

Worum es in diesem Buch geht

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

So begann ein Brief, den ich (A. R.) zu Beginn meiner Tätigkeit am Universitätsklinikum in Bonn von einer betroffenen Frau bekam. Über meine Berufung auf eine Forschungsprofessur und die damit verbundene Einrichtung der Abteilung »Gynäkologische Psychosomatik« war vorab in der lokalen Presse berichtet worden und auch über die Forschungsgebiete, mit denen ich mich beschäftigen würde. Die Briefeschreiberin berichtete über die schwere Depression nach ihrer ersten Entbindung und den Versuch, ihrem Leben ein Ende zu setzen, der nur mit viel Glück nicht zum Ziel geführt hatte. Wir werden diese betroffene Mutter bei den Fallbeispielen noch einmal treffen.

In den Jahren danach haben meine Mitarbeiterinnen, zu denen von Anfang an meine Mitautorin Almut Dorn gehörte, und ich in der Gynäkologischen Psychosomatik der Universitätsfrauenklinik in Bonn weit über tausend Patientinnen mit Depressionen und anderen psychischen Störungen nach der Entbindung behandelt. Ganz oft berichten sie über sehr ähnliche depressive Symptome und Erlebnisweisen, die aber wegen der Begleitsymptomatik bzw. der Gesamtgeschichte zu ganz unterschiedlichen Diagnosen führen können.

Dennoch, die daraus entstehenden Probleme in der Familie sind sich sehr ähnlich. Immer wieder hören wir von Veränderungen in der Selbstwahrnehmung, von Verunsicherung, von Problemen im sozialen Umfeld

bis hin zu dauerhaften Familienkrisen. Es werden fast immer die gleichen Fragen gestellt, wie etwa nach den Ursachen, nach Behandlungsmöglichkeiten oder auch nach der Wahrscheinlichkeit, dass eine solche Problematik später noch einmal auftreten kann. Diese und ähnliche Fragen zu beantworten, Hintergründe zu erhellen und damit Ängste zu nehmen, ist Ziel dieses Buches. Die Lektüre ersetzt nicht die Behandlung, wenn eine solche erforderlich ist. Vielmehr soll damit Unterstützung beim Erkennen von Art und Ausmaß bestehender psychischer Probleme geboten werden. Und es sollen Wege aufgezeigt werden, wie und wo man sich frühzeitig Hilfe holen kann.

Im Vergleich zur Voraufgabe (»Postnatale Depressionen und andere psychische Probleme«) hat sich der Titel des Ratgebers geändert, weil wir bei der vollständigen Überarbeitung den Fokus noch mehr auf die postpartalen Depressionen gelegt haben. Im Mittelpunkt dieses Buches stehen also Depressionen, weil sie einerseits das häufigste psychische Problem nach der Geburt darstellen und oftmals einen erheblichen Leidensdruck erzeugen, und weil sich andererseits fast jeder etwas darunter vorstellen kann. Wir werden sie in all ihren Facetten, mit all ihren »Gesichtern« beschreiben: Als Depression ohne nachvollziehbare Ursache, sozusagen »aus heiterem Himmel« nach einer unkomplizierten Schwangerschaft und Geburt, als depressive Episode im Rahmen einer wiederkehrenden depressiven Erkrankung, als Depression, die sich wahnhaft entwickelt, als Depression, die nach einer traumatisch erlebten Geburt auftritt und als Depression nach einem belastenden Ereignis, wie etwa dem Verlust eines Kindes. Eine wichtige Botschaft findet sich schon hier: Depression ist nicht gleich Depression, und man muss genauer hinschauen, um eine verlässliche Diagnose zu stellen und die richtige Behandlung einzuleiten. Das ist üblicherweise Aufgabe eines Arztes oder einer Psychotherapeutin.

