

Postpartale depressive Störung:

Häufigkeit und Zusammenhänge mit soziodemographischen und psychosozialen Faktoren

Literaturübersicht und empirische Untersuchung

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
Bonn

Verena Elisabeth Spremberg geb. Bagh
aus Aachen
2010

Angefertigt mit der Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Bonn

1. Gutachter: Frau Prof. Dr. med. A. Rohde
2. Gutachter: Herr Prof. Dr. Dr. H. Schott

Tag der Mündlichen Prüfung: 18.01.2010

Aus der Klinik für Geburtshilfe und Frauenheilkunde
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
Direktor: Prof. Dr. med. W. Kuhn

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	7
1. Einleitung.....	8
1.1. Einführung	8
1.2. Begriffsbestimmung der drei Störungsbilder: Postpartaler Blues, Postpartale Depression, Postpartale Psychose.....	8
1.2.1. Postpartaler Blues	8
1.2.2. Postpartale Depression.....	9
1.2.3. Postpartale Psychosen.....	10
1.3. Kriterien des Klassifikationssystems ICD-10 für die Diagnosenstellung einer postpartalen Depression.....	10
1.4. Zielsetzung.....	12
1.5. Hypothesen	13
2. Literaturrecherche zu Häufigkeit und Risikofaktoren	17
2.1. Einführung	17
2.2. Tabelle mit der Literaturübersicht	18
3. Empirische Untersuchung - Material und Methoden.....	42
3.1. Material.....	42
3.1.1. Stichprobenerhebung	42
3.1.2. Beschreibung der Stichprobe anhand soziodemographischer Daten.....	44
3.1.2.1. Alter	44
3.1.2.2. Nationalität	46
3.1.2.3. Schulbildung	46
3.1.2.4. Berufsausbildung	46
3.1.2.5. Familienstand.....	47

3.1.2.6.	Anzahl der Kinder.....	47
3.1.2.7.	Planung der Schwangerschaft.....	48
3.2.	Methoden	48
3.2.1.	Studiendesign.....	48
3.2.2.	Durchführung der Untersuchung	49
3.2.3.	Untersuchungsinstrumente und Kriterien	50
3.2.3.1.	Interviews	50
3.2.3.2.	Fragebögen	53
3.2.4.	Methoden der Auswertung	57
3.2.4.1.	Häufigkeiten	57
3.2.4.2.	Kreuztabellierung mit dem Chi-Quadrat-Test.....	57
4.	Ergebnisse.....	59
4.1.	Ergebnisse zur Literaturrecherche	59
4.1.1.	Untersuchte Population.....	59
4.1.2.	Prävalenz und Inzidenz postpartaler depressiver Störungen	59
4.1.3.	Risikofaktoren für postpartale depressive Störungen	61
4.1.3.1.	Alter	61
4.1.3.2.	Parität.....	62
4.1.3.3.	Familienstand.....	62
4.1.3.4.	Schulbildung, Ausbildung, Soziale Schicht, sozioökonomischer Status.....	62
4.1.3.5.	Psychische Störung in der Vorgeschichte.....	64
4.1.3.6.	Psychische Störung während der Schwangerschaft.....	65
4.1.3.7.	Baby Blues.....	66
4.1.3.8.	Persönlichkeitsmerkmale	66

4.1.3.9.	Dysmenorrhoe in der Vorgeschichte	67
4.1.3.10.	Ungeplante Schwangerschaft.....	68
4.1.3.11.	Komplikationen während der Entbindung.....	68
4.1.3.12.	Postnatale kindliche Komplikationen	69
4.1.3.13.	Stillen.....	69
4.1.3.14.	Relevante Lebensereignisse.....	70
4.1.3.15.	Erlebte Fehlgeburt	70
4.1.3.16.	Stress.....	71
4.1.3.17.	Ehe-und Beziehungsprobleme	71
4.1.3.18.	Fehlende soziale Unterstützung.....	71
4. 2.	Ergebnisse zur empirischen Untersuchung.....	72
4.2.1.	Häufigkeit	72
4.2.1.1.	Häufigkeit depressiver Störungen nach der Entbindung nach EPDS und BDI.....	72
4.2.1.2.	Häufigkeit depressiver Störungen nach der Entbindung, diagnostiziert nach den Forschungskriterien für psychische Störungen der ICD-10	75
4.2.1.3.	Übereinstimmung erhöhter EPDS -, erhöhter BDI Scores und ICD Diagnosen	76
4.2.1.4.	Baby Blues.....	76
4.2.1.5.	Andere psychische Störungen in der Vorgeschichte	77
4.2.1.6.	Ausprägung der Persönlichkeitsmerkmale	79
4.2.1.7.	Entbindungsart.....	80
4.2.1.8.	Soziale Unterstützung.....	80
4.2.2.	Ergebnisse zu den Hypothesen	82
4.2.2.1.	Statistische Überprüfung der Zusammenhänge zwischen postpartalen depressiven Störungen und potentiellen Einflussfaktoren.....	82

4.2.2.2.	Einfluss des EPDS Scores am 2.–5. postpartalen Tag und des Baby Blues	83
4.2.2.3.	Einfluss psychischer Störungen in der Vorgeschichte.....	86
4.2.2.4.	Einfluss der Persönlichkeit	87
4.2.2.5.	Einfluss der Entbindungsart.....	89
4.2.2.6.	Einfluss der medizinischen und der sozialen Unterstützung	90
4.2.2.7.	Vorkommen potentieller Einflussfaktoren bei den Frauen mit postpartaler depressiver Störung, diagnostiziert nach ICD 10	94
4.2.2.8.	EPDS-Gesamtscores der Frauen mit einer Störung nach ICD-10	97
5.	Diskussion.....	100
5.1.	Soziodemographische Angaben.....	100
5.2.	Häufigkeit postpartaler depressiver Störungen.....	101
5.3.	Häufigkeit des Baby Blues	107
5.4.	Zusammenhänge zwischen postpartalen depressiven Störungen und potentiellen Einflussfaktoren	108
5.4.1.	Einfluss des EPDS Scores am 2. – 5. postpartalen Tag und des Baby Blues	108
5.4.2.	Einfluss psychischer Störungen in der Vorgeschichte.....	109
5.4.3.	Einfluss der Persönlichkeit	111
5.4.4.	Einfluss der Entbindungsart.....	112
5.4.5.	Einfluss der medizinischen und der sozialen Unterstützung	113
6.	Schlussfolgerung.....	116
7.	Zusammenfassung	117
Anhang.....		119
Literaturverzeichnis		124
Danksagung		133

Abkürzungsverzeichnis

BDI	Beck Depressions-Inventar, Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh 1961
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association, 4. Auflage, American Psychiatric Association 1994
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale, Cox, Holden und Sagovsky 1987
GHQ	The General Health Questionnaire, Goldberg 1972
HDHQ	The Hostility and Direction of Hostility Questionnaire, Caine et al. 1967
ICD	International Classification of Mental and Behavioural Disorders, World Health Organization 1992
IVF	In Vitro Fertilisation
Mini-DIPS	Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen, Margraf 1994
NEO-FFI	NEO-Fünf-Faktoren-Inventar Paul Costa und Robert McCrae 1989
p.p.	post partum
RDC	Research Diagnostic Criteria
SADS	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Endicott & Spitzer 1978
SPI	Standardised Psychiatric Interview, Goldberg et al. 1970

1. Einleitung

1.1. Einführung

Über ein Vorkommen psychischer Erkrankungen bei Frauen in der Zeit nach einer Entbindung wurde bereits im Corpus Hippocraticum (3. Buch der Epidemien, Deichgräber 1933) berichtet. Systematische Untersuchungen zu diesem Thema sind in der Literatur jedoch erst seit den sechziger Jahren des letzten Jahrhunderts zu finden, als die Arbeiten der Autoren Gordon & Gordon (1959, 1960), Ryle (1961), Tod (1964), Jacobson (1965) und Pitt (1968) zunehmende Forschungstätigkeit bezüglich nicht-psychotischer postpartaler psychischer Störungen auslösten. Das Interesse an der Erforschung postpartaler psychischer Störungen wuchs, nachdem bis dahin kaum systematische Studien zu diesem Thema vorgelegen hatten. Es folgten zahlreiche prospektive Untersuchungen entbundener Frauen, weil angenommen wurde, dass ein kausaler Zusammenhang der Pathogenese mit Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett bestand. Ihr Ziel war vornehmlich die Bestimmung der Prävalenz postpartaler depressiver Störungen und die Erforschung derer Einflussfaktoren (siehe dazu Literaturübersicht unter 2. und 4.1.).

1.2. Begriffsbestimmung der drei Störungsbilder: Postpartaler Blues, Postpartale Depression, Postpartale Psychose

In den Publikationen hat sich für die postpartalen depressiven Störungen eine Einteilung in die drei Kategorien „Postpartaler Blues“, „Postpartale Depression“ und „Postpartale Psychose“ durchgesetzt. Die drei Erscheinungsbilder unterscheiden sich nicht nur durch die Symptome und den Schweregrad der Symptome, sondern auch durch den Zeitpunkt ihres Auftretens und den Verlauf. Die Störungsbilder werden im Folgenden entsprechend dem gegenwärtigen Verständnis in der Literatur dargestellt.

1.2.1. Postpartaler Blues

Bei der mildesten Form der drei postpartalen Störungen handelt es sich um einen Verstimmungszustand, der in der ersten Woche meist nicht vor dem 3. Tag nach der Entbindung auftritt und mehrere Stunden bis wenige Tage andauert (Kendell et al. 1981). Der Postpartale Blues, der im englischen Sprachraum auch als „Baby Blues“ bezeichnet wird, ist charakterisiert

durch häufiges Weinen, ausgeprägte Stimmungslabilität, übermäßige Sorgen um die eigene Gesundheit oder die des Kindes. Reizbarkeit, subjektiv empfundene Beeinträchtigung der Konzentration, körperliches Unwohlsein, Appetit- und Schlafstörungen sind weitere Symptome (Kapfhammer 2000). Diese beschriebenen Symptome dauern nur kurz an und klingen auch spontan wieder ab, so dass eine Therapie nicht notwendig ist. Die in der Literatur berichteten Prävalenzzahlen des Baby Blues weisen die sehr große Streubreite von 25-75 % auf. O`Hara (1996) führt diese voneinander abweichenden Ergebnisse auf die unterschiedlichen diagnostischen Kriterien für den postpartalen Blues und die angewandten Messinstrumente, sowie die divergierenden Messzeitpunkte zurück. So fanden O`Hara et al. (1990) in einer methodischen Untersuchung je nach zugrunde gelegten Kriterien Prävalenzraten von 26-42 %.

1.2.2. Postpartale Depression

Bei der postpartalen bzw. postnatalen Depression handelt es sich um eine depressive Verstimmung unterschiedlichen Schweregrades, welche von der leichten depressiven Verstimmung bis zur psychotischen Depression reichen kann. Sie entwickelt sich meist schleichend innerhalb der ersten Wochen post partum, kann aber auch noch in späteren Monaten des ersten postpartalen Jahres auftreten. Der Krankheitsverlauf ist sehr unterschiedlich und kann auch chronifizieren. In der Literatur werden durchschnittliche Prävalenzraten von 10 –15 % angegeben (z.B. 13 % O`Hara & Swain 1996).

Im Vordergrund der vielfältigen Symptome stehen Antriebsschwäche, Müdigkeit, Appetitminderung, Gewichtsverlust, Freudlosigkeit, Konzentrationsstörungen, Interesselosigkeit, sozialer Rückzug, Reizbarkeit, innere Unruhe, unbestimmte Angst, Panikattacken, Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Insuffizienz- und Schuldgefühle. Diese sind nicht selten auch das Ergebnis einer mangelnden gefühlsmäßigen Mutter-Kind-Bindung. Auf das Baby bezogene Zwangsgedanken, mit dem Inhalt dem Kind etwas anzutun, führen zu ausgeprägten Scham- und Schuldgefühlen. Diese können sich schlimmstenfalls auch in suizidalen Gedanken äußern (Rohde, 2001). Die postpartale Depression ist ein behandlungsbedürftiges Krankheitsbild, das nicht selten aufgrund von Scham – und Schuldgefühlen oder Unwissenheit der Frau erst sehr spät erkannt und therapiert wird.

1.2.3. Postpartale Psychosen

Die schwerste Form der psychischen Störungen in der Postpartalzeit sind die Postpartalen Psychosen, oft auch als Wochenbettpsychosen bezeichnet. Sie treten am häufigsten in den ersten Tagen bis Wochen nach der Entbindung auf, ca. 75 % innerhalb der ersten 2 Wochen. Wiederum in 75 % der Fälle sind Erstgebärende betroffen. (Rohde & Marneros 1993).

Alle Typen von Psychosen mit der entsprechenden Symptomatik kommen vor (z.B. schizophrene, schizoaffektive, affektive, polymorphe, organische Psychosen). Bei diesen Störungen wird übereinstimmend in diversen Studien eine Inzidenzrate von 1-2 pro 1000 Entbindungen angegeben (Kumar & Robson 1984; Rohde & Marneros 1993).

Eine postpartale Psychose ist immer eine Indikation für eine stationäre psychiatrische Behandlung. Neben formalen Denkstörungen (z. B. Zerfahrenheit, Ideenflucht und Wahnsymptome) sind Halluzinationen, katatone Symptome und hochgradige Ängstlichkeit bei den Psychosen post partum nicht selten. Manische oder schizomanische Krankheitsepisoden p.p. werden als die typischen postpartalen Psychosen angesehen (Brockington et al. 1981, Dean und Kendell 1981; Rohde 2001). Es handelt sich immer um sehr akute Krankheitsbilder, die sich aus völliger Gesundheit entwickeln.

1.3. Kriterien des Klassifikationssystems ICD-10 für die Diagnosenstellung einer postpartalen Depression

Durch die mittlerweile große Anzahl an klinischen Studien über postpartale depressive Störungen konnte gezeigt werden, dass die postpartale Depression ebenso wie die postpartale Psychose keine eigenständigen Krankheitsbilder sind, also keine nosologische Entitäten. Begriffe wie „Wochenbettdepression“ und „Wochenbettpsychose“ werden somit möglichst vermieden. Deshalb wurden auch den postpartalen Störungen in den modernsten Versionen der beiden führenden Klassifikationssysteme ICD-10 (International Classification of Mental and Behavioural Disorders, World Health Organization, 1992) und DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association, 4. Auflage, American Psychiatric Association, 1994) kein eigenständiger nosologischer Stellenwert zugestanden und zur Diagnosenstellung einer postpartalen Depression keine allgemeingültigen Klassifikationskriterien erstellt. Die Einordnung erfolgt in das allgemeine Klassifikationssystem für Depression.

In der vorliegenden Untersuchung wurde das Klassifikationssystem ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) angewandt. Psychische Störungen im Wochenbett lassen sich nach ICD-10 meist mit Codierungen aus den Abschnitten F30-F39 verschlüsseln. Das Kriterium der ICD-10 für eine postpartale Zuordnung ist das Auftreten der Krankheit innerhalb von 6 Wochen nach der Entbindung.

Die Codierungen F32 und F33 stehen für die postpartale depressive Episode. Für psychische Störungen oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, die durch andere Codierungen der ICD-10 nicht klassifizierbar sind, gibt es die spezielle Codierung F53.

F32: Depressive Episode

Depressive Stimmung, Verlust von Interesse oder Freude und erhöhte Ermüdbarkeit sind die typischen Symptome einer Depression. Als weitere Symptome sind Schlafstörungen, verminderter Appetit, verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken oder erfolgte Selbstverletzung und Suizidalhandlungen zu nennen. Es erfolgt eine Einteilung der depressiven Episode in die Schweregrade "leicht", "mittelgradig" und "schwer". Die Mindestdauer für die gesamte Episode beträgt etwa zwei Wochen. Der Betreffende leidet unter den Symptomen und ist nicht mehr in der Lage seinen sozialen, häuslichen und beruflichen Aktivitäten nachzugehen.

F32.0: Leichte depressive Episode

F32.1: Mittelgradige depressive Episode

F32.2: Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

F32.3: Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen

F32.8: Sonstige depressive Episoden

F33: Rezidivierende depressive Störungen

Hierbei handelt es sich um eine Störung, die durch wiederholte depressive Episoden charakterisiert ist, wie sie unter leichter, mittelgradiger oder schwerer depressiver Episode beschrieben wurden (F32). Die rezidivierende depressive Störung kann zunächst durch den Typus der gegenwärtigen Episode und dann durch den bezogen auf alle Episoden vorherrschenden Typus bezeichnet werden. Wenigstens zwei Episoden sollen mindestens 2

Wochen gedauert haben und beide sollen von mehreren Monaten ohne eindeutige affektive Symptomatik getrennt gewesen sein. Bei der postpartalen Depression kommt diese Codierung in Frage, wenn bereits vor der Entbindung eine abgegrenzte depressive Episode nach den Kriterien der ICD aufgetreten ist.

F33.0: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode

F33.1: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode

F33.2: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome

F33.3: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen

F53: Psychische oder Verhaltensstörung im Wochenbett, nicht andernorts klassifizierbar

Hier sind nur psychische Störungen im Zusammenhang mit dem Wochenbett zu klassifizieren, die nicht die Kriterien für andere klassifizierte Störungen erfüllen.

F53.0: Leichte psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, nicht andernorts klassifizierbar

F53.1: Schwere psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, nicht andernorts klassifizierbar

F53.8: Sonstige psychische Störungen im Wochenbett, nicht andernorts klassifizierbar

F53.9: Nicht näher bezeichnete psychische Störung im Wochenbett

1. 4. Zielsetzung

Die vorliegende Arbeit verfolgt mehrere Ziele: Erstens soll in einer Literaturübersicht der aktuelle Forschungsstand zum Thema „Postpartale depressive Störung“ dargestellt und erörtert werden. Zu untersuchen ist, anhand welcher Methoden in den einzelnen Studien die Häufigkeiten ermittelt und welche psychosozialen Risikoindikatoren für die Entstehung einer postpartalen depressiven Störung jeweils abgeleitet wurden.

Zweitens soll in einer prospektiven Erhebung die Häufigkeit postpartaler depressiver Störungen bei einer Stichprobe von Frauen nach der Entbindung ermittelt werden. Dabei wird unterschieden zwischen postpartalen depressiven Störungen, die aufgrund erhöhter Depressionswerte in der EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale, Cox, Holden und

Sagovsky 1987) ermittelt und die aufgrund der Kriterien der ICD-10 diagnostiziert wurden. Es gilt herauszufinden, ob sich durch die unterschiedlichen Diagnoseverfahren Abweichungen zwischen den ermittelten Häufigkeiten ergeben und ob die eigenen Ergebnisse mit denen der Literatur übereinstimmen.

Drittens sollen aus den in der Erhebung gewonnenen Informationen mögliche Ursachen für die Entwicklung postpartaler depressiver Störungen abgeleitet werden. In erster Linie werden hier Faktoren beachtet, von denen aufgrund der Ergebnisse bisheriger Forschungen ein Einfluss zu erwarten ist. Sie werden hinsichtlich ihres Beitrags an der Entstehung postpartaler depressiver Störungen untersucht und im Ergebnis mit den Risikoindikatoren aus der Literatur verglichen.

1.5. Hypothesen

Hypothese 1: Die überwiegende Zahl der Forscher, die Untersuchungen bezüglich dieses Themas anstellten, konnten zeigen, dass Frauen, bei denen in der ersten Woche nach der Entbindung Symptome eines „Baby Blues“ aufgetreten sind oder bei denen in dieser Zeit die gemessenen Depressionswerte erhöht waren, häufiger auch an späteren postpartalen depressiven Störungen litten.

a) Um dieser Hypothese Halt zu geben, müssten die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen dem Auftreten von „Baby Blues“ in der ersten Woche nach der Entbindung und den Depressionswerten in der EPDS.

Ebenfalls müsste sich zeigen, dass ein Zusammenhang besteht zwischen dem Auftreten von „Baby Blues“ in der ersten Woche nach der Entbindung und einer postpartalen depressiven Episode, welche nach den Kriterien der ICD-10 diagnostiziert wurde.

b) Es müsste ein Zusammenhang vorhanden sein zwischen den Depressionswerten in der EPDS in der ersten Woche nach der Entbindung und den Depressionswerten in der EPDS sechs bis acht Wochen post partum.

Es müsste sich auch herausstellen, dass ein Zusammenhang existiert zwischen den Depressionswerten in der EPDS in der ersten Woche nach der Entbindung und postpartalen depressiven Episode, welche sechs bis acht Wochen nach den Kriterien der ICD-10 diagnostiziert wurde.

Hypothese 2: Wie aus der Tabelle 2.2. ersichtlich ist, existieren zahlreiche Studien, in denen nachgewiesen werden konnte, dass Frauen mit psychischen Störungen in der Anamnese ein erhöhtes Risiko aufweisen, an postpartalen depressiven Störungen zu leiden.

Um diese Hypothese zu stützen, müssten sich in der vorliegenden Untersuchung folgende Subhypothesen bestätigen:

a) Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Vorliegen psychischer Störungen in der Vorgeschichte der Frauen und den Depressionswerten in der EPDS.

Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Vorliegen psychischer Störungen in der Vorgeschichte der Frauen und postpartalen depressiven Episode, diagnostiziert nach den Kriterien der ICD-10.

b) Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Vorliegen psychischer Störungen in der Schwangerschaft und den Depressionswerten in der EPDS.

Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Vorliegen psychischer Störungen in der Schwangerschaft und postpartalen depressiven Episode, diagnostiziert nach den Kriterien der ICD-10.

Hypothese 3: Individuelle Persönlichkeitseigenschaften wie ausgeprägter Neurotizismus, verminderte Extraversion und eingeschränkte Offenheit für neue Erfahrungen gehören nach Ergebnissen vieler Studien zu den Faktoren, die mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko postpartaler depressiver Störungen einhergehen.

Um diese Hypothese zu festigen, ist es notwendig zu belegen, dass ein Zusammenhang besteht zwischen im Persönlichkeitstest gemessenen Neurotizismuswerten, Extraversionswerten und Werten für Offenheit für neue Erfahrungen und den postpartalen Depressionswerten in der EPDS.

Außerdem ist es erforderlich aufzuzeigen, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen im Persönlichkeitstest gemessenen Neurotizismuswerten, Extraversionswerten und Werten für Offenheit für neue Erfahrungen und postpartalen depressiven Episode, diagnostiziert nach den Kriterien der ICD-10.

Hypothese 4: Es liegen empirische Ergebnisse zu der Frage vor, ob sich die Entbindungsart auf das psychische Befinden der Wöchnerinnen auswirkt. Es besteht u.a. die Annahme, dass im Vergleich der Entbindungsarten eine Sectio und eine instrumentelle Entbindung die Wahrscheinlichkeit erhöhen, an postpartalen depressiven Störungen zu leiden.

Um diese Hypothese zu stützen, müsste aus den Ergebnissen dieser Untersuchung deutlich werden, dass ein Zusammenhang besteht zwischen der Entbindungsart der Frauen und den Depressionswerten in der EPDS.

Weiterhin müsste sich herausstellen, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen der Entbindungsart der Frauen und postpartalen depressiven Episode, die nach den Kriterien der ICD-10 diagnostiziert wurde.

Hypothese 5: In einigen der in der Tabelle 2.2. aufgeführten Studien wurde der Einfluss der Unterstützung durch das soziale Umfeld auf das Vorkommen postpartaler depressiver Störungen untersucht. Dabei wurde in mehreren Fällen aufgezeigt, dass eine geringe soziale Unterstützung in der Zeit während und nach der Entbindung mit einer erhöhten postpartalen Depressionsrate einhergeht. Um dieser Hypothese Halt zu geben, müssten sich folgende Subhypothesen bestätigen:

a) Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Zufriedenheit der Frauen mit der Unterstützung durch ihren Partner oder andere Vertraute *während* der Entbindung und den Depressionswerten in der EPDS.

Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Zufriedenheit der Frauen mit der Unterstützung durch ihren Partner oder andere Vertraute *während* der Entbindung und dem Vorkommen postpartalen depressiven Episode, die nach den Kriterien der ICD-10 diagnostiziert wurde.

b) Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Zufriedenheit der Frauen mit der Unterstützung durch ihre Hebamme *während* der Entbindung und den Depressionswerten in der EPDS.

Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Zufriedenheit der Frauen mit der Unterstützung durch ihre Hebamme *während* der Entbindung und postpartalen depressiven Episode, diagnostiziert nach den Kriterien der ICD-10.

c) Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Zufriedenheit der Frauen mit der Unterstützung durch das ärztliche Personal *während* der Entbindung und den Depressionswerten in der EPDS.

Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Zufriedenheit der Frauen mit der Unterstützung durch das ärztliche Personal *während* der Entbindung und postpartalen depressiven Episode, diagnostiziert nach den Kriterien der ICD-10.

d) Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Zufriedenheit der Frauen mit der Unterstützung durch ihren Partner *seit* der Entbindung und den Depressionswerten in der EPDS. Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Zufriedenheit der Frauen mit der Unterstützung durch ihren Partner *seit* der Entbindung und postpartalen depressiven Episode, diagnostiziert nach den Kriterien der ICD-10.

e) Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Zufriedenheit der Frauen mit ihrer sozialen Unterstützung (Familie, Freunde und Bekannte) *seit* der Entbindung und den Depressionswerten in der EPDS.

Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Zufriedenheit der Frauen mit ihrer sozialen Unterstützung (Familie, Freunde und Bekannte) *seit* der Entbindung und postpartalen depressiven Episode, diagnostiziert nach den Kriterien der ICD-10.

2. Literaturrecherche zu Häufigkeit und Risikofaktoren

2.1. Einführung

In der vorliegenden Arbeit wurde zunächst eine Literaturübersicht erstellt, in der der aktuelle Stand wissenschaftlicher Veröffentlichungen zum Thema „Postpartale depressive Störungen“ dargestellt wurde. Diese Zusammenstellung erfolgte mit der Zielsetzung zu ergründen, inwiefern die unterschiedlichen Definitionen der postpartalen Depression Einfluss auf die in den Studien ermittelte Häufigkeit der Störung haben. Hintergrund dieses Verfahrens war, dass in zahlreichen Arbeiten postpartale depressive Störungen, die z.B. anhand der EPDS gemessen wurden, unkritisch gleichgesetzt wurden mit einer krankheitswertigen depressiven Episode, wie sie nach den Kriterien der ICD-10 diagnostiziert wird. Bei der Recherche fand sich eine umfangreiche internationale Literatur, die sich u.a. mit der Prävalenz, der Ätiologie, den psychosozialen und biologischen Risikoindikatoren, dem Verlauf, den Auswirkungen auf die Familie, der Prävention und den therapeutischen Maßnahmen beschäftigt. Für die Übersicht in der Tabelle wurden ausschließlich die Arbeiten ausgewählt, die auf empirischen Untersuchungen basieren und sich mit der Erforschung der Prävalenz bzw. der Inzidenz postpartaler depressiver Störungen und den psychosozialen Risikoindikatoren für deren Entstehung befassen. Aufgrund dessen blieben Metaanalysen zu diesen Themen unberücksichtigt. Der Literaturrecherche zugrunde gelegt wurden alle englisch- und deutschsprachigen Veröffentlichungen, die entweder über die computerisierten Literaturrecherchesysteme Medline und Psylit oder über Querverweise zugänglich waren. Die meisten der erfassten Studien wurden in erster Linie in UK, den USA und Skandinavien durchgeführt. Auffällig ist der Mangel an wissenschaftlichen Beiträgen aus dem deutschsprachigen Raum, obwohl Mutter und Kind hier eine umfangreiche sozialmedizinische Betreuung erhalten. Die Tabelle (2.2.) soll einen Überblick über sämtliche gefundenen empirischen Arbeiten zum Thema postpartale depressive Störungen geben. Darin erfolgt - neben der Angabe des Autors, des Jahres, in dem der Beitrag publiziert wurde und des Herkunftslandes - eine Beschreibung der Population, die für die jeweilige Studie untersucht wurde, eine Auflistung der Kriterien, nach denen die Diagnose gestellt wurde und eine Beschreibung des Studiendesigns, in der die Vorgehensweise der Untersuchungen mit den entsprechenden Messzeitpunkten detailliert aufgeführt wurde. Außerdem werden die Prävalenz- bzw. Inzidenzraten postpartaler depressiver Störungen und gefundene psychosoziale Risikoindikatoren aufgelistet. Auch die Faktoren, die als potentielle Risikoindikatoren in den

jeweiligen Studien untersucht wurden, sich als solche jedoch nicht bestätigt haben, werden dargestellt. Eine weitere Spalte beinhaltet zusätzliche Anmerkungen der Autoren zur jeweiligen Untersuchung.

Eine Zusammenfassung der Tabellenspalten „Population“, „Prävalenzraten“ und „Risikoindikatoren“ erfolgt im Ergebnisteil der vorliegenden Arbeit.

2.2. Tabelle mit der Literaturübersicht

Auf den folgenden Seiten wird die Tabelle, wie in 2.1. beschrieben, vorgestellt:

Autor	Population	Diagnosekriterien	Methode der Studie	Häufigkeit	Beeinflussende Faktoren	Faktoren, die sich nicht bestätigt haben	Anmerkungen des Autors
Aderibigbe et al. 1992, Nigeria	162 schwangere Frauen	GHQ-28	Demographische, persönliche und obstetrische Daten GHQ-28 PAS Interview und RDC Diagnose bei 106 Frauen zur Ermittlung der Validität des GHQ-28. Messzeitpunkte: 2. Trimester der Schwangerschaft, 8 Wochen p.p.	2. Trimester der Schwangerschaft: - 30,2 % (Punktprävalenz) 8 Wochen p.p.: - 14,2 % (Punktprävalenz) - 9,3 % (Inzidenz)	Einschneidendes Lebensereignis (v. a. in Verbindung mit der Familie)	Alter, Parität, Obstetrische Probleme in der Vorgeschichte, Präpartaler Stress, Präpartale GHQ Werte, Geschlecht des Kindes	In der Schwangerschaft lag eine höhere Erkrankungsrate als post partum vor.
Areias et al. 1996, Portugal	54 <i>Erstgebärende</i> und 42 Partner	SADS RDC	Demographische, obstetrische und persönliche Daten SADS Interview, RDC Diagnose, EPDS, LE, SAS zu allen Messzeitpunkten SSNI, EPI zum 1. Messzeitpunkt ASQ zum 1./2. Messzeitpunkt Messzeitpunkte: 6. Schwangerschaftsmonat, 3 Monate p.p., 12 Monate p.p.	Gesamte Schwangerschaft: - 16,7 % (Periodenprävalenz) 3 Monate p.p.: - 31,5 % (Periodenprävalenz 0-3 Monate p.p.) - 22 % (Inzidenz 0-3 Monate p.p.) 12 Monate p.p.: - 37 % (Periodenprävalenz 4-12 Monate p.p.) - 22 % (Inzidenz 4-12 Monate p.p.)	Depression in der Vorgeschichte (eigene oder des Partners), mangelnde soziale Unterstützung, einschneidendes, belastendes Lebensereignis	Neurotizismuswerte, soziale Schicht	Am 1./ 2. Messzeitpunkt waren 4,8 % der Partner an einer Depression erkrankt, am 3. Messzeitpunkt 23,8 %. Das Auftreten einer Depression bei Männern war assoziiert mit folgenden Punkten: Depression in der eigenen Vorgeschichte, Depression der Partnerin in der Schwangerschaft oder kurz nach der Entbindung
Atkinson u. Rickel 1984, USA	78 verheiratete <i>Erstgebärende</i> mit ihren Partnern	BDI \geq 10	Persönliche, obstetrische und demographische Daten BDI PES-MR scale Messzeitpunkte: 32. SSW und 8 Wochen p.p.	32. SSW: - 29 % (Punktprävalenz) 8 Wochen p.p.: - 26 % (Punktprävalenz)	Hohes Level der Depressionswerte im BDI in der Schwangerschaft		13 % der Partner waren präpartal und auch postpartal laut BDI-Summenwerten depressiv.
Bagedahl-Strindlund u. Monsen 1998, Schweden	309 schwangere Frauen	EPDS \geq 12 RDC	Soziodemographische Daten EPDS \geq 12 RDC Messzeitpunkt: 3 Monate p.p.	3 Monate p.p.: 14,5 % (Punktprävalenz nach EPDS) 8,4 % (Punktprävalenz nach RDC)	Singlestatus, schon mehrere Kinder zu Hause, Stress, fehlende soziale Unterstützung		67 % der Frauen mit EPDS Werten $>$ 12 litten laut RDC an einer Depression, wobei es sich in der Mehrzahl der Fälle um eine Minor Depression handelte. Bei einer Routineuntersuchung in der Region wurden die Akten von 1128 Neugeborenen nach einer depressiven Erkrankung der Mutter während der ersten 6 Monate p.p. durchsucht. Bei 2 % der Mütter war eine Depression laut RDC diagnostiziert worden.

Abkürzungen siehe Liste auf Seite 41 und 42

Autor	Population	Diagnosekriterien	Methode der Studie	Häufigkeit	Beeinflussende Faktoren	Faktoren, die sich nicht bestätigt haben	Anmerkungen des Autors
Ballard et al. 1993, UK	178 Mütter und ihre Partner und außerdem 87 Kontrollpaare mit 3-5 jährigen Kindern	EPDS \geq 13	Demographische und obstetrische Daten EPDS PAS Interview, RDC Diagnose bei EPDS \geq 13 und bei 50 % der Teilnehmer mit EPDS Werten zwischen 10 und 12 und 10 % der Teilnehmer mit EPDS Werten \leq 10. Messzeitpunkte: 6 Wochen p.p., 6 Monate p.p.	6 Wochen p.p.: - 27,5 % (Punktprävalenz) 6 Monate p.p.: - 25,7 % (Punktprävalenz)	Arbeitslosigkeit Niedrige Sozialschicht		Kurze und andauernde Depressionsepisoden haben unterschiedliche Ätiologien. 6 Wochen p.p. hatten 9 % der Partner, 18,4 % der Kontrollmütter und 5,7 % der Kontrollväter EPDS Werte $>$ 13. 6 Monate p.p. hatten 5,4 % der Partner EPDS Werte $>$ 13. Die PAS Interviews wurden durchgeführt, um die Sensitivität und die Spezifität des EPDS Fragebogens zu ermitteln. Die Sensitivität des EPDS Fragebogens betrug für Mütter 95,7 %, für die Partner 85,7 %, die Spezifität betrug für Mütter 71 % und für die Partner 75 %. Für die Partner war es wahrscheinlicher, hohe Werte im EPDS Fragebogen zu haben, wenn ihre Partnerinnen ebenfalls hohe Werte hatten.
Barnet et al. 1995, USA	114 zwölf bis achtzehn jährige schwangere Teenager	The Center for Epidemiological Studies of Depression-Children's Scale	Demographische und persönliche Daten The Center for Epidemiological Studies of Depression-Children's Scale ASSIS Coddington's Life Events Scale Messzeitpunkte: 3. Trimester der Schwangerschaft, 2 Monate p.p., 4 Monate p.p.	Punktprävalenz: 3. Trimester p.p.: 42 % 2 Monate p.p.: 36 % 4 Monate p.p.: 32 %	Depressive Erkrankung in der Familie, Stress, fehlende soziale Unterstützung, starke Konflikte mit dem Kindsvater	Alter, sozioökonomischer Status, Schulbildung, wiederholte Schuljahre, Geburtsvorsorge	93 % der Teenager waren afrikanischer Herkunft. 44 % der Teenager litten entweder 2 Monate p.p. oder 4 Monate p.p. an depressiven Symptomen, 23 % sowohl 2 Monate p.p. als auch 4 Monate p.p.! In dieser Studie wurden nur depressive Symptome gemessen, keine Diagnosen gestellt.
Bergant et al. 1998, Österreich	110 Wöchnerinnen	Interview ICD-10	Soziodemographische und obstetrische Daten Semistrukturiertes Interview ICD-10 Diagnose EPDS $>$ 9,5 Messzeitpunkt: 4 Tage p.p.	4 Tage p.p.: - 23 % (Postpartale Dysphorie) - 20 % (Punktprävalenz: Depression gesamt) 11 % (Leichte Depression) 7 % (Mittelgradige Depression) 2 % (Schwere Depression)			Der EPDS Fragebogen ist als Screeninginstrument auch in der deutschen Version hinsichtlich Validität und Reliabilität statistisch sehr gut abgesichert. Mit einer Schwelle des EPDS-Summenwertes von 9,5 wurden auch leichtere depressive Störungen mitberücksichtigt.

Abkürzungen siehe Liste auf Seite 41 und 42

Autor	Population	Diagnosekriterien	Methode der Studie	Häufigkeit	Beeinflussende Faktoren	Faktoren, die sich nicht bestätigt haben	Anmerkungen des Autors
Blair et al. 1990, UK	112 schwangere Frauen	Interview Checkliste depressiver Symptome > 3 Symptome	Demographische, persönliche und obstetrische Daten Interview Checkliste depressiver Symptome Messzeitpunkte: In der Schwangerschaft, 10 Tage p.p., 6 Wochen p.p., 3 Monate p.p.	10 Tage - 3 Monate p.p.: - 23 % (Periodenprävalenz)	Partner zum Zeitpunkt der Entbindung nicht anwesend, ambivalente Einstellung gegenüber der Schwangerschaft oder Unfähigkeit Schwangerschaft anzunehmen, geringe Toleranz gegenüber Schmerzen (Dysmenorrhoe, frühere Entbindung)	Alter, Familienstand, Anzahl der ausgetragenen Schwangerschaften, Fehlgeburten, Einstellung zur Entbindung, Einstellung zu erhöhter Verantwortlichkeit in der Familie, Einstellung des Partners gegenüber dem Baby, Beziehung zum Partner, Beziehung zu den Eltern, Trennung vom Vater in der Kindheit, Beziehung zur Schwiegermutter, psychische Erkrankung in der Vorgeschichte, Persönlichkeit, Intelligenz	
Boyce et al. 1991, UK	140 <i>Erstgebärende</i> in stabiler Beziehung lebend	BDI \geq 11 EPDS \geq 13	Demographische und persönliche Daten 4 Fragebögen zum 1. Messzeitpunkt: BDI, EPI, IPSM und IBM Semistrukturiertes Interview über die Entbindung zum 2. Messzeitpunkt, EPDS und BDI zum 2., 3. und 4. Messzeitpunkt Semistrukturiertes Interview zum 4. Messzeitpunkt Messzeitpunkte: 2. Trimester der Schwangerschaft, 1 Monat, 3 Monate, 6 Monate	3 Monate p.p.: - 8,9 % (Inzidenz anhand des EPDS) - 13,6 % (Inzidenz anhand des BDI) 6 Monate p.p.: - 6,4 % (Inzidenz anhand des EPDS) - 11,4 % (Inzidenz anhand des BDI)	Hohe Werte von Sensibilität in zwischenmenschlichen Beziehungen und hohe Neurotizismuswerte gemessen im IPSM Fragebogen	Depressive Erkrankung in der Vorgeschichte	
Brown u. Lymley 1998, Australien	1336 Mütter	EPDS \geq 13	Soziodemographische und persönliche Daten Fragebögen über gesundheitliche Probleme post partum EPDS Messzeitpunkt: 6-7 Monate p.p.	6-7 Monate p.p.: - 16,9 % (Punktprävalenz)			94 % der Frauen gaben ein oder mehrere gesundheitliche Probleme nach der Entbindung an. Müdigkeit war mit 69 % das häufigste Problem, gefolgt von Rückenschmerzen (43,5 %) und sexuellen Problemen (26,3 %).

Abkürzungen siehe Liste auf Seite 41 und 42

Autor	Population	Diagnosekriterien	Methode der Studie	Häufigkeit	Beeinflussende Faktoren	Faktoren, die sich nicht bestätigt haben	Anmerkungen des Autors
Campbell u. Cohn 1991, USA	1033 verheiratete <i>Erstgebärende</i>	SADS RDC	Demographische, obstetrische Daten SADS Interview RDC Diagnose CES-D Messzeitpunkt: 8 Wochen p.p.	8 Wochen p.p.: - 5,3 % (Punktprävalenz) - 9,3 % (Periodenprävalenz 0-8 Wochen p.p.)	Niedriger Ausbildungsstand, Komplikationen in der Schwangerschaft und bei der Entbindung	Beschäftigungsstatus, Gesundheitliche Komplikationen des Neugeborenen, Geschlecht des Kindes	Die erkrankten Frauen litten zwischen 2-8 Wochen an einer Depression. Frauen, die nicht depressiv waren, berichteten häufig über somatische Symptome, die den Symptomen einer Depression ähnlich waren. 39 % dieser Frauen klagten über mindestens ein somatisches Symptom, das klinisch signifikant war. Der CES-D Fragebogen ermittelt Kummer und Sorgen, ist jedoch nicht spezifisch für die Depression.
Carothers u. Murray 1990, UK	674 in fester Beziehung lebende <i>Erstgebärende</i>	EPDS \geq 13 SPI RDC	Demographische und persönliche Daten EPDS SPI bei EPDS \geq 13, RDC Diagnose; außerdem SPI und RDC Diagnose bei 111 Frauen mit EPDS Werten \leq 12 als Kontrollgruppe. Messzeitpunkte: 6 Wochen p.p.	6 Wochen p.p.: - 11,1 % (Punktprävalenz) Die Punktprävalenz wurde geschätzt aufgrund der gestellten Diagnosen in den untersuchten Gruppen.	EPDS Werte, psychische Erkrankung in der Vorgeschichte	Alter, Gestationsalter des Babys, Geburtsgewicht des Babys, Entbindungsart, Soziale Schicht	

Abkürzungen siehe Liste auf Seite 41 und 42

Autor	Population	Diagnosekriterien	Methode der Studie	Häufigkeit	Beeinflussende Faktoren	Faktoren, die sich nicht bestätigt haben	Anmerkungen des Autors
Cooper et al. 1988, UK	483 schwangere Frauen und 313 Kontrollfrauen, die in den letzten 12 Monaten nicht schwanger waren.	GHQ-60 \geq 12 PSE ID MADRS	Interview über persönliche, psychosoziale, demographische und obstetrische Daten, GHQ-60 Fragebogen, PSE Interview bei GHQ Fragebogen > 12, Interview for Recent Life Events, MADRS. In der Schwangerschaft wurden alle Frauen interviewt, post partum alle Frauen mit einem GHQ > 12, außerdem 106 randomisiert ausgesuchte Frauen und die Frauen, bei denen eine Diagnose gestellt worden war. Messzeitpunkte: 3. Trimester der Schwangerschaft, 3 Monate p.p., 6 Monate p.p., 12 Monate p.p.	3. Trimester der Schwangerschaft : - 6 % (Punktprävalenz) 3 Monate p.p. : - 8,7 % (Punktprävalenz, Depressionsanteil: 55 %) 6 Monate p.p. : - 8,8 % (Punktprävalenz, Depressionsanteil: 91 %) 12 Monate p.p. : - 5,2 % (Punktprävalenz, Depressionsanteil: 74 %) Punktprävalenz einer nicht-psychotischen psychiatrischen Erkrankung Die Punktprävalenzen wurden geschätzt anhand der gestellten Diagnosen in den untersuchten Gruppen. - 15,1 % (Geschätzte Inzidenz 0-12 Monate p.p. von 106 randomisiert ausgesuchten Frauen)			Die nicht-psychotische psychiatrische Erkrankung trat in den meisten Fällen bald nach der Entbindung auf und dauerte drei Monate oder kürzer. Die Prävalenz, Inzidenz und Art der nicht-psychotischen psychiatrischen Erkrankung im ersten Jahr nach der Entbindung unterscheidet sich nicht von einer solchen Erkrankung zu einem anderen Zeitpunkt.
Cox 1983, Uganda	183 schwangere Frauen	SPI ICD-8 Pitt's Kriterien	Goldbergs Standardisiertes Psychiatrisches Interview Diagnose anhand der ICD-8 und Pitt's Kriterien Messzeitpunkt: Während der Schwangerschaft, 6-15 Wochen p.p.	6-15 Wochen p.p. : - 10 % (Punktprävalenz) - 7,7 % (Inzidenz)		Unverheiratet, Primiparität, Entbindung in der Klinik	Verglichen mit Schottinen mit postpartaler Depression gaben die depressiven Afrikanerinnen weniger häufig Schuldgefühle an.
Cox et al. 1982, UK	105 schwangere Frauen, repräsentativ für die Allgemeinbevölkerung	SPI Pitt's Kriterien	Demographische, soziale und obstetrische Daten SPI Pitt's Kriterien Messzeitpunkte : < 20. SSW, 35. SSW, 10 Tage p.p. und 4 Monate p.p.	In der Schwangerschaft: - 4 % 4 Monate p.p. : Punktprävalenz: - 17 % (leichte Depression) - 13 % (schwere Depression)	Eheprobleme, Postpartum Blues	Primiparität, instrumentelle Entbindung, Verlängerte Wehen, Geburtseinleitung, Stillen, Soziale Faktoren, Familienstand, Obstetrische Komplikationen, Antepartale Ängstlichkeit	Frauen, bei denen der postpartale Blues stark ausgeprägt war, entwickelten teilweise später andauernde depressive Symptome.

Abkürzungen siehe Liste auf Seite 41 und 42

Autor	Population	Diagnosekriterien	Methode der Studie	Häufigkeit	Beeinflussende Faktoren	Faktoren, die sich nicht bestätigt haben	Anmerkungen des Autors
Cox et al. 1993, UK	232 randomisiert ausgesuchte schwangere Frauen und 232 Kontrollfrauen, die in den letzten 12 Monaten nicht schwanger waren.	EPDS ≥ 9 SPI RDC	EPDS Goldbergs Standardisiertes Psychiatrisches Interview bei EPDS > 9 und bei einem Drittel der Frauen mit EPDS < 9 . Erneuter EPDS Fragebogen, außerdem GHQ-28-, und SMS Fragebögen zusammen mit dem Interview. RDC Diagnose Messzeitpunkt: 6 Monate p.p.	6 Monate p.p. : - 9,1 % (Punktprävalenz) - 13,8 % (Periodenprävalenz 0-6 Monate p.p.)	Die Entbindung mit ihren psychosozialen Folgen. Auftreten einer frühen Depression 5 Wochen p.p.		Die Kontrollfrauen wurden individuell durch "Matching" ausgewählt. Bei ihnen betrug die Punktprävalenz 6 Monate p.p. 8,2 % und die Periodenprävalenz 0-6 Monate p.p. 13,4 %. Es gab keinen signifikanten Unterschied in der Punkt- und Periodenprävalenz der Depression zwischen den untersuchten Wöchnerinnen und der Kontrollgruppe. Es wurde jedoch ein deutlich häufigeres Auftreten der Depression in den ersten 5 Wochen p.p. gefunden.
Cutrona 1983, USA	85 in fester Beziehung lebende <i>Erstgebärende</i>	HRS DSM III BDI ≥ 9	ASQ BDI > 9 HRS DSM III Diagnose Childcare Stress Inventory Childcare Stress Attributions Scale Blues Symptoms Attributions Scale Daily Report Messzeitpunkte: 3. Trimester der Schwangerschaft, 2 Wochen p.p., 8 Wochen p.p.	3. Trimester der Schwangerschaft: - 3,5 % (Punktprävalenz Major Depression nach DSM III Diagnose) - 24,7 % (BDI > 9) 2 Wochen p.p.: - 4,7 % (Punktprävalenz Major Depression nach DSM III Diagnose) - 32,9 % (BDI > 9) 8 Wochen p.p.: - 3,5 % (Punktprävalenz Major Depression nach DSM III Diagnose) - 11,8 % (BDI > 9)	Höhere Werte im Attributional Style Fragebogen während der Schwangerschaft bei Frauen, die in der Schwangerschaft nicht depressiv waren	BDI Werte im 3. Trimester der Schwangerschaft	
Dalton 1970, UK	189 verheiratete, schwangere Frauen	Befragung	Befragung u. a. über demographische, persönliche und obstetrische Daten Messzeitpunkte: 7 Messzeitpunkte in der Schwangerschaft, der erste < 16 . SSW, 10 Tage p.p., 6 Wochen p.p., 6 Monate p.p.	10 Tage p.p.-6 Monate p.p.: - 7 % Schwere Depression (Inzidenz) - 34 % Postpartum Blues	Ängstlichkeit in der frühen Schwangerschaft, Hochstimmung in der Spätschwangerschaft, Angabe weniger Schwangerschaftsbeschwerden	Planung der Schwangerschaft, psychiatrische Erkrankung in der Vorgeschichte, Depression während der Schwangerschaft, somatische Schwangerschaftsbeschwerden	

Abkürzungen siehe Liste auf Seite 41 und 42

Autor	Population	Diagnosekriterien	Methode der Studie	Häufigkeit	Beeinflussende Faktoren	Faktoren, die sich nicht bestätigt haben	Anmerkungen des Autors
Danaci et al. 2001, Türkei	257 randomisiert ausgesuchte schwangere Frauen	EPDS \geq 12	Soziodemographische und persönliche Daten EPDS Messzeitpunkt: 0-6 Monate p.p.	0-6 Monate p.p.: 14 % (Periodenprävalenz)	Schon mehrere Kinder zu Hause, Leben in ärmlichen Verhältnissen, Einwanderin, ernste Gesundheitsprobleme des Kindes, psychiatrische Erkrankung in der Vorgeschichte, psychiatrische Erkrankung des Partners, Probleme in der Beziehung zum Partner und seinen Eltern	Schulbildung, Arbeit, Verwandschaft mit dem Partner, Einkommenshöhe, Beziehung zu den eigenen Eltern	
Dennerstein et al. 1989, Australien/ Italien/ Niederlande	97 australische, 100 niederländische und 96 italienische <i>Erstgebärende</i>	Interview BDI	Demographische, persönliche und obstetrische Daten anhand eines Interviews, BDI, Spielberger State Anxiety Inventory und Life Events Inventory zum 1. Messzeitpunkt Interview, BDI und PPSS zum 2. Messzeitpunkt Interview, BDI, Spielberger State Anxiety Inventory, Life Events Inventory und Childcare/Social Support Inventory zum 3. Messzeitpunkt Messzeitpunkte: 28. SSW, 4 Tage p.p., 4 Monate p.p.	28. SSW: BDI: - 10,6 % (BDI 11-16, Dysphorische Stimmung) - 4,6 % (BDI 17-30, Depression) 4 Monate p.p.: Punktprävalenz: BDI: - 9,5 % (BDI 11-16, Dysphorische Stimmung) - 3,9 % (BDI 17-30, Depression) Interview: - 43 % (Angabe von emotionalen Problemen 0-4 Monaten p.p.)	Hohes Level depressiver Symptome während der Schwangerschaft (BDI > 10), stilt länger als 4 Monate p.p., Alter > 30 Jahre, Vorgeschichte einer psychischen Erkrankung (v. a. prämenstruelle Depression)		Stress während der Schwangerschaft oder der Entbindung, fehlende Unterstützung durch die Eltern der Frau hatten einen additiven Effekt, die neue Mutter für eine Depression zu prädisponieren. Zweidrittel der Frauen, die p.p. unter dysphorischer Stimmung oder Depression litten, waren während der Schwangerschaft im BDI Fragebogen unauffällig.
Fisch et al. 1997, Israel	327 randomisiert ausgesuchte schwangere Frauen	EPDS \geq 9 und EPDS \geq 12	Psychosozialer und demographischer Fragebogen EPDS Messzeitpunkte: 1 Tag p.p., 6-12 Wochen p.p.	1 Tag p.p. : - 9,9-22,3 % (Punktprävalenz) 6-12 Wochen p.p. : - 5,2-12,4 % (Punktprävalenz)	Psychiatrische Vorgeschichte, orientalische Herkunft, im Ausland geboren, ungeplante Schwangerschaft	ökonomischer Status, häusliche Situation, Ausbildung, Anzahl weiterer Kinder, Primiparität, Unterstützung bei der Pflege des Neugeborenen	Die Postpartale Depression ist eine besondere Form der Depression, nicht zu vergleichen mit der präpartalen Depression.
Fossey et al. 1997, Frankreich	186 Wöchnerinnen	Pitt's Fragebogen (Postpartaler Blues) EPDS \geq 12	Pitt's Fragebogen (1. Messzeitpunkt) (Postpartaler Blues) EPDS (2. Messzeitpunkt) Messzeitpunkte: 3./4. Tag p.p., 8 Monate p.p.	Punktprävalenz: 3./4. Tag p.p. : - 49 % (Postpartaler Blues) 8 Monate p.p. : - 11 % (Depression)	Postpartaler Blues		51% der Frauen hatten keinen postpartalen Blues, von ihnen wurden 2% depressiv. 29% der Frauen hatten einen leichten postpartalen Blues, von ihnen wurden 16% depressiv. 20% hatten einen schweren postpartalen Blues, von ihnen wurden 28% depressiv.

Autor	Population	Diagnosekriterien	Methode der Studie	Häufigkeit	Beeinflussende Faktoren	Faktoren, die sich nicht bestätigt haben	Anmerkungen des Autors
Georgiopoulos et al. 2000, USA	909 Wöchnerinnen nahmen an einem Routine-EPDS-Screening teil 171 davon ausgewählte Wöchnerinnen mit einem EPDS Wert >10 oder einer Selbstmordabsicht und 171 Kontrollfrauen mit einem EPDS Wert < 10 und ohne Selbstmordabsicht wurden interviewt	Interview	Demographische und obstetrische Daten Interview EPDS Messzeitpunkt: 6 Wochen p.p., bis zu 12 Monaten p.p.	6 Wochen p.p.- 12 Monate p.p.: - 10,7 % (Periodenprävalenz) Die Periodenprävalenz wurde geschätzt anhand der gestellten Diagnosen in den untersuchten Gruppen.	Hohe EPDS Werte post partum		Die Rate der Diagnosen einer Depression stieg nach Einführung des EPDS Fragebogens als Screeninginstrument von 3,7 % auf 10,7 % an. Die meisten Diagnosen (65 %) einer postpartalen Depression traten in den ersten 90 Tagen post partum auf und wurden von den betreuenden Ärzten gestellt. Die Diagnosen spiegeln das Urteil der betreuenden Ärzte wider und somit ist es möglich, dass die diagnostischen Kriterien für Depression (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition) nicht immer exakt angewandt wurden.
Glasser et al. 1998, Israel	288 schwangere Frauen	BDI \geq 10 EPDS \geq 10	Demographische und obstetrische Daten BDI zum 1. Messzeitpunkt EPDS zum 2. Messzeitpunkt Messzeitpunkte: 26. SSW, 6 Wochen p.p.	26. SSW: 34 % (Punktprävalenz) 6 Wochen p.p.: 22,6 % (Punktprävalenz) 6,9 % (Inzidenz)	Immigrantin	Alter, Parität, Ausbildungsdauer, Religion, Arbeit	
Gotlib et al. 1989, Canada	360 schwangere Frauen	BDI \geq 10 SADS RDC	Demographische und persönliche Daten, BDI, SADS Interview bei BDI \geq 10 RDC Diagnose Messzeitpunkte: 24. SSW, 36. SSW, 4 Wochen p.p.	24. SSW: - 21,5 % (BDI \geq 10) - 9,2 % (Punktprävalenz: RDC Diagnose) 36. SSW: - 25,8 % (BDI \geq 10) - 8 % (Punktprävalenz: RDC Diagnose) - 1,7 % (Inzidenz: RDC Diagnose) 4 Wochen p.p.: - 24,8 % (BDI \geq 10) - 6,8 % (Punktprävalenz: RDC Diagnose) - 3,4 % (Inzidenz: RDC Diagnose)	Depression während der Schwangerschaft	Alter, Ausbildungsdauer, Anzahl der Kinder im Haushalt, Beschäftigungsstatus, Parität	50 Frauen nahmen nach der Entbindung nicht mehr an der Untersuchung teil. Bei 18 % dieser Frauen war eine Depression während der Schwangerschaft diagnostiziert worden. Bei einer zusätzlichen Untersuchung von 34 Frauen, die BDI Summenwerte < 10 hatten, trafen bei 8,8 % die Kriterien für eine Depression zu. Bei einer Verallgemeinerung dieses Befundes käme man insgesamt auf eine geschätzte Postpartumprävalenz von 13 %. Das Auftreten einer Depression in der Schwangerschaft war mit folgenden Punkten assoziiert: Jüngeres Alter, niedrigerer Ausbildungsstand, schon mehrere Kinder zu Hause.

Abkürzungen siehe Liste auf Seite 41 und 42

Autor	Population	Diagnosekriterien	Methode der Studie	Häufigkeit	Beeinflussende Faktoren	Faktoren, die sich nicht bestätigt haben	Anmerkungen des Autors
Gotlib et al. 1991, Canda	730 schwangere Frauen, davon 655 nicht-depressiv und 75 depressiv in der Schwangerschaft	BDI \geq 10 SADS RDC	Demographische Daten 6 Fragebögen: BDI, DYAS, DAS, PBI, PSS, WCC SADS Interview bei BDI \geq 10 RDC Diagnose Messzeitpunkte : 23. SSW, 5 Wochen p.p.	23. SSW: - 10,3 % 5 Wochen p.p. : - 7,8 % (Periodenprävalenz 0-5 Wochen p.p.) - 4,9 % (Inzidenz 0-5 Wochen p.p.)	Depressive Symptome während der Schwangerschaft (BDI), Unzufriedenheit in der Ehe, Stress, Vermeidungsverhalten als Copingstrategie, Negative Wahrnehmung der von den Eltern erhaltenen Fürsorge in der eigenen Kindheit	Alter, Dauer der Ehe, Ausbildungsdauer, Familienstand, Anzahl der Kinder, Hausfrau,	
Hapgood et al. 1988, Neuseeland	66 randomisiert ausgesuchte schwangere Frauen	DSM III Axis I RDC	Demographische, persönliche und obstetrische Daten Klinisches Interview Goldbergs Standardisiertes Psychiatrisches Interview DSM III und RDC Diagnose VAS Messzeitpunkte: 36. SSW, 6 Wochen p.p., 3 Monate p.p., 6 Monate p.p., 14 Monate p.p.	6 Wochen p.p.-14 Monate p.p.: - 27,3 % Major Depression, (Periodenprävalenz) - 15,2 % Major Depression, (Inzidenz post partum)	Postpartaler Blues		Eine psychiatrische Erkrankung in der eigenen oder familiären Vorgeschichte war voraussagend für eine Dysphorie im frühen Wochenbett.
Harris et al. 1989, UK	147 Mütter	DSM III	Interview DSM III Diagnose Raskin 3 Area Scale for Depression > 8, MADRS > 12 EPDS > 13, BDI > 11 Middlesex Hospital Questionnaire, EPI Messzeitpunkt: 8 Wochen p.p.	8 Wochen p.p.: - 15 % (Punktprävalenz)			Der EPDS Fragebogen hatte eine Sensitivität von 95 % und eine Spezifität von 93 %, der BDI Fragebogen nur eine Sensitivität von 68 % und eine Spezifität von 88 %, der Raskin Fragebogen eine Sensitivität von 100 % und eine Spezifität von 87 % und der Montgomery-Asberg Fragebogen eine Sensitivität von 91 % und eine Spezifität von 96 %.
Hayworth et al. 1980, UK	166 schwangere Frauen	SDS	Demographische, persönliche und obstetrische Daten SDS HDHQ Rotter's Locus of Control Scale DSSI/sAD Messzeitpunkt: 36. SSW, 6 Wochen p.p.	6 Wochen p.p.: Punktprävalenz: - 5,5 % (Schwere Depression) - 16,5 % (Leichte Depression)	Ängstlichkeit in der Schwangerschaft, hohe Feindseligkeitswerte im HDHQ während der Schwangerschaft	Parität, Schwangerschaft, Rasse, soziale Schicht, Familienstand	

Abkürzungen siehe Liste auf Seite 41 und 42

Autor	Population	Diagnosekriterien	Methode der Studie	Häufigkeit	Beeinflussende Faktoren	Faktoren, die sich nicht bestätigt haben	Anmerkungen des Autors
Herz et al. 1997, Österreich	1693 Mütter	EPDS \geq 10	Demographischer Fragebogen EPDS Messzeitpunkte: 3 Monate p.p., 6 Monate p.p.	3 Monate p.p. : - 15,7 % (Punktprävalenz) 6 Monate p.p. : - 13,6 % (Punktprävalenz) - 21,3 % (Periodenprävalenz 3-6 Monate p.p.)	Ledig, mangelnde Unterstützung durch Kindsvater, wenig Hilfe durch Verwandte und Freunde, stillt nicht, Empfängerin von Sozialhilfe, familiärer oder finanzieller Stress, Ausbildungsniveau unter dem Abitur, Primipara oder drei oder mehr Kinder, postnatale kindliche Komplikationen	Alter, Parität, Geburtsverlauf	
Hobfoll u. Ritter et al. 1994, USA	192 schwangere Frauen aus ärmeren Verhältnissen	SADS RDC	Demographische Daten SADS RDC BDI (Kurzform) Messzeitpunkte: 2. Trimester der Schwangerschaft, 3. Trimester der Schwangerschaft, 9 Wochen p.p.	2. Trimester der Schwangerschaft: - 27,6 % (Punktprävalenz) 16,1 % (Minor Depression) 11,5 % (Major Depression) 3. Trimester der Schwangerschaft: - 24,5 % (Punktprävalenz) 20,3 % (Minor Depression) 4,2 % (Major Depression) 9 Wochen p.p.: - 23,4 % (Punktprävalenz) 16,1 % (Minor Depression) 7,3 % (Major Depression)	Depression (Diagnose anhand von RDC) während der Schwangerschaft, niedriger sozialökonomischer Status	Alter, Abstammung, Ausbildung, Familieneinkommen, Beschäftigungsverhältnis	Singlestatus ist prädisponierend für eine Depression während der Schwangerschaft.
Jacobson et al. 1965, Schweden	404 Mütter	Checkliste depressiver Symptome > 7 Symptome	Checkliste depressiver Symptome Messzeitpunkte: 3 Monate p.p., 6 Monate p.p., 9 Monate p.p. oder 12 Monate p.p.	3-12 Monate p.p.: - 25 % (Gesamtprävalenz)	Postpartale gynäkologische Probleme, vorhergehende Spontanabgänge	Alter, Familienstand, Dauer der Ehe, sozialer Status, Parität, Toxämie, Verlauf der Entbindung und des Wochenbettes, Dauer des Krankenhausaufenthaltes nach der Entbindung	

Abkürzungen siehe Liste auf Seite 41 und 42

Autor	Population	Diagnosekriterien	Methode der Studie	Häufigkeit	Beeinflussende Faktoren	Faktoren, die sich nicht bestätigt haben	Anmerkungen des Autors
Josefsson et al. 2000, Schweden	1489 schwangere Frauen	EPDS \geq 10	Demographische Daten EPDS Messzeitpunkte: 36. SSW, 3 Tage p.p., 8 Wochen p.p., 6 Monate p.p.	36. SSW: 17 % (Punktprävalenz) 3 Tage p.p.: 18 % (Punktprävalenz) 8 Wochen p.p.: 13 % (Punktprävalenz) 6 Monate p.p.: 13 % (Punktprävalenz)	Depressive Symptome in der Schwangerschaft		Der EPDS Fragebogen ist nur ein Screeninginstrument, es werden keine Diagnosen gestellt.
Kit et al. 1996, Malaysia	154 Mütter	EPDS \geq 13	Interview über soziodemographische Daten und Verhaltensweisen im Wochenbett EPDS Messzeitpunkt: 6 Wochen p.p.	6 Wochen p.p. : - 3,9 % (Inzidenz)			Inderinnen hatten mit 8,5 % die höchste Depressionrate im Vergleich zu Malaysierinnen mit 3 % und Chinesinnen mit 0 %. Bei den demographischen Daten gab es keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Traditionelle Praktiken im Wochenbett (Diät, Pflege durch jemanden, Beachten besonderer Vorschriften) haben positive Auswirkungen auf das Befinden der Frauen.
Kok et al. 1994, Singapur	200 Wöchnerinnen	EPDS \geq 16	EPDS (modifiziert) Messzeitpunkte: 5 Tage p.p., 3 Monate p.p., 6 Monate p.p.	5 Tage p.p.: - 0 % (Punktprävalenz) 3 Monate p.p.: - 0,5 % (Punktprävalenz) 6 Monate p.p.: - 0,5 % (Punktprävalenz)			Der EPDS wurde für Frauen aus Singapur modifiziert. Fast alle untersuchten Frauen gaben in den ersten 6 Monaten p.p. depressive Symptome an.
Kurstjens u. Wolke 2001, Deutschland	1329 Mütter und Kinder (1011 der Kinder bedurften spezieller neonatologischer Versorgung)	SADS RDC DSM IV	Mutter : Interview mit SADS-Depressions-screening, (bezogen auf die Zeit seit der Schwangerschaft) Depressionsinterview bei positivem Screening RDC und DSM IV Diagnose Messzeitpunkte: 3 Jahre p.p., 6 Jahre p.p. Eltern : Strukturiertes Interview über psychosoziale, obstetrische und soziodemographische Umstände durchgeführt in der Perinatalperiode, 5 Monate p.p., 20 Monate p.p., 4 Jahre p.p., 8 Jahre p.p.	Prävalenz im 1. LJ des Kindes : - 3,3 %	Psychosoziale und familiäre Belastungen, obstetrische Belastungen bei psychiatrischer Vorgeschichte und Intensivversorgung des Neugeborenen, Vorgeschichte depressiver Erkrankung, wohnt in der Stadt	Alter, Familienstand, Anzahl weiterer Kinder, Sozialstatus, Schulbildung	Von der Geburt bis zum 7.LJ des Kindes fand sich eine 6-Jahres-Periodenprävalenz von 7 %. Nach dem 1.LJ des Kindes erstmalig erkrankten 3,6 % der Mütter. Von den postnatal erkrankten Müttern litten 77 % nach dem 1. LJ des Kindes an mindestens einer weiteren depressiven Phase.

Abkürzungen siehe Liste auf Seite 41 und 42

Autor	Population	Diagnose-kriterien	Methode der Studie	Häufigkeit in %	Beeinflussen de Faktoren	Faktoren, die sich nicht bestätigt haben	Anmerkungen
Kumar u. Robson, 1984, UK	119 Erstgebärende, verheiratet oder in stabiler Beziehung lebend 38 Erstgebärende und 39 Mehrgebärende, die alle nur an der postpartalen Untersuchung teilnahmen.	GHQ-30 \geq 6 SPI RDC	Demographische, persönliche und soziale Daten anhand des Social Shedule Interview 1./ 8. Messzeitpunkt Check List über Lebensumstände und Gewohnheiten der Frauen und GHQ-30 Fragebogen 8 Messzeitpunkte SPI RDC Diagnose 1./ 5./ 7. Messzeitpunkt (bei GHQ>6 oder RDC Diagnose häufiger) EPQ 1./ 6. Messzeitpunkt Messzeitpunkte: < 14. SSW, 24. SSW, 36. SSW, 1 Woche p.p., 12 Wochen p.p., 26 Wochen p.p., 52 Wochen p.p., 4 Jahre p.p.	Gruppe der 119 Frauen : < 14. SSW : - 10 (Inzidenz 0-14. SSW) - 13,4 (Punktprävalenz) 24. SSW : - 2,5 (Inzidenz 14.-24. SSW) - 7,6 (Punktprävalenz) 36. SSW : - 2,7 (Inzidenz 24.-36. SSW) - 6,3 (Punktprävalenz) 12 Wochen p.p. : - 14 (Inzidenz 0-12 Wochen p.p.) - 14,9 (Punktprävalenz) 26 Wochen p.p. : - 4,5 (Inzidenz 12-26 Wochen p.p.) - 11,6 (Punktprävalenz) 52 Wochen p.p. : - 4,6 (Inzidenz 26-52 Wochen p.p.) - 6,6 (Punktprävalenz) 4 Jahre p.p. : - 3 (Inzidenz 1-4 Jahre p.p.) - 9 (Punktprävalenz) - 24 (Periodenprävalenz 0-1 Jahr p.p.) Gruppe der 38 erstgebärenden Frauen: - 29 (Punktprävalenz 12 Wochen p.p.) Gruppe der 39 mehrgebärenden Frauen: - 28 (Punktprävalenz 12 Wochen p.p.)	Eheprobleme Zweifel über Erwünschtheit des Kindes Trauerfall Frühgeburt	Hohe Werte von Neurotizismus und Psychotism im Eysenck Persönlichkeits-Fragebogen Früher Trennungszeitpunkt von den Eltern Gestörte Familienverhältnisse in der Vorgeschichte Soziale Schicht Rollenänderung nach Berufsaufgabe Häusliche oder finanzielle Probleme Chronische Krankheiten in der Familie Individuelle Lebensereignisse außer Trauerfall und Frühgeburt Psychische Probleme in der Vorgeschichte	Ein bis drei Monate nach der Entbindung war die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer postpartalen Depression am höchsten. Viele Frauen, die das erste Mal in ihrem Leben depressiv wurden, hatten bis zu vier Jahren nach der Entbindung psychologische Probleme. Die hohe Prävalenzrate der Kontrollgruppe läßt darauf schließen, dass die Teilnahme an der antepartalen Studie einen präventiven Effekt auf das psychische Befinden der Frauen postpartal haben könnte. Wegen der geringen Größe der Kontrollgruppe hat dieses Ergebnis jedoch nur eingeschränkte Aussagekraft.

Abkürzungen siehe Liste auf Seite 41 und 42

Autor	Population	Diagnosekriterien	Methode der Studie	Häufigkeit	Beeinflussende Faktoren	Faktoren, die sich nicht bestätigt haben	Anmerkungen des Autors
Lane et al. 1997, Irland	308 Wöchnerinnen und 181 Partner	EPDS \geq 13	Soziodemographischer Fragebogen Klinische und obstetrische Daten EPDS Highs Scale Fragebogen Messzeitpunkte: 3 Tage p.p., 6 Wochen p.p.	3 Tage p.p. : - 11,4 % (Punktprävalenz) 6 Wochen p.p. : - 11% (Punktprävalenz)	Singlestatus, Arbeitslosigkeit, ungeplante Schwangerschaft, stillt nicht, gesellschaftliches Ansehen, höhere Werte im EPDS und Highs Scale Fragebogen	Parität, Alter, instrumentelle Entbindung	18,3 % der Mütter hatten 3 Tage p.p. und 9 % der Mütter hatten 6 Wochen p.p. einen Summenwert > 8 im Highs Scale Fragebogen. Es gab einen Zusammenhang zwischen den EPDS Werten und den Highs Scale Werten. Dieses könnte auf ein Vorliegen einer milden Form der manischen Depression hindeuten. Auffällige Werte im EPDS und Highs Scale Fragebogen 3 Tage p.p. waren die beste Vorhersage für eine spätere postpartale Depression. 3 % der Partner hatten 3 Tage p.p. und 1,2 % hatten 6 Wochen p.p. EPDS Summenwerte > 13.
Manly et al. 1982, Canada	50 Erstgebärende	BDI DACL Mc Lean-Hakstian Depression Scale	Demographische und obstetrische Daten Attributional Style Questionnaire BDI DACL:B und DACL:E McLean-Hakstian Depression Scale Messzeitpunkte: 34. SSW, 3 Tage p.p.	34. SSW: - 2-6 % (Angabe einer Depression in 1 der 3 Kriterien) 3 Tage p.p.: Punktprävalenz: - 10-14 % (Angabe einer Depression in 1 der 3 Kriterien)			
Marks et al. 1992, UK	45 schwangere Frauen, die als Kontrollgruppe für psychiatrische Patientinnen dienten	SADS PSE RDC	Demographische und persönliche Daten SADS Interview zum 1./ 4. Messzeitpunkt PSE zu allen Messzeitpunkten RDC Diagnose Life events schedule of Paykel zum 1./4. Messzeitpunkt SPQ MAMA questionnaire EPQ zum 1. Messzeitpunkt Messzeitpunkte: 36. SSW, 4 Tage p.p., 6 Wochen p.p., 6 Monate p.p.	4 Tage p.p.-6 Monate p.p.: - 4,4 % (Inzidenz)	Einschneidendes Lebensereignis geht der Depression voraus, Antepartal hohe Neurotizismus-Werte	Alter, Parität, Soziale Schicht, Familienstand, Anzahl der Ehejahre, Fehlen einer Vertrauensperson, Ungeplante Schwangerschaft, Arbeitslosigkeit, Zeitpunkt der Trennung von Eltern	

Abkürzungen siehe Liste auf Seite 41 und 42

Autor	Population	Diagnosekriterien	Methode der Studie	Häufigkeit	Beeinflussende Faktoren	Faktoren, die sich nicht bestätigt haben	Anmerkungen des Autors
Martin et al. 1988, UK	80 randomisiert ausgesuchte Mütter, die als Kontrollgruppe für psychiatrische Patientinnen dienten	PSE RDC	PSE RDC Diagnose Standardisierte Kriterien (Finlay-Jones et al., 1980) LEDS Messzeitpunkte: 1. Trimester der Schwangerschaft, 5 Monate p.p.,	1. Trimester der Schwangerschaft: - 11,5 % Depression (Inzidenz) 5 Monate p.p.: - 6,4 % Depression (Inzidenz) - 19 % (Borderline-Fälle)		Stressiges Lebensereignis, Schwere Eheprobleme, Finanzielle Probleme, Soziale Schicht, Parität	Bei nur 36 % der erkrankten Kontrollfrauen, jedoch bei 76 % der psychiatrischen Patientinnen trat die Depression postpartal auf. 65 % aller Depressionen begannen innerhalb der ersten beiden Wochen nach der Entbindung. Bei Auftreten von Depressionen in der Schwangerschaft war häufig psychosozialer Streß ein Auslöser, jedoch nur ein Drittel der postpartalen Depressionen waren stressassoziiert.
Matthey et al. 1999, Australien	157 Erstgebärende und ihre Partner	BDI \geq 9 EPDS \geq 12 GHQ \geq 7	DSQ BDI zu allen Messzeitpunkten GHQ-28 zum 1./4. Messzeitpunkt EPDS zum 2. Messzeitpunkt (nur Mütter) IBM PBI IPSM EPI Messzeitpunkte: 24. SSW, 6 Wochen p.p., 4 Monate p.p., 12 Monate p.p.	24. SSW: 12,3 % (Punktprävalenz) 6 Wochen p.p.: 7,7 % (Punktprävalenz) 4 Monate p.p.: 9,7 % (Punktprävalenz) 12 Monate p.p.: 12,4 % (Punktprävalenz)	Hohe Depressionswerte im BDI während der Schwangerschaft, eigene Mutter wird als zu beschützend und zu kontrollierend wahrgenommen, hohe Werte für Sensibilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, hohe Werte für Neurotizismus		5,3 % der Väter hatten während der Schwangerschaft auffällige BDI oder GHQ Werte, 2,8 % 6 Wochen p.p., 3,2 % 4 Monate p.p. und 4,7 % 12 Monate p.p..
O'Hara et al. 1984, USA	99 verheiratete schwangere Frauen	SADS RDC	Zum 1. Messzeitpunkt SADS-Interview und 4 Fragebögen: BDI, SCQ, ASQ, PLES BDI zu allen Messzeitpunkten SADS Interview und CSI zum 5. Messzeitpunkt RDC Diagnose Der PSS wurde kurz nach der Entbindung erhoben. Messzeitpunkte: 2. Trimester der Schwangerschaft, 34.SSW, 3 Wochen p.p., 6 Wochen p.p., 9 Wochen p.p., 6 Monate p.p.	2. Trimester der Schwangerschaft : - 9 % 3-9 Wochen p.p. : - 12 % (Periodenprävalenz)	Persönliche und/oder familiäre Vorgeschichte einer depressiven Erkrankung, Lebensereignisse seit der Entbindung, Stressige Ereignisse, die mit der Pflege des Neugeborenen zusammenhängen	Alter, Beschäftigungsstatus während der Schwangerschaft, Anzahl der Ehejahre, Sozialökonomischer Status, Höhere Werte im Attributional Style Fragebogen	Die Hälfte der Frauen, die an einer postpartalen Depression erkrankten, entwickelten schon innerhalb der ersten Woche nach der Entbindung depressive Symptome. Die durchschnittliche Dauer einer postpartalen Depression betrug 3,3 Wochen. Aufgrund der Ergebnisse kann nicht gesagt werden, dass die postpartale Zeit im Vergleich zur Zeit der Schwangerschaft ein erhöhtes Risiko für Depressionen darstellt. Für das Vorliegen postpartaler depressiver Symptome, die nicht für eine Diagnose ausreichten, waren hohe Werte im BDI während der Schwangerschaft, mit der Neugeborenenpflege zusammenhängende stressige Ereignisse, obstetrische Risikofaktoren und Verhaltensweisen in Bezug auf Selbstkontrolle vorhersagend.

Abkürzungen siehe Liste auf Seite 41 und 42

Autor	Population	Diagnosekriterien	Methode der Studie	Häufigkeit	Beeinflussende Faktoren	Faktoren, die sich nicht bestätigt haben	Anmerkungen des Autors
O'Hara et al. 1990, USA	182 schwangere Frauen und 189 nicht schwangere Kontrollfrauen	SADS RDC	SADS Interview mit RDC Diagnose und 5 Fragebögen zum 1. Messzeitpunkt (BDI, SCL-90-R, Dyadic Adjustment Scale, SAS-SR, Premenstrual Assessment Form) VAS Fragebogen 9 Messzeitpunkte zwischen 34. SSW und 8.Tag p.p. 3 Fragebögen in der 34. SSW, 3/ 6/ 9 Wochen p.p. (BDI, SCL-90-R,SAS-SR) SADS Interview mit RDC Diagnose und die Dyadic Adjustment Scale 9 Wochen p.p. Messzeitpunkte: 2. Trimester der Schwangerschaft, 9 Wochen p.p.	2. Trimester der Schwangerschaft : - 7,7 % 9 Wochen p.p. : - 10,4 % (Punktprävalenz)			Im 2. Trimester der Schwangerschaft waren 5,6 % der Kontrollfrauen depressiv, 9 Wochen p.p. 7,8 %. Die Depressionen der Wöchnerinnen unterschieden sich in Auftreten und Dauer nicht von den Depressionen der Kontrollfrauen. In der späten Schwangerschaft und im frühen Wochenbett kamen die Wöchnerinnen im Vergleich zu den Kontrollfrauen auf signifikant höhere Werte bei Depressionssymptomen und gaben schlechtere soziale Anpassung in den psychologischen Tests an. Nach den Pitt Kriterien hatten 41,8 % der Wöchnerinnen einen Postpartum Blues, (10,1 % der Kontrollfrauen hatten die Symptome eines Blues), nach den Handley Kriterien lag bei 26,4 % der Wöchnerinnen ein Postpartum Blues vor, (7,3 % der Kontrollfrauen hatten hier die Symptome eines Blues).
O'Hara et al. 1982, USA	170 schwangere Frauen	BDI	Soziodemographische, persönliche und obstetrische Daten BDI SCQ The Dysfunctional Attitude Scale ASQ IES SAS SRRS Messzeitpunkte: 2. Trimester der Schwangerschaft, 12 Wochen p.p.	2. Trimester der Schwangerschaft: - 18,8 % (Punktprävalenz) 12 Wochen p.p.: - 16,5 % (Punktprävalenz)	Hohe Depressionssummenwerte im BDI während der Schwangerschaft, Stressiges Lebensereignis, Höhere Werte im Attributional Style Fragebogen	Ausbildung, Einkommen, Parität, Familienstand, Verlust der Mutter, Verlust des Vaters, Menstruationsprobleme in der Vorgeschichte, Größe des sozialen Netzwerkes	
Paykel et al. 1980, UK	120 randomisiert ausgesuchte Mütter	Rascin Three Area Depression Scale	Persönliche, demographische und obstetrische Daten Rascin Three Area Depression Scale Interview for Recent Life Events Messzeitpunkt: 6-8 Wochen p.p.	6-8 Wochen p.p.: - 20 % (Prävalenz) - 17,5 % (Inzidenz)	unerwünschtes Lebensereignis, Chronischer Stress, Vorgeschichte einer psychischen Erkrankung, Jüngerer Alter, postpartum Blues, geringe soziale Unterstützung	Arbeitslosigkeit, Weitere Kinder im Haushalt, Vorhergehender Verlust eines Kindes, Obstetrische Probleme, Einstellung zur Schwangerschaft	Die postpartale Depression ist aufgrund der auslösenden Faktoren wie Lebensereignisse, chronischem Stress und Vorgeschichte einer psychischen Erkrankung vergleichbar mit einer Depression zu einem anderen Zeitpunkt.

Abkürzungen siehe Liste auf Seite 41 und 42

Autor	Population	Diagnosekriterien	Methode der Studie	Häufigkeit	Beeinflussende Faktoren	Faktoren, die sich nicht bestätigt haben	Anmerkungen des Autors
Pitt 1968, UK	305 schwangere Frauen	Fragebogen u. Klinisches Interview	Obstetrische u. psychosoziale Daten Fragebogen u. Klinisches Interview Hamilton Scale Maudsley Personality Inventory Messzeitpunkte: 3. Trimester der Schwangerschaft, 6-8 Wochen p.p.	6-8 Wochen p.p.: - 10,8 % (Punktprävalenz)	Hohe Neurotizismus- und niedrige Extraversionswerte im Persönlichkeitstest, Dysmenorrhoe in der Vorgeschichte, weniger als drei Jahre verheiratet, Postpartale Blues, Fehlende Komplikationen in der Schwangerschaft	Alter, Soziale Schicht, Sozialer Stress, Ungeplante Schwangerschaft, Geschlecht des Kindes, Psychische, obstetrische oder andere Erkrankung in der Vorgeschichte, Endokrine Abnormalität, Ängstlichkeit in der Schwangerschaft, Dauer der Wehen, Komplikationen während der Entbindung	Nur eine der Frauen hatte eine "klassische" Depression, bei allen anderen war die Depression "atypisch". 3,9 % der Frauen, (bezogen auf die Gesamtzahl), waren nach einem Jahr noch nicht wieder gesund.
Playfair u. Gowers 1981, UK	618 schwangere Frauen	Interview Checkliste depressiver Symptome > 6 Symptome	Persönliche, demographische und obstetrische Daten teilweise anhand der Guttman scale analysis Checkliste depressiver Symptome Messzeitpunkte: 2. Trimester der Schwangerschaft, 2 Wochen p.p., 3 Monate p.p.	2. Trimester der Schwangerschaft: - 8-10 % (Punktprävalenz) 2 Wochen p.p.: - 8-10 % (Punktprävalenz) 3 Monate p.p.: - 10 % (Punktprävalenz)	Vorgeschichte einer Wochenbettdepression, Fehlgeburt in der Vorgeschichte, depressive Symptome in der Schwangerschaft, Postpartale Blues, Stress nach der Entbindung, insbesondere Eheprobleme, häusliche Probleme und eigene Krankheit, Dysmenorrhoe in der Vorgeschichte, psychiatrische Erkrankung in der Vorgeschichte, niedrige berufliche Stellung des Partners	Komplikationen während der Schwangerschaft oder der Entbindung, Abwesenheit des Partners während der Entbindung, gesundheitliche Probleme des Kindes, Familienstand	
Pop et al. 1991, Niederlande	293 schwangere Frauen weißer Hautfarbe	RDC	RDC Diagnose Messzeitpunkte: 32. SSW, 4 Wochen p.p. und dann alle 6 Wochen bis zur 34. Woche p.p.	4.-34. Woche p.p.: - 21 % (Inzidenz)	Schilddrüsen Dysfunktion		Bei den 61 depressiven Frauen trat eine Schilddrüsendysfunktion zweimal so häufig auf wie bei den übrigen 232 Frauen ohne Depression.
Saks et al. 1984, USA	20 schwangere Frauen ohne psychische Erkrankung in der Vorgeschichte	HRS DSM III	Postpartum Emotional Disorders Questionnaire BDI Differential Emotions Scale/Adjective Checklist zum Messzeitpunkt 26.-36. SSW BDI und Adjective Checklist zu den Messzeitpunkten 2 Tage und 6 Wochen p.p. Interview, Hamilton Rating Scale for Depression und DSM III Diagnose zum Messzeitpunkt 6 Wochen p.p. Messzeitpunkt: 6 Wochen p.p.	6 Wochen p.p.: - 10 % (Punktprävalenz)	Sorgen vor der Entbindung		60 % der Frauen litten einige Tage bis zu 2 Wochen an Traurigkeit, Ängstlichkeit, häufigem Weinen und Selbstvorwürfen während der ersten 6 Wochen p.p.. Für die Diagnose einer depressiven Episode waren die Erscheinungen jedoch nicht ausreichend.

Autor	Population	Diagnosekriterien	Methode der Studie	Häufigkeit	Beeinflussende Faktoren	Faktoren, die sich nicht bestätigt haben	Anmerkungen des Autors
Stein et al. 1989, UK	483 schwangere Frauen	GHQ MADRS Present state examination interview	Soziale, sozioökonomische und obstetrische Daten GHQ MADRS Present state examination interview Messzeitpunkte: 32.-34. SSW, 3 Monate p.p.	32.-34. SSW: - 6 % 3 Monate p.p.: - 6,7 % (Punktprävalenz) - 5,2 % (Inzidenz)	Geringes Einkommen, keine Vertrauensperson vorhanden	Komplikationen während der Entbindung	
Stuart et al. 1998, USA	107 verheiratete Mütter, repräsentativ für die Allgemeinbevölkerung	BDI \geq 10	4 Fragebögen: BDI, EPDS, BAI, STAI Messzeitpunkte: 14 Wochen p.p., 30 Wochen p.p.	14 Wochen p.p. : - 23,3 % (Punktprävalenz) 30 Wochen p.p. : - 18,7 % (Punktprävalenz) - 7,48 % (Inzidenz 14-30 Wochen p.p.)	Starke Korrelation zwischen dem Auftreten von Symptomen von Ängstlichkeit und Depression postpartal		Screening Messen von Symptomen, keine Diagnosenstellung. Die Punktprävalenz der Ängstlichkeit war 8,7 % 14 Wochen p.p. und 16,8 % 30 Wochen p.p. Die Inzidenz von Ängstlichkeit 14-30 Wochen p.p. betrug 10,3 %. Der EPDS-Fragebogen war ein gutes Screening-Instrument für Ängstlichkeit und Depression.
Sugawara et al. 1998, Japan	105 (1329) schwangere Frauen	SADS RDC	SDS Fragebogen bei 1329 Frauen (8 Messzeitpunkte zwischen < 12. SSW und 18 Monate p.p.) SADS Interview und RDC Diagnose bei 105 randomisiert ausgesuchten Frauen (3 Messzeitpunkte) Messzeitpunkte: 34. SSW, 5 Tage p.p., 1 Monat p.p.	Punktprävalenz: Frühe Schwangerschaft: - 12 % 34. SSW: - 10 % 5 Tage p.p. : - 11 % 7 % Minor Depression 4 % Major Depression 1 Monat p.p. : - 9 % 4 % Minor Depression 3 % Major Depression 2 % Atypische Depression			Anhand der Zung Self-Rating Scale sollte die Struktur depressiver Symptome in der Perinatalperiode untersucht werden.
Thorpe et al. 1991, UK/ Griechenland	165 schwangere Griechinnen und 101 schwangere Britinnen und jeweils ihre Partner	EPDS \geq 12	Sozioökonomische und persönliche Daten, Crown-Crisp Experiential Index zum Messzeitpunkt 12.-24. SSW EPDS zum Messzeitpunkt 4 Wochen p.p. Messzeitpunkt: 4 Wochen p.p.	4 Wochen p.p.: - 13 % (Punktprävalenz)	Mangelnde soziale Unterstützung, einschneidendes Lebensereignis, emotionales Befinden während der Schwangerschaft	Somatische Symptome während der Schwangerschaft	3 % der griechischen Partner und 4% der britischen Partner hatten EPDS-Werte > 10. Die griechischen Väter waren physisch und emotional distanzierter zu Schwangerschaft und Geburt als die britischen Väter. Es gab keine Unterschiede zwischen dem emotionalen Befinden der Griechinnen und dem der Britinnen post partum.

Abkürzungen siehe Liste auf Seite 41 und 42

Autor	Population	Diagnosekriterien	Methode der Studie	Häufigkeit	Beeinflussende Faktoren	Faktoren, die sich nicht bestätigt haben	Anmerkungen des Autors
Tod u. Edin 1964, UK	700 schwangere Frauen	Interview	Interview über demographische, persönliche, psychosoziale und obstetrische Daten Messzeitpunkte: ab 10. SSW alle 4 Wochen in der Schwangerschaft, 10 Tage p.p., 2 Wochen p.p., 6 Wochen p.p., 12 Wochen p.p., 6 Monate p.p., 12 Monate p.p.	10 Tage p.p.-12 Monate p.p.: - 2,9 % (Inzidenz)	Pathologische Ängstlichkeit während der Schwangerschaft, medizinische oder obstetrische Belastungen in der Vorgeschichte, problematisches soziales Umfeld, erlebte Totgeburt oder Kind mit kongenitalen Mißbildungen in der Vorgeschichte, schwache Persönlichkeit	Alter, soziale Schicht	Die Behandlung ängstlicher Frauen in der Schwangerschaft mit Monoaminoxidase-Hemmern konnte eine postpartale Depression nicht verhindern, jedoch Ausprägung und Dauer reduzieren.
Troutman u. Cutrona 1990, USA	128 junge schwangere Frauen im Alter zwischen 14 und 18 Jahren und 114 „Kontrollfrauen“ im gleichen Alter, die noch nie schwanger waren	SADS RDC	Demographische und persönliche Daten BDI und SADS Interview mit RDC Diagnose Rosenberg Self-Esteem Scale Measure of social maturity Wechsler Intelligence Scale Messzeitpunkte: Während der Schwangerschaft, 6 Wochen p.p., 1 Jahr p.p.	Während der Schwangerschaft: - 16 % (Punktprävalenz) 6 % Major Depression 10 % Minor Depression 6 Wochen p.p.: - 26 % (Punktprävalenz) 6 % Major Depression 20 % Minor Depression 1 Jahr p.p.: - 20 % (Punktprävalenz) 6 % Major Depression 14 % Minor Depression	Depression in der Vorgeschichte	Persönlichkeit (Messung von Selbstachtung, Einschätzung sozialer Reife bei Erwachsenen), Dysthymie, Drogen-, Alkoholabusus, Selbstmordversuche in der Vorgeschichte, Depression, Alkoholabusus, psychiatrische Hospitalisation oder Selbstmord in der familiären Vorgeschichte, BDI Werte (gesamt)	Kontrollgruppe: In der Schwangerschaft hatten 3 % der Frauen eine Major- und 14 % eine Minor Depression. 6 Wochen p.p. 4 % eine Major- und 10 % eine Minor Depression und 1 Jahr p.p. 2 % eine Major- und 17 % eine Minor Depression. Die Depressionsraten der untersuchten Frauen unterschieden sich somit nicht signifikant voneinander! Die Summenwerte somatischer Symptome im BDI waren jedoch zu allen Messzeitpunkten bei den Frauen, die ein Kind bekommen hatten, höher als bei den „Kontrollfrauen“.
Watson et al. 1984, UK	128 randomisiert ausgesuchte schwangere Frauen	SPI ICD-9	Persönliche und demographische Daten SPI 2 Messzeitpunkte ICD-9 Diagnose SRQ 16 Messzeitpunkte zwischen 13. SSW und 36. Woche p.p. IR 11 Messzeitpunkte zwischen 20. SSW und 36. Woche p.p. MACL 8 Messzeitpunkte zwischen 13. SSW und 36. Woche p.p. CCEI in der 13. SSW, 36. SSW und 13 Wochen p.p. EPQ in der 13. SSW und der 36. SSW Messzeitpunkte: In der Schwangerschaft, 6 Wochen p.p.	In der Schwangerschaft: - 9,4 % (Prävalenz in der gesamten Schwangerschaft) 6 Wochen p.p. : - 11,7 % (Punktprävalenz 6 Wochen p.p.) - 7,8 % (Inzidenz 0-6 Wochen p.p.) - 22 % (Periodenprävalenz 0-1 Jahr p.p.)	Beziehungsprobleme, Vorgeschichte einer psychischen Erkrankung, Problematisches Lebensereignis, (Neurotizismus vor der Schwangerschaft)	Soziale Schicht, Familienstand, Parität	Anhand der Fragebögen sollten psychische Auffälligkeiten, Verhaltensweisen und Gefühle über die Schwangerschaft erfasst werden. Eine biologische Ursache der postpartalen Depression konnte nur bei einer geringen Minderheit der Patientinnen angenommen werden.

Autor	Population	Diagnosekriterien	Methode der Studie	Häufigkeit	Beeinflussende Faktoren	Faktoren, die sich nicht bestätigt haben	Anmerkungen des Autors
Webster et al. 1994, Neuseeland	206 Wöchnerinnen	EPDS \geq 12 EPDS \geq 9	Demographische und persönliche Daten EPDS MAMA Messzeitpunkt: 4 Wochen p.p.	4 Wochen p.p.: - 7,8 % (Punktprävalenz Major Depression, EPDS \geq 12) - 21,5 % (Punktprävalenz, EPDS \geq 9)	Alleinerziehend, Alter < 20 Jahre bei der Geburt des ersten Kindes, Beziehungsprobleme, psychiatrische Hospitalisation in der Vorgeschichte, Maori		Aufgrund der erstmaligen Verwendung des EPDS in Neuseeland wurde eine klinische Validierung bei 27 der untersuchten Frauen durchgeführt.
Whiffen 1988, Canada	115 in fester Beziehung lebende Erstgebärende	SADS RDC	Demographische, persönliche und obstetrische Daten SADS Interview RDC Diagnose Hamilton Depression Scale BDI MAT LEI Ames Crying Questionnaire Messzeitpunkt: 35. SSW, 11 Tage p.p., 6-8 Wochen p.p.	6-8 Wochen p.p.: Punktprävalenz: - 16,5 % 6,1 % (Major Depression) 10,4 % (Minor Depression)	Unzufriedenheit in der Partnerschaft