



Wochenbettdepression

Schnelles Erkennen und frühzeitige Therapie hilft Schlimmes zu verhindern

Pressekonferenz 19. April 2012

11 Uhr

Berlin



Pressemitteilung

Kontakt:

Ursula-Anne Ochel
Tel.: 030 3230 4270

Bundesgeschäftsstelle

Am Karlsbad 15 • 10785 Berlin
Fon 030 - 235 00 90 • Fax 030 - 23 50 09 44
presse@dptv.de • www.dptv.de
Deutsche Apotheker- und Ärztebank Berlin
BLZ 100 906 03 • Konto 000 682 8914
Steuernummer 27/620/58340

Wochenbettdepression

Schnelles Erkennen und frühzeitige Therapie hilft Schlimmes zu verhindern

Berlin, 19. April 2012. Zehn bis 15 Prozent der jungen Mütter entwickeln nach der Geburt eine Wochenbettdepression (Postpartale Depression). Wirksam dagegen vorgegangen werden kann mit einer Psychotherapie und ggf. medikamentöser Begleitung. „Dies Krankheitsbild wird oft unterschätzt, kann aber zu dramatischen Folgen bei den Frauen, Kindern und Familien führen“, sagte Dipl.-Psych. Best, Bundesvorsitzender der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPTV) heute in Berlin. „Geholfen werden kann den Frauen, wenn die Krankheit schnell erkannt und behandelt wird“. Nach wie vor sei es aber oft schwierig, zügig einen Therapieplatz bei einem Kassenpsychotherapeuten zu erhalten. Grund ist die verfehlte Bedarfsplanung, die in vielen Gebieten Deutschlands keine weiteren Zulassungen ermöglicht. Best wies darauf hin, dass es den Ausweg über die sog. Kostenerstattungsverfahren gibt. Dazu muss bei der Krankenkasse ein Antrag gestellt werden, dem zugestimmt werden muss, wenn nicht zeitnah ein Therapeut mit Kassenzulassung erreicht werden kann.

Beatrix Nitze, eine Mutter, die diesen Weg ging, schilderte bei der Pressekonferenz in Berlin, welches Leid und wie viel Angst ihr die postpartale Depression verursacht hat. Sie fühlte sich nach der Geburt außerstande, ihr Kind anzunehmen oder wahrzunehmen. Ihre Vorstellungen gingen bis hin zum Gedanken an Suizid. „Es war schrecklich“, betonte sie und berichtete, dass erst die schnelle Hilfe durch eine approbierte, aber nicht als Kassenpsychotherapeutin zugelassene Dipl.-Psychologin ihr den Weg aus der Depression ermöglichte. Heute hat sie



die Krankheit überstanden und kann ihr Kind annehmen. Ihr Anliegen ist es, dass besser über dieses Krankheitsbild informiert wird und die jungen Mütter wissen, dass die auftretenden Schuld- und Angstgefühle Teil des Krankheitsgeschehens ist.

Der Frankfurter Gynäkologe Dr. med. Thomas Bicker arbeitet in seiner Praxis auch psychotherapeutisch mit betroffenen Frauen. Er legte dar, mit welcher unterschiedlichen Gesichtern die Wochenbettdepression auftritt. „Das Gesamtbild der postpartalen Depression wird heute von einem sog. Bio-psycho-sozialen Modell heraus erklärt, was allerdings auch bedeutet, dass meist eine oder wenige spezifische Ursachen nicht zu identifizieren sind.“ Das schnelle Erkennen und eine zielgerichtete Therapie helfe, schlimme Folgen zu verhindern.

Die Psychotherapeutin Dipl.-Psych. Eva Martin verdeutlichte, dass eine postpartale Depression auch noch lange nach der Geburt auftreten kann. „Da die Postpartale Depression häufig erst zwischen dem dritten und sechsten Monat nach der Geburt mit stark wahrnehmbaren Symptomen auftritt und von vielen Frauen aus Scham- und Schuldgefühlen verschwiegen wird, besteht ein Problem bei der Erfassung der Erkrankung und damit die Gefahr der Chronifizierung.“. Eva Martin plädiert für vermehrte multiprofessionelle Zusammenarbeit, beispielsweise mit Hebammen, Gynäkologen und Krankenhäusern, um den Frauen rechtzeitig Hilfe zuteil werden zu lassen.