Doch Sie selbst und auch Ihre Angehörigen können bereits erste Hinweise sammeln und vor allem die Dringlichkeit der Probleme erkennen, wenn Sie sich informiert haben und auskennen. Dazu wollen wir beitragen. Sie sollen erfahren, wann auftretende depressive Symptome krankheitswertig sind, wo man sich Hilfe holen kann, wie eine Behandlung aussehen könnte und welche zusätzlichen Unterstützungsmöglichkeiten es gibt. Um dies weniger theoretisch und möglichst gut nachvoll-

ziehbar zu machen, haben wir nicht nur eine Reihe von Fällen aus unserer klinischen Praxis beschrieben, sondern auch verschiedene unserer Patientinnen gefragt, ob sie etwas von ihren Erfahrungen berichten können. Was hätte ihnen geholfen, wenn sie es von einer betroffenen Frau gehört oder gelesen hätten? Was ist ihre Botschaft an andere Betroffene? Möglicherweise wird es leichter, sich um Hilfe zu bemühen, wenn man sieht, wie es anderen Frauen und ihren Familien ergangen ist. Dabei kann das Wissen von Bedeutung sein, wie schnell man mit der richtigen Hilfe aus der Falle der postpartalen Depression oder sonstigen psychischen Problematik nach der Entbindung herauskommen kann. Und ebenso hilfreich kann es sein, die Schilderungen der Frauen zu lesen, die lange versucht haben, alles mit sich allein auszumachen, und die einen langen und schwierigen Weg bis zur Genesung gegangen sind. Diese Erfahrungsberichte – persönlich verfasst von den betroffenen Frauen – finden Sie am Ende des Buches.

Noch ein Wort zum »Gendern«: Wir haben uns entschlossen, auf Gendersternchen oder ähnliches zu verzichten und stattdessen die weiblichen und männlichen Berufsbezeichnungen im Wechsel zu verwenden, ohne dabei eine bestimmte Systematik einzuhalten. Bei der konsequenten Verwendung beider Formen wären die Texte oftmals unübersichtlich und schlecht lesbar geworden. Es versteht sich von selbst, dass jeweils alle Geschlechter gemeint sind.

Das gleiche trifft übrigens für die Verwendung des Begriffes »Partner« zu. Wir sind uns darüber im Klaren, dass heute Regenbogenfamilien in vielen Konstellationen existieren, und wir wissen aus der praktischen Arbeit mit gleichgeschlechtlichen Paaren, dass diese im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung unter den gleichen Problemen leiden können wie heterosexuelle. Allerdings haben wir uns – wieder im Sinne der besseren Lesbarkeit – dagegen entschieden, aus dem Partner (mit dem sowohl der Ehe- als auch der Lebenspartner gemeint ist) die Formulierung »der Partner/die Partnerin« zu machen. Doch selbstverständlich sind bei den entsprechenden Ausführungen immer auch Partnerinnen bzw. Ehefrauen gemeint.

Und noch ein letzter Hinweis: Auf ein Stichwortverzeichnis haben wir aus Gründen der Praktikabilität verzichtet. Wenn Sie jedoch nach einem speziellen Aspekt suchen, schauen Sie im ausführlichen Inhaltsverzeichnis

nach. Gegebenenfalls helfen Ihnen auch die weiterführenden Informationen in ► Kap. 11.

Anke Rohde und Almut Dorn, Frühjahr 2025

1 Hilfreiche Erläuterungen zu Beginn

Darum geht es

Trotz aller unserer Bemühungen um eine verständliche Sprache und den Versuch, auch die Fallbeschreibungen für sich sprechen zu lassen, könnten die Ausführungen manchmal verwirrend sein, z. B., wenn die Begriffe sehr ähnlich sind. Deshalb möchten wir in diesem einleitenden Kapitel einige Begriffe und Erklärungsmodelle näher erläutern, die wir bei den weiteren Schilderungen verwenden. Natürlich müssen Sie die nicht zu Beginn lesen, Sie können auch später bei Bedarf darauf zurückkommen.

Postpartale Depressivität ist nicht gleich postpartale Depression

Liest man von postpartalen Depressionen (bzw. postnatalen Depressionen), dann finden sich in der Regel Häufigkeitsangaben um die 12 bis 15 % – danach ist etwa jede 7. Frau nach der Geburt eines Kindes depressiv. Richtigerweise müsste es aber »postpartale Depressivität« heißen, weil es sich dabei *nicht* um die *Diagnose »Depression«* nach anerkannten wissenschaftlichen Kriterien handelt, sondern um *depressive Symptome*.

Üblicherweise wird für die Erfassung postpartaler Depressivität die EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) eingesetzt, ein einfach zu verwendender sogenannter Screening-Fragebogen. Mit Beantwortung der zehn kurzen Fragen der Skala zum Befinden in den letzten sieben Tagen ergeben sich erste Hinweise darauf, ob depressive bzw. damit verwandte Symptome vorhanden sind. Auch wir verwenden die EPDS sehr gerne, weil sie für die betroffene Frau mit wenig Aufwand verbunden und leicht auszuwerten ist.

