Art der Erkrankung? _____

Mußte es deswegen stationär behandelt werden? gleiche Klinik andere Klinik nein

10. Erkrankten Sie in der ersten Zeit nach der Geburt? ja nein

Art der Erkrankung? _____

11. Am wievielten Tag nach der Geburt haben Sie die Wochenstation verlassen? _____

12. Hätten Sie die Klinik gerne früher oder später verlassen? nein früher später

13. Hatten Sie während der Zeit auf der Wochenstation Stimmungsschwankungen oder Depressionen?

ja nein

Wann? _____

Wie äußerten sich diese? _____

Wie wurden Sie deswegen behandelt? _____

14. Gab es Ereignisse, die Sie physisch und/oder psychisch sehr belastet haben? ja nein

Welche? _____

15. Traten sonst für Sie erwähnenswerte Ereignisse im Wochenbett auf? ja nein

Welche? _____

Zu Hause

1. Mußte Ihr Kind noch weiterhin stationär behandelt werden? ja nein

2. Wurden Sie zu Hause von Verwandten oder Freunden unterstützt? ja nein

Wie empfanden Sie diese Hilfe? störend 1 2 3 4 5 hilfreich

3. Wie stark fühlten Sie sich zu Hause belastet? nicht 1 2 3 4 5 sehr

4. Wie harmonisch war in dieser Zeit Ihre Partnerschaft? problematisch 1 2 3 4 5 harmonisch

5. Wie viele Stunden pro Tag hatten Sie während der ersten Zeit zu Hause Körperkontakt zu Ihrem Kind?

_____ Std.

Wo schlief Ihr Kind (z.B. Kinderzimmer, Schlafzimmer, Ehebett)? _____

6. Hätten Sie sich einen intensiveren oder weniger intensiven Körperkontakt während dieser Zeit gewünscht? nein intensiver weniger intensiv

7. Wann haben Sie wieder angefangen zu arbeiten? _____

Wie zufrieden sind Sie mit dieser Situation, daß Sie wieder arbeiten bzw. daß Sie nicht wieder arbeiten? nicht 1 2 3 4 5 sehr zufrieden

Entstanden durch Ihre Beschäftigung Probleme (Stillen, Haushalt)? ja nein

Welche? _____

8. Nahmen Sie in der ersten Zeit zu Hause Medikamente ein? ja nein

Welche Art von Medikamenten? _____

9. Hatten Sie während der Zeit zu Hause Stimmungsschwankungen oder Depressionen? ja nein

Wann? _____

Wie äußerten sich diese? _____

Wie wurden Sie deswegen behandelt? _____

10. Traten sonst irgendwelche für Sie erwähnenswerte Komplikationen auf? ja nein

Welche? _____

11. Konnten Sie sich gut an die genannten Ereignisse erinnern? nicht 1 2 3 4 5 sehr gut

Fragen zu Ihren persönlichen Stimmungen und Stimmungsschwankungen

Betrachten Sie bitte die Tabelle auf der nächsten Seite und kennzeichnen Sie die Zeiträume nach der Geburt, in denen Sie an den entsprechenden Symptomen gelitten haben mit einem „+“. Sie haben auch die Möglichkeit, weitere Symptome, die in der Tabelle nicht aufgeführt sind, hinzuzufügen.

Anschließend beantworten Sie bitte noch kurz die Fragen der beiden angefügten Stimmungsskalen (BDI und EPDS). Hierbei müssen Sie nur die Antwort, die am besten auf Sie zutrifft, ankreuzen.

Falls Sie noch Anmerkungen zu bestimmten Ereignissen, Situationen oder zum Fragebogen selbst machen möchten, können Sie dies frei auf den folgenden Zeilen tun oder ein weiteres Blatt beifügen.

Vielen Dank für Ihre Mühe und Ihre Mitarbeit!

Bitte kennzeichnen Sie in der folgenden Tabelle die Zeiträume nach der Geburt, in denen Sie an den entsprechenden Symptomen gelitten haben, mit einem „+“. Wenn Sie sich nicht mehr genau an den Zeitpunkt erinnern können, markieren Sie bitte mit einem Fragezeichen („?“).

Symptom	1. bis 7. Tag							2. bis 4. Woche			2. bis 3. Monat	
	1. T.	2. T.	3. T.	4. T.	5. T.	6. T.	7. T.	2. W.	3. W.	4. W.	2. M.	3. M.
Ängstlichkeit												
Alpträume												
Appetitverlust												
Depressionen												
Einsamkeit												
Kopfschmerzen												
Müdigkeit												
Reizbarkeit												
Schlafstörungen												
Schreckhaftigkeit												
Schuldgefühle												
Traurigkeit												
Verstimmungen												
Verwirrung												
Weinen												

EPDS

Nachdem Sie kürzlich ein Baby hatten, würden wir gerne wissen, wie Sie sich fühlen. Bitte, unterstreichen Sie die Antwort, die am ähnlichsten beschreibt, wie Sie sich in den letzten sieben Tagen gefühlt haben, nicht nur wie Sie sich heute fühlen:

IN DEN LETZTEN SIEBEN TAGEN

1. Ich könnte lachen und die komische Seite von Dingen sehen.
So viel wie bisher
Nicht ganz wie früher
Entschieden nicht so sehr wie bisher
Überhaupt nicht:
2. Ich habe mich auf Dinge im Voraus gefreut:
So viel wie bisher
Wohl weniger als gewöhnlich
Entschieden weniger wie bisher
Kaum mehr
3. Ich habe mich unnötiger Weise schuldig gefühlt, wenn Dinge schief gingen
Ja, meistens
Ja, gelegentlich
Nicht sehr oft
Nein, niemals
4. Ich war ängstlich oder besorgt ohne guten Grund:
Nein, gar nicht
Kaum
Ja, gelegentlich
Ja, sehr oft
5. Ich habe mich gefürchtet oder war in Panik ohne guten Grund:
Ja, sehr häufig
Ja, gelegentlich
Nein, nicht viel
Nein, überhaupt nicht
6. Dinge wurden mir zuviel:
Ja, meistens konnte ich die Situation nicht meistern
Ja, gelegentlich konnte ich die Dinge nicht so gut meistern wie sonst
Nein, meistens konnte ich die Situation meistern
Nein, ich bewältige Dinge so gut wie immer
7. Ich war so unglücklich, daß ich nur schlecht schlafen konnte:
Ja, meistens
Ja, gelegentlich
Nein, nicht sehr häufig
Nein, gar nicht
8. Ich habe mich traurig oder elend gefühlt:
Ja, meistens
Ja, gelegentlich
Nein, nicht sehr häufig
Nein, gar nicht
9. Ich war so unglücklich, daß ich weinte:
Ja, den größten Teil der Zeit
Ja, sehr häufig
Nur gelegentlich
Nein, nie
10. Der Gedanke, mir etwas anzutun, ist mir gekommen:
Ja, recht häufig
Gelegentlich
Kaum jemals
Niemals

BDI

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre gegenwärtige Stimmungslage.

Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Suchen Sie dann die eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in dieser Woche einschließlich heute gefühlt haben und kreuzen Sie die dazugehörige Ziffer (0, 1, 2 oder 3) an. Falls mehrere Aussagen einer Gruppe gleichermaßen zutreffen, können Sie auch mehrere Ziffern markieren. Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

- A**
- 0 Ich bin nicht traurig
 1 Ich bin traurig
 2 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los
 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, daß ich es kaum noch ertrage.
- B**
- 0 Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.
 1 Ich sehe mutlos in die Zukunft.
 2 Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.
 3 Ich habe das Gefühl, daß die Zukunft hoffnungslos ist, und daß die Situation nicht besser werden kann.
- C**
- 0 Ich fühle mich nicht als Versager.
 1 Ich habe das Gefühl, oft versagt zu haben als der Durchschnitt.
 2 Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge.
 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.
- D**
- 0 Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher.
 1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
 2 Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.
 3 Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.
- E**
- 0 Ich habe keine Schuldgefühle.
 1 Ich habe häufig Schuldgefühle.
 2 Ich habe fast immer Schuldgefühle.
 3 Ich habe immer Schuldgefühle
- F**
- 0 Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein.
 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
 2 Ich erwarte, bestraft zu werden.
 3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein
- G**
- 0 Ich bin nicht von mir enttäuscht.
 1 Ich bin von mir enttäuscht.
 2 Ich finde mich fürchterlich.
 3 Ich hasse mich.
- H**
- 0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen
 1 Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen.
 2 Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.
 3 Ich gebe mir für alles die Schuld, was schief geht.
- I**
- 0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
 1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.
 2 Ich möchte mich am liebsten umbringen
 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit hätte
- J**
- 0 Ich weine nicht öfter als früher.
 1 Ich weine jetzt mehr als früher.
 2 Ich weine jetzt die ganze Zeit.
 3 Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte

- K**
- 0 Ich bin nicht reizbarer als sonst.
 1 Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher.
 2 Ich fühle mich dauernd gereizt.
 3 Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.
- L**
- 0 Ich habe mich das Interesse an Menschen verloren.
 1 Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher.
 2 Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren.
 3 Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.
- M**
- 0 Ich bin so entschlußfreudig wie immer.
 1 Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter als früher auf.
 2 Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.
 3 Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.
- N**
- 0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszu-sehen als früher.
 1 Ich mache mir Sorgen, daß ich alt oder unattraktiv aussehe.
 2 Ich habe das Gefühl, daß Veränderungen in meinem Aussehen eintreten, die mich häßlich machen
 3 Ich finde mich häßlich.
- O**
- 0 Ich kann so gut arbeiten wie früher
 1 Ich muß mir einen Rückgeen, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme.
 2 Ich muß mich zu jeder Tätigkeit zwingen.
 3 Ich bin unfähig zu arbeiten.
- P**
- 0 Ich schlafe so gut wie sonst.
 1 Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.
 2 Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen
 3 Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.

- Q**
- 0 Ich ermüde nicht stärker als sonst.
 1 Ich ermüde schneller als früher.
 2 Fast alles ermüdet mich.
 3 Ich bin zu müde, um etwas zu tun.
- R**
- 0 Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.
 1 Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.
 2 Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen
 3 Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr
- S**
- 0 Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen.
 1 Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen.
 2 Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen.
 3 Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen.
 Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen:
 JA NEIN
- T**
- 0 Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst.
 1 Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung.
 2 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, daß es mir schwerfällt, an etwas anderes zu denken.
 3 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, daß ich an nichts anderes mehr denken kann.
- U**
- 0 Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt
 1 Ich interessiere mich weniger für Sex als früher
 2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex
 3 Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.

Summenwert

Vielen Dank für Ihre Mühe und Ihre Mitarbeit!