Fragen? Interviewwünsche? Bitte rufen Sie an:

Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPTV)

Ursula-Anne Ochel, Tel.: 030 – 3230 4270 oder 0171 – 322 43 46

E-Mail: Psychotherapeuten_dptv_presse@t-online.de



Ihre Gesprächspartner

Dipl.-Psych. Dieter Best

Bundvorsitzender Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPTV)

Dr. med. Thomas Bicker

Gynäkologe, Psychotherapeut

Dipl.- Psych. Eva Martin

Psychotherapeutin

Beatrix Nitze

Patientin

Ursula-Anne Ochel

Hauptstadtbüro für Kommunikation und Politik im Gesundheitswesen
Moderation



Statement

Dipl.-Psych. Dieter Best

Bundesvorsitzender der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung

Schnelle Therapieaufnahme ist auch bei Postpartalen Depressionen wichtig

Ein Krankheitsbild, das häufig unterschätzt wird, das aber die betroffenen Frauen, ihre Partner und Familien großen Problemen aussetzt, ist eine Depression nach einer Geburt, die sog. postpartale oder postnatale Depression. Es ist diesen Frauen unmöglich, sich so zu fühlen und sich so zu verhalten, wie es von einer Frau, die ein Kind geboren hat, erwartet wird und wie sie es von sich selbst erwarten. Statt Freude zeigen sich Symptome wie Antriebsschwäche, Freudlosigkeit, Interesselosigkeit, Schlafstörungen, sozialer Rückzug, Reizbarkeit und innere Unruhe, unbestimmte Angst. Als ganz besonders quälend werden Schuldgefühle gegenüber dem Neugeborenen und der Familie empfunden. Angehörige reagieren oft mit Hilflosigkeit. Oft versuchen diese Frauen deshalb, die Symptome zu verbergen, was die Situation aber nur noch unerträglicher macht.

Das Krankheitsbild zeigt sich in unterschiedlicher Form und Ausprägung. Vorübergehende Stimmungseinbrüche werden auch als „Baby-Blues“ bezeichnet. Nach der wissenschaftlichen Literatur sind etwa 30 Prozent der Frauen betroffen. Hier besteht in der Regel keine Behandlungsbedürftigkeit.

Von einer regelrechten postpartalen oder postnatalen Depression, die nach der Studienlage bei etwa 10 bis 15 Prozent der Frauen vorkommt, spricht man, wenn sich anhaltende depressive Symptome direkt nach der Geburt oder einige Zeit danach einstellen. Nicht selten kommen Zwangsgedanken und –impulse hinzu, dem Kind etwas antun zu müssen. Meist verschweigen dies die davon betroffenen Frauen, weil sie nicht als „verrückt“ oder gefährlich gehalten werden wollen. Diese Symptomatik kann als äußerst quälend empfunden werden.

In sehr seltenen Fällen von etwa 0,1 bis 0,3 Prozent kommt es zu einer postnatalen Psychose mit Wahnvorstellungen, Halluzinationen und völligem Rückzug.



Die postpartale Depression ist kein eigenständiges Krankheitsbild, sondern sie wird den Depressionen zugeordnet. Sie ist ein behandlungsbedürftiges Krankheitsbild, das leider oft aufgrund von Scham – und Schuldgefühlen der Frau erst spät geäußert und damit therapierbar wird. Jeder betroffenen Frau sollte eine Psychotherapie empfohlen werden.

Die Forschung zu den Ursachen und Risikofaktoren zeigt ein sehr uneinheitliches Bild: Weder das Alter der Frau, ihre soziale Herkunft und Ausbildung, der Familienstand, scheint einen Einfluss auf die Ausbildung einer postnatalen Depression zu haben. Auch ein Zusammenhang zum Verlauf der Schwangerschaft ist nicht nachgewiesen. Am ehesten ließ sich ein Zusammenhang zwischen psychischen Störungen in der Vorgeschichte und partnerschaftlichen Problemen nachweisen, jedoch sind auch hier die Ergebnisse nicht eindeutig.

Als Ursachen nimmt man an, dass biologische und psychische Ursachen zusammenwirken, nämlich sowohl somatisch die Umstellung im Hormonhaushalt als auch psychisch die Umstellung auf eine neue Lebenssituation mit einer großen Verantwortung und vielen Erwartungen an die neue Rolle.

Bei postpartalen Depressionen gilt, was bei allen Depressionen gilt: Eine Psychotherapie muss angeboten werden, am besten schon im Krankenhaus und durch qualifiziertes Personal, etwa durch einen psychotherapeutischen Konsiliardienst, den allerdings die wenigsten Krankenhäuser eingerichtet haben. Wegen der kurzen Verweildauer im Krankenhaus ist eine Psychotherapie meist nicht möglich, das Gespräch sollte jedoch darauf abzielen, über das Krankheitsbild aufzuklären und den Frauen Wege zu einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung aufzuzeigen und mit zu helfen, einen Therapieplatz zu bekommen. Eine rasche Therapieaufnahme scheitert aber oft schon an den langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz. Wenn es nicht gelingt, innerhalb kurzer Frist einen Therapieplatz zu erhalten, bietet sich auch die Möglichkeit an, sich an approbierte Psychotherapeuten zu wenden, die wegen der Beschränkungen der Bedarfsplanung keinen Kassensitz haben, wohl aber sämtliche Qualifikationen.

Wenn Versicherte eine Psychotherapie benötigen, in angemessener Frist aber keinen Therapieplatz erhalten, ist die Finanzierung der Leistung über das sog. Kostenerstattungsverfahren möglich. Die Krankenkasse ist dann verpflichtet, die Kosten zu übernehmen.





Statement

Beatrix Nitze

Patientin

„Es war schrecklich für mich“

Ich merkte zum Ende meiner letzten Schwangerschaft, dass ich mich anders verhalten habe, als bei den anderen beiden Schwangerschaften. Ich hatte nicht das Bedürfnis meinen Bauch zu streicheln, mit dem Kind zu sprechen oder die Kindsbewegungen zu merken. Ich freute mich nicht auf das Kind. Ich hatte immer die Hoffnung, dass sich das ändern würde, aber das passierte nicht.

Teilweise hatte ich die Gedanken, dass ich gar nicht schwanger sein wollte. Dabei hatten wir uns ganz bewusst für ein weiteres Kind entschieden.

Nach einer Feldgeburt vor einigen Jahren hatte ich ähnliche Symptome, von daher wusste ich, dass das nicht normal ist. Ich habe damals wegen Angst- und Panikattacken eine Therapie gemacht, die mir sehr geholfen hat.

Von meinen Schlafproblemen, der ständigen inneren Unruhe, empfundenen Geschmacksveränderungen und Geschmackssensationen und sogar Gewichtsabnahme habe ich dann meiner Hebamme erzählt

Sie riet mir, mich psychologisch beraten zu lassen. Allerdings habe ich ihr nicht vollständig meine Empfindungen geschildert, es war mir peinlich darüber zu sprechen. Auch meinem Mann habe ich nicht alles gesagt, auch meiner Umgebung nicht. Alle haben mich zum kommenden Kind beglückwünscht und ich fand es unerträglich, dass ich mich nicht freuen konnte. Ich wusste, dass das kein normaler Zustand ist. Die anderen Schwangerschaften verliefen ganz anders, da habe ich eine Beziehung zu den Kindern aufgebaut und mich sehr gefreut.

Ich hatte die Hoffnung, dass nach der Geburt alles ganz normal werden würde, so wie ich es kannte. Aber es kam ganz anders.

Auch die Geburt verlief anders als bei den vorhergegangenen. Ich fühlte mich, als wenn ich wegen einer Krankheit im Krankenhaus war und nicht wegen einer Geburt.

Beatrix Nitze



Und, ich konnte meinen Sohn nicht wahrnehmen. Ich habe ihn nicht riechen können, ich hatte überhaupt keine Gefühle. Ich war in einer Art Schauspielerrolle, um den Erwartungen meiner Umgebung gerecht zu werden. Aber es ging mir sehr schlecht dabei. Ich habe versucht, dagegen anzukämpfen. Ich habe probiert, eine Beziehung zum Kind aufzubauen, aber ich hatte keine Gefühle für ihn.

In meiner Verzweiflung habe ich nach allen möglichen Methoden gesucht, um die Gefühle zu wecken. Ich konnte den Kleinen nicht liebkosen, ich habe ihn nicht geküsst. Ich habe ihn gestillt, aber eigentlich war mir das zu viel. Ich habe mich schwer, kalt, dumpf gefühlt.

Als ich merkte, dass das alles nicht half, hatte ich in einer Nacht den Gedanken, dass die Lösung für unsere sonst glückliche Familie sein könnte, wenn der Kleine nicht mehr lebte. Vor Augen hatte ich das Bild, dass ich ihm die Decke über den Kopf ziehen könnte. Ähnliche Gedanken hatte ich mehrfach. Aber ich hatte ein schlechtes Gewissen und dachte mir, dass ich für mich das Problem lösen müsse. Im Nachhinein ist mir dieser Gedanke ganz schrecklich.

Wenige Zeit später hatte ich den Gedanken im Kopf, von einem Turm zu springen. Ich bin zu dem Turm gefahren und habe mich vorher sogar richtig von meinen Kindern und meinem Mann verabschiedet. Ein Blatt Papier und einen Stift für den Abschiedsbrief hatte ich auch dabei. Ich dachte mir, ehe ich dem Kind etwas antune, dann lieber mir. Völlig Banales hat mich vom letzten Schritt abgehalten. Ich sah den Rasen unter dem Turm, zu dem ich extra gefahren war und dachte, es klappt sowieso nicht.

Mein Mann hat gemerkt, dass mit mir was nicht stimmte. Da habe ich es ihm erzählt. Ihm das Papier für den Abschiedsbrief gezeigt. Er hat dann sofort die Psychotherapeutin Frau Martin angerufen, bei der ich nach der Fehlgeburt in Behandlung war. Sie kam sofort und da konnte ich mich fallen lassen, habe mit allem „ausgepackt“. Sie hat mich zum Psychiater begleitet, der mir Antidepressiva gegeben hat. Ich war in der Folge bei ihm und Frau Martin in Behandlung

Bei Frau Martin war ich sieben Monate in Therapie, zu Beginn zweimal pro Woche. Zum Psychiater ging ich einmal pro Woche. Erst durch die Antidepressiva wurde ich therapiefähig. Vorher hatte ich mich nicht öffnen können. Schon nach zwei, drei Wochen ging es mir besser. Ich kann mich gut daran erinnern, als ich mein Kind das erste mal geküsst habe und ihn spüren konnte. Je besser es mir ging, desto mehr merkte ich, wie schlecht es mir vorher gegangen war.

Beatrix Nitze

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung



Mir ist es wichtig, dass Frauen in derselben Lage wissen und erfahren, dass sie Hilfe bekommen können, dass es sich dabei um eine Erkrankung handelt und sie keine Schuldgefühle haben müssen.

Bei allen drei Schwangerschaften habe ich einen Geburtsvorbereitungskurs gemacht. Die Möglichkeit, dass man eine postpartale Depression entwickeln kann, wurde kurz angesprochen, aber es wurde nicht erklärt, was das wirklich bedeutet. Was aus meiner Sicht wichtig wäre ist, dass man das genauer beschreibt, und wo und das man Hilfe bekommen kann. Wie bei mir können die Störungen schon vor der Geburt auftreten, das muss man wissen.

Heute geht es mir wieder gut und ich liebe meinen jüngsten Sohn wie meine beiden anderen Kinder.

Beatrix Nitze

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung





Statement

Dr. Thomas Bicker

Frauenarzt – Psychotherapie – Hypnotherapie(MEG)

Aus der Sicht des niedergelassenen Frauenarztes/Psychotherapie

Ich werde aus der klinischen Praxis mit einigen typischen Fallbeispielen berichten, da ich seit über zwanzig Jahren vor dem Hintergrund meiner gynäkologischen und auch psychotherapeutischen Spezialisierung in der Regel in meinem Klientel ständig zwei Entbundene mit der Diagnose postpartale Depression betreue.

Zehn bis 15 Prozent der Mütter entwickeln kurz nach der Geburt oder auch in einem längeren Abstand dazu eine postpartale Depression, auch Wochenbettdepression genannt. Die Frauen können ihre Kinder nicht annehmen, haben Schuldgefühle, negative Gedanken bis hin zur Suizidalität. Die Frauen, Kinder und Paare leiden sehr unter diesen Zuständen. Viele wissen nicht, dass bei frühzeitigem Erkennen gut und sehr wirksam geholfen werden kann. Meistens werden sowohl psychotherapeutische als auch medikamentöse Therapien eingesetzt.

Die Überweisung zu mir erfolgt durch die niedergelassenen Frauenärzte und auch aus den Frauenkliniken des Frankfurter Raumes, da ich mittlerweile ausreichend bekannt dafür bin, mich psychotherapeutisch mit dem Thema der postpartalen Depressionen zu beschäftigen.

Normalerweise führe ich nach einem Erstgespräch eine Testdiagnostik mit dem PHQ-D (Patient Health Questionnaire, das ist ein Fragebogen zur Diagnostik psychischer Erkrankungen), der als Standard in der psychosomatischen Grundversorgung gilt, sowie der Edinburgh Postnatale Depressions Skala (deutsche Version) durch. Ich erläutere den Patientinnen die Indikation zur Medikation nach den Leitlinien, sodass ich regelhaft bewährte Antidepressiva verordne.

Oft sind die Klientinnen, schon von den überweisenden Praxen veranlasst, abgestellt. Zum einen wird dabei durch den Wegfall der stillbedingten Ovarialsuppression ein Anstieg der biogenen Östrogene erreicht, die psychotrop wirken, zum anderen ist die Interaktion der Antidepressiva, die in geringen Mengen in die Muttermilch treten,

mit dem sich entwickelnden – und zwar explosionsartig – Säuglingsgehirn noch unklar, deswegen eine relative Kontraindikation gegeben scheint und diese Substanzen während der Stillzeit nicht zugelassen sind.

Das Gesamtbild der postpartalen Depression wird heute von einem sog. Bio-psycho-sozialen Modell heraus erklärt, was allerdings auch bedeutet, dass meist eine oder wenige spezifische Ursachen nicht zu identifizieren sind. Dies ist im Übrigen aus systemischer Sicht auch nicht zu erwarten noch notwendig.

In den folgenden Vignetten finden sich jeweils einige Kombinationen aus den Perspektiven Neurophysiologie, psychiatrische Anamnese, Biographie, Schwangerschaftskomplikationen sowie psychosozialen Belastungen.

Fall 1.

29jährige IgIp (zur Erläuterung: Erstgravida, Erstpara, d.h. erste Schwangerschaft, erstes Kind), vor vier Monaten komplikationslos entbunden. Wegen geringer Milchproduktion und Trinkschwäche des Kindes wurde abgestillt. Jetzt kommt es zum Auftreten von Angstzuständen, da sich zwanghaft Gedanken, dem Säugling etwas anzutun, sowohl durch körperliche wie auch sexuelle Gewalt, aufdrängen. Dies geschieht nur in Situationen, in denen die Mutter mit dem Baby allein ist. Dabei fühle sie sich sehr schuldig und niedergeschlagen, da sie sich diese Zwangsgedanken nicht erklären könne. Sie käme, so berichtet sie mir, aus einer intakten Familie mit drei Geschwistern und habe als Kind selbst nie Gewalt erlebt. Sie lebt in einer eheähnlichen Beziehung zusammen mit ihrem Mann, beide arbeiten als Filialleiter einer großen deutschen Discounter-Kette. Ihr Kind könne sie gut versorgen.

Anamnestisch ist zu erwähnen, dass zwei frühere Beziehungen mit gewalttätigen Auseinandersetzungen endeten und dass sie in der Schwangerschaft mit niemandem, auch nicht mit ihrem empathischen Frauenarzt, darüber gesprochen hat, dass sie sehr unter Angst litt.

Nach Einleitung einer Psychotherapie (PT) (Kurzzeit, 25 Stunden zur Krisenintervention) sowie der Gabe eines Antidepressivums, erfolgt eine rasche Stabilisierung mit fast völligem Verschwinden der Zwangsgedanken, bei deren Entstehen sicherlich eine neuroendokrine Mitverursachung anzunehmen ist, wie diverse Forschungen über verschiedene Rezeptor- und Genpolymorphismen gezeigt haben. Zurzeit stellt sie sich in längeren Intervallen vor, mittlerweile hat sie ihre Arbeit mit voller Belastbarkeit wieder aufgenommen, die Versorgung des Kindes erfolgt bei einer Tagesmutter. Thematisch steht noch die Auseinandersetzung mit einer irgendwie gearteten individuellen Schuld im Vordergrund bei Betonung der gegebenen Fähigkeiten.

Fall 2.

Hier berichte ich über zwei Schwangerschaftsverläufe einer Patientin, zuletzt 35j. IIGlIp, Zustand nach Spätinterruptio in der 13. Schwangerschaftswoche mit 17 Jahren.

In der ersten Schwangerschaft, die unter höchst belastenden psychosozialen Bedingungen betreut wurde (Gewalttätigkeit in der Ehe, Trennung vom Ehemann mit Migrationshintergrund, alleinstehende Friseurin, Zusammenleben mit Mutter, die in der Zeit mit 54 Jahren an einem Hypernephrom operiert wurde: „wenn ich sie verlöre, habe ich niemanden“), deutliche Symptome einer generalisierten Angststörung, die von mir mit einem Antidepressivum behandelt wurde. Ich überwies sie an eine niedergelassene Psychologische Psychotherapeutin.

Nach der Entbindung kam es dann zur Entwicklung einer schweren depressiven Episode und mit zunehmender Ängstlichkeit, sodass ich Frau S. in die Psychiatrie einwies. Dort erfolgte dann keine Entscheidung, ob es sich um eine schizoaffektive Psychose oder eine bekannte Mehrfachdiagnose handelte, es wurden sowohl stationär als auch als Entlassungsmedikation Antidepressiva verordnet. Frau S. wurde von ihrer niedergelassenen Hebamme dort betreut.

Bis 2009 war die Patientin unter der Medikation recht stabil. Sie wurde erneut schwanger, die schwierigen psychosozialen Verhältnisse waren wie zuvor. In Zusammenarbeit mit der Psychiatrie, den Pränataldiagnostikern und mir als Gynäkologen wurden die Medikamente weiter verabreicht. Die Entbindung erfolgte auf Wunsch der Patientin und auch aufgrund der psychiatrischen Indikation einer Angststörung, zum berechneten Termin per Kaiserschnitt. Die Erhöhung der Medikation erfolgte durch den hinzugezogenen Psychiater zur Prophylaxe, schon im Krankenhaus wurde abgestellt. Bei mehrmaliger Vorstellung in meiner Praxis wirkte sie recht stabil. Sie selber gibt an, „wie unter burn out“ zu leiden und sehr dünnhäutig und aggressiv zu sein“. Sie nimmt fortlaufend Antidepressiva, worunter sie sich am wohlsten fühle, gleichzeitig möchte sie eine ambulante Verhaltens Therapie wieder aufnehmen.

Dies ist sicherlich ein Beispiel einer bestehenden psychiatrischen Komorbidität.

Fall 3.

Dieser Fall betrifft eine 39j. Iglp, Stewardess, verheiratet mit einem Fluglotsen, sie lebt in gutsituierten Verhältnissen. Knapp zwei Monaten nach erfolgter Spontanentbindung nach einer unkomplizierten Schwangerschaft treten Insuffizienzgefühle auf. Sie hat das Gefühl, „es alles nicht mehr zu schaffen“, mit Traurigkeit, emotionaler Leere, Erschöpfung etc. Der Kontakt zu ihrem Kind sei gut, berichtet sie, es erfordere aber „alle meine Kraft“, es zu versorgen, allein schon „das Herrichten des Kinderwa-

gens zum Ausgehen“ könne sie kaum zu Ende bringen und sie brauche dafür zwei Stunden.

Anamnestisch liegen zwei depressive Episoden 1999 nach dem Abitur, sowie 2006 nach einem Arbeitsplatzwechsel vor, damals erfolgte eine ambulante Psychotherapie ohne Medikation.

Die erneute depressive Episode erfolgte sicher durch die Auslösung einer Übergangsschwellen-Situation. Die Patientin ist sehr kooperativ, nach dem Abstillen durch ihren Frauenarzt und Einleitung einer Medikation durch ihre Hausärztin erfolgte eine rasche Remission während der ambulanten Psychotherapie bei mir. Thematisch besprachen wir die Ambivalenz ihrer Mutterrolle. Sie berichtete, dass sie sich danach sehne, während des Fluges irgendwo in einem Hotelzimmer für sich zu sein und vor dem TV und Minibar zu entspannen; sie mag ihren Beruf als Flugbegleiterin.

Nach knapp einem Jahr kam es zu einem Rückfall mit extremem Schlafbedürfnis. Neurologisch wurde eine organisch bedingte Hypersomnie ausgeschlossen. Es erfolgte die Wiederaufnahme der Psychotherapie bei mir, nachdem auch die Vorstellung in der Ambulanz der Mutter-Kind-Klinik der Psychiatrie am Städt. Krankenhaus Frankfurt-Hoechst die Umwandlung der Diagnose von postpartaler Depression in chronische Depression bestätigte (evtl. mit atypischen Zügen).

Wegen der Neu-Diagnose erfolgte die Genehmigung eines erneuten 25 Stunden Kontingentes für eine Psychotherapie ohne Gutachterverfahren.

Schwierig gestaltete sich dann die medikamentöse Behandlung, da das ehemals wirksame Mittel nicht mehr wirkte. Ich überwies die Patientin zur Neueinstellung an einen Psychiater. Es wurde eine deutliche Remission erreicht. Zurzeit wird mit der Patientin diskutiert, ob sie zeitlebens ein Medikament zur Stabilisation einnehmen muss. Das ist für diese Frau sehr belastend.

Zu diesem Fall möchte ich zwei Anmerkungen machen: Ganz auffällig ist bei Frau B., dass sie nach außen keinerlei Eindruck einer depressiven Patientin macht, auch auf mein geschultes Praxispersonal wirkt sie wie die immer freundliche, lächelnde, gut aufgelegte und recht attraktive Flugbegleiterin – ganz im Gegensatz zum Erscheinungsbild der Patientin Frau S. von Fall 2. Außerdem sollten wir bei dieser Vignette daran denken, dass eine sog. postpartale Depression oft keine eigene Entität darstellt, sondern bei der Prävalenz von ca. 10 Prozent auch lange Zeit nach der Schwangerschaft auftreten kann. Bei 700 000 Schwangerschaften in Deutschland ist das eine wichtige Zahl.

Frau B. hat ihre Arbeit als Flugbegleiterin halbtags gerne wieder aufgenommen.

Fall 4.

Die damals 34j. Juristin zwischen dem ersten und zweiten Staatsexamen wurde mir vom Leiter der Geburtshilfe der Universitätsfrauenklinik Frankfurt in der 30.Schwangerschaftswoche überwiesen, da sie „ihre Schwangerschaft total ausblende“ und er die Entwicklung einer Depression in der Schwangerschaft bzw. postpartal befürchte. Er habe sie zufällig bei einer gesellschaftlichen Veranstaltung getroffen und ihr dort nahe gelegt, sich bei mir zu melden. Tatsächlich sitzt dann eine ganz schlanke, durchtrainiert wirkende, attraktive Frau, Iglp, vor mir, „die von ihrer Schwangerschaft nichts wissen möchte“. Sie habe in der 14. Schwangerschaftswoche, quasi am letzten Tag der rechtlichen Interruptionsfrist, die damalige Praxis zum Abbruch fluchtartig verlassen. Seitdem registriere sie ihre Schwangerschaft nicht mehr und habe auch keine körperlichen Veränderungen an sich mehr gespürt. Es ist ihr auch die 30. Schwangerschaftswoche nicht anzusehen. Bei der Exploration erwähnt sie die schwierige und wohl vor dem Scheitern stehende Beziehung zu einem 60jährigen Mann. Außerdem fühle sie sich sehr belastet, da sie aus einer Familie mit 10 Kindern stammt. Außerdem sei ihre Mutter kürzlich wegen eines Pankreaskarzinoms operiert worden und erhalte Chemotherapie. Sie erzählt plausibel von ihrem Werdegang, Leichtathletikspitzensportlerin bis zur Teilnahme an den Deutschen Meisterschaften. Ich habe während der Interviews bei gutem Rapport niemals den Verdacht auf eine dissoziative oder wahnhaftige Störung, allerdings bleibt ihre Partnerschaft zunächst im Undeutlichen. Um es kurz zu machen: Es gelang mir, während der Gespräche sie zu öffnen. Der Kindsvater ist ein in Deutschland überaus bekannter Wirtschaftsführer und sie war die beste Freundin seiner Tochter aus erster Ehe. Ohne dass ich ihn jemals gesprochen habe, stabilisierte sich die Beziehung während der Therapie deutlich bis zu einem happy end mit Entbindung einer Tochter und öffentlicher Heirat. Es wäre aber verkürzt, hier nur eine histrionische Episode (histrionische Persönlichkeitsstörung: schauspielernd, überhöhte Emotionalität) zu sehen. Nach der Entbindung stellten sich bei Frau Sch. Augenflimmern, Verschwommensehen, Schwindel und Angsteinfälle ein. Nach gründlicher internistischer-endokrinologischer Diagnostik wurde eine schwere hyperthyreotische Krise bei Autoimmunthyreoiditis festgestellt und entsprechend therapiert, worunter auch die Angstsymptomatik verschwand. Hier ist festzustellen, wie notwendig eine Abklärung der Schilddrüse bei psychischen Veränderungen in der Schwangerschaft ist – sicherlich wurde die bizarre Symptomatik der Skotomisierung, Ausblendung, Verleugnung damals durch eine schon latente oder mehr oder weniger manifeste Schilddrüsenfunktionsstörung mit bedingt. Bei der damaligen offensichtlichen biographischen Konfliktsituation wurde an diese Basisstörung auch von mir nicht gedacht.

Frau Sch. besucht uns regelmäßig, oft nur zum „Guten Tag“ Sagen, mit ihrer Tochter in der Praxis. Sie ist stabil und führt ein ausgeglichenes Leben. Von mir hat sie nie Antidepressiva erhalten, sie steht zurzeit unter Thyroxin und Thyreostatika. Die Vorsicht von Prof. L., sie mir vorzustellen, war sicher berechtigt, glücklicherweise kam es nicht zur Entwicklung einer postpartalen Depression. Ich verweise aber auf die erste Vignette, in der ich von der nicht ausgesprochenen Angst der Patientin während der Schwangerschaft sprach.



Statement

Dipl.-Psych. Eva Martin

Psychotherapeutin

Die Postpartale Depression (PPD) ist eine längerdauernde Erkrankung, die während des gesamten ersten Jahres nach der Geburt auftreten kann. Symptomatisch unterscheidet sie sich nicht prinzipiell von depressiven Erkrankungen, allerdings ist auffallend, dass viele betroffene Frauen unter ausgeprägter emotionaler Labilität, einem emotionslosen Umgang mit dem Baby und damit verbunden unter Schuld- und Schamgefühlen (bezogen auf das Kind und die Mutterschaft) leiden. In schwerwiegenden Fällen kann dies bis zu Suizid- oder Infantizidgedanken (Gedanke, dem eigenen Kind etwas anzutun) führen.

Da die PPD häufig erst zwischen dem dritten und sechsten Monat nach der Geburt mit stark wahrnehmbaren Symptomen auftritt und von vielen Frauen aus den o.g. Scham- und Schuldgefühlen verschwiegen wird, besteht ein Problem bei der Erfassung der Erkrankung und damit die Gefahr der Chronifizierung. Das hat sowohl Auswirkungen auf die Betroffene selbst als auch auf ihr Kind (Verhaltensauffälligkeiten oder kognitive Entwicklungsverzögerungen sind wahrscheinlich).

Deshalb ist die Früherkennung einer beginnenden Depression besonders wichtig, ebenso wie frühzeitige Hilfestellungen. Eine multiprofessionelle Zusammenarbeit ist besonders erstrebenswert und psychotherapeutische Unterstützung sollte möglichst schon während der Schwangerschaft erfolgen.

In meinem Beruf als Psychotherapeutin habe ich erfahren, wie wichtig bei der PPD eine multiprofessionelle Kooperation ist, um die betroffenen Frauen gut und rasch unterstützen zu können. Ich habe z.B. mit einer gut befreundeten Hebamme, die eine eigene Praxis hat und die die Koordinatorin des Kreissaals im Krankenhaus Rüdersdorf ist, sehr gut Hand in Hand gearbeitet. Ich konnte „eine Lücke füllen“, da die He-

Dipl.-Psych. Eva Martin



bammen bzw. Gynäkologen dort händeringend immer wieder nach ambulanten Psychotherapieplätzen für ihre Patientinnen gesucht haben.

Bereits im Geburtsvorbereitungskurs der Hebamme werden die Frauen neben dem bekannten „Baby-Blues“ auf die Möglichkeit einer Entwicklung einer PPD hingewiesen und darüber informiert, wo Hilfe zu erhalten ist. Bei Anzeichen depressiver Verstimmungen wird u.a. von ihr die EPD-Skala (Edinburgh Postnatale Depression Skala - http://www.marce-gesellschaft.de/mcg/materialien_files/FolieEPDS.pdf = Befindlichkeitsbogen) als Screening-Instrument eingesetzt, um eine erste Einschätzung der Situation der betroffenen Frauen vorzunehmen und rechtzeitig Hilfestellungen geben zu können.

Auch die obligatorischen Schwangerschaftsuntersuchungen beim Gynäkologen sind eine gute Möglichkeit, frühzeitig Risikofaktoren für die Entstehung einer PPD zu erfassen und die nächsten Schritte, wie z.B. die Weiterleitung zum Psychiater oder die Aufnahme einer Psychotherapie, einleiten zu können.

Anzeichen, die darauf hindeuten, dass die Frau sich oder ihrem Kind etwas antun will, sollten alle Professionellen, die mit den betroffenen Frauen zu tun haben, besonders wachsam gegenüber sein. Bei schweren Formen der PPD oder dem Risiko eines Suizids ist eine stationäre Aufnahme angezeigt. Ebenfalls zu überlegen ist eine medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva.

Die psychotherapeutische Arbeit mit betroffenen Frauen ist v.a. gegenwartsbezogen und fokussiert auf die aktuelle Lebensphase. Exploriert werden am Anfang u.a. Entstehung, Verlauf und das Erleben der Schwangerschaft und des Geburtsgeschehens, individuelle Faktoren (z.B. depressive Episoden im Lebenslauf, Ansprüche an sich und das Kind, Vorstellungen vom Muttersein), partnerschaftliche Faktoren (z.B. Qualität der Paarbeziehung, Erwartungen an den Partner) und soziale Faktoren (z.B. Lebenskontext der betroffenen Frau, erlebte Unterstützung, soziales Netzwerk). Während der Therapie sollen die Frauen emotional gestützt werden - sie erhalten den Raum, über ihre Gefühle sprechen zu können, sich erstmals wieder Zeit für sich nehmen zu können. Sie erhalten Informationen über die Entstehung und den Verlauf der PPD. Über kleine Schritte werden gemeinsam eine geregelte Tagesstruktur und Strategien zur Stressbewältigung erarbeitet (z.B. Hilfe holen und annehmen; das Kind zeitweise zur Betreuung geben, um Kraft tanken zu können). Weiter geht es darum, den Frauen



zu vermitteln, nicht „perfekt“ sein zu müssen, um „gute“ Mütter zu sein. Wenn möglich wird auch der Partner mit in die psychotherapeutische Arbeit einbezogen.

Besonders wichtig für die Früherkennung, Prophylaxe und Behandlung der PPD ist eine gute und kollegiale Vernetzung aller Berufsgruppen, die mit den betroffenen Frauen zu tun haben. Leider ist es bei aller guten Zusammenarbeit zwischen den Professionen für die Frauen jedoch aufgrund der langen Wartezeiten bei Vertrags-Psychotherapeuten oft sehr schwierig, rasch den dringend benötigten Psychotherapieplatz zu erhalten. Deshalb sollten die Frauen darauf hingewiesen werden, dass es die Möglichkeit gibt, bei privat niedergelassenen Psychotherapeuten mit gleicher Qualifikation eine Therapie im sogenannten Kostenerstattungsverfahren zu machen, bei der die Krankenkasse verpflichtet ist, die Kosten zu übernehmen. Da die Bedingungen/Hürden zur Übernahme der Kosten von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedlich hoch sind, ist es sinnvoll und wichtig, dass die Frauen möglichst von allen Berufsgruppen, die sie betreuen und behandeln, beim Antrag auf Kostenerstattung unterstützt werden.