Ziel eines solchen Screening-Fragebogens ist die schnelle Klärung, ob eine etwas aufwendigere Diagnostik im Hinblick auf eine Depression sinnvoll ist, z. B. die Anwendung weiterer Fragebögen. Auch in manchen ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxen wird die EPDS eingesetzt, um erste Anhaltspunkte zu haben, ob eine weitere ausführliche Diagnostik sinnvoll ist.

Von der Diagnose »postpartale Depression« kann man erst sprechen, wenn die üblichen Diagnosekriterien, wie sie von der ICD (Internationale Klassifikation von Krankheiten, das Diagnoseinstrument der WHO = Weltgesundheitsorganisation) für eine Depression festgelegt wurden, erfüllt sind. Diese sind Standard in jeder Praxis und Klinik.

Von den 12 bis 15% postpartaler Depressivität lt. EPDS sind nach weiterer Diagnostik etwa die Hälfte (6 bis 8%) krankheitswertig und behandlungsbedürftig. So etwa, weil die Kriterien einer depressiven Episode nach ICD erfüllt sind oder die einer verwandten Störung, die mit depressiven Symptomen einhergeht; zu nennen sind hier beispielsweise Angsterkrankungen.

Die EPDS – erster Schritt zur Erkennung von Problemen

Die EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, der von der betroffenen Frau ausgefüllt wird. Durch die

einfache Auswertung kann sie selbst bereits erkennen, ob möglicherweise eine behandlungsbedürftige depressive Problematik vorliegt.

Den zehn Fragen der EPDS sind Punktwerte zugeordnet, die bei jeder Frage zwischen 0 und 3 liegen können. Diese werden zusammengezählt und so ein Gesamtwert ermittelt, der also zwischen 0 und 30 liegen kann. Wenn Sie einen Wert über 12 oder 14 erreichen, sollten Sie ernsthaft das Vorliegen einer Depression in Erwägung ziehen. Auf jeden Fall sollte eine genauere diagnostische Abklärung erfolgen. Liegt der Wert bei 20 oder höher, kann man schon ziemlich sicher sagen, dass Unterstützung Not tut, weil die Depressivität ein Ausmaß erreicht hat, das wahrscheinlich nicht mehr so ohne weiteres von selbst abklingen wird. Wichtig ist aber der Hinweis, dass allein aus diesem Fragebogen *keine Diagnose* abgeleitet werden kann; das kann letzten Endes nur ein Arzt oder eine Psychotherapeutin tun.

Selbsttest »Stimmung nach der Geburt« (EPDS)

In den letzten 7 Tagen

(oder in den Tagen seit der Geburt, wenn diese weniger als 7 Tage her ist):

1) konnte ich lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen

- 0 ☐ so wie ich es immer konnte
- 1 ☐ nicht ganz so wie sonst immer
- 2 ☐ deutlich weniger als früher
- 3 ☐ überhaupt nicht

2) konnte ich mich so richtig auf etwas freuen

- 0 ☐ so wie immer
- 1 ☐ etwas weniger als sonst
- 2 ☐ deutlich weniger als früher
- 3 ☐ kaum

**3) fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas schief-
lief**

- 3 ☐ ja, meistens
- 2 ☐ ja, manchmal
- 1 ☐ nein, nicht so oft

0 ☐ nein, niemals

4) war ich aus nichtigen Gründen ängstlich und besorgt

0 ☐ nein, überhaupt nicht

1 ☐ selten

2 ☐ ja, manchmal

3 ☐ ja, häufig

5) erschrak ich leicht bzw. reagierte panisch aus unerfindlichen Gründen

3 ☐ ja, oft

2 ☐ ja, manchmal

1 ☐ nein, nicht oft

0 ☐ nein, überhaupt nicht

6) überforderten mich verschiedene Umstände

3 ☐ ja, die meiste Zeit war ich nicht in der Lage, damit fertig zu werden

2 ☐ ja, manchmal konnte ich damit nicht fertig werden

1 ☐ nein, die meiste Zeit konnte ich gut damit fertig werden

0 ☐ nein, ich wurde so gut wie immer damit fertig

7) war ich so unglücklich, dass ich nicht schlafen konnte

3 ☐ ja, die meiste Zeit

2 ☐ ja, manchmal

1 ☐ nein, nicht sehr oft

0 ☐ nein, überhaupt nicht

8) habe ich mich traurig und schlecht gefühlt

3 ☐ ja, die meiste Zeit

2 ☐ ja, manchmal

1 ☐ selten

0 ☐ nein, überhaupt nicht

9) war ich so unglücklich, dass ich geweint habe

3 ☐ ja, die ganze Zeit

2 ☐ ja, manchmal

1 ☐ nur gelegentlich

0 ☐ nein, niemals

10) überkam mich der Gedanke, mir selbst Schaden zuzufügen

3 ☐ ja, ziemlich oft

2 ☐ manchmal

- 1 ☐ kaum
0 ☐ niemals

Bewertung:

Nach Zusammenzählen der Zahlen kann der Wert zwischen 0 und 30 liegen.

Liegt der **Wert bei 12 oder niedriger**, könnte es sich um vorübergehende, leichte depressive Symptome handeln. Am besten noch etwas abwarten, möglichst für Entlastung sorgen und den Test nach einer Woche wiederholen.

Liegt der **Wert über 12** oder sogar deutlich über 12, möglichst einen Arzt oder eine Psychotherapeutin zu Rate ziehen, die eine genauere Depressionsdiagnostik durchführen können.

Liegt der **Wert um 20 oder höher**, ist dringend zu empfehlen, ärztliche oder psychologische Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Eine Depression oder eine verwandte Erkrankung, die mit depressiven Symptomen einhergeht, ist ziemlich wahrscheinlich.

Quelle: Bergant et al. (1998) Deutschsprachige Fassung und Validierung der »Edinburgh postnatal depression scale«, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 123(3), S. 35–40.

Info

Download des Selbstbeurteilungsfragebogens EPDS zum Ausdrucken:
www.schatten-und-licht.de

Dort finden sich auch andere Selbsttests sowie Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten.

Bei den Fällen von postpartaler Depressivität, die *nicht* die diagnostischen Kriterien einer Depression oder anderen psychischen Störung erfüllen, handelt es sich in der Regel um *leichte Fälle*. Die depressiven Symptome sind nicht sehr ausgeprägt oder bestehen nur für kurze Zeit. Oftmals sind sie Ausdruck einer besonders intensiv empfundenen Unsicherheit in den ersten Tagen oder Wochen nach der Geburt, wobei die Mutter daran zweifelt, ob sie alles richtig macht und ob sie überhaupt eine gute Mutter

werden kann. Das kommt besonders häufig beim ersten Kind vor. Um die Entwicklung einer solchen leichten Depressivität zu einer behandlungsbedürftigen Depression zu verhindern, helfen vor allem Unterstützung und Zuwendung durch den Partner und die Familie.

Wie werden Diagnosen gestellt?

Nach dem Hinweis, dass die Feststellung von Symptomen noch keine Diagnose darstellt und dass auch ein Fragebogen wie die EPDS nicht »automatisch« zu einer Diagnose führt, wie sie von Ärzten, Psychotherapeutinnen und Krankenkassen im täglichen Arbeitsalltag verwendet wird, stellen Sie sich vielleicht die Frage, wie denn dann die Diagnose-Bezeichnungen zustande kommen, die Sie beispielsweise in Arztbriefen oder auf Krankschreibungen finden.

Vergleichsweise einfach, nämlich durch Anwendung des einheitlichen Diagnosesystems ICD (International classification of diseases = Internationale Klassifikation von Krankheiten), das Ärztinnen und Psychologen auf der ganzen Welt kennen. Diese ICD wird von der Weltgesundheitsorganisation (= WHO) herausgegeben und in größeren Abständen aktualisiert, und zwar unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Weiterentwicklung. Zurzeit wird noch die ICD-10 verwendet (also die 10. Auflage), da die bereits erschienene ICD-11 noch nicht für den deutschsprachigen Praxisalltag verfügbar ist.

Jede dieser ICD-Diagnosen hat eine entsprechende Codierung (in der Regel eine Kombination aus Buchstaben und Zahlen), was der leichten Verständigung im medizinischen und psychotherapeutischen Bereich dient; deshalb finden Sie sie auch in Behandlungsberichten und Arztbriefen.

Falls Sie selbst die Erfahrung gemacht haben, dass Ihre Erkrankung von unterschiedlichen Behandlern verschieden eingeordnet wurde, kann das beispielsweise mit der Schwierigkeit der endgültigen Bewertung einer Erkrankung zu tun haben – weil vielleicht das Bild nicht so typisch ist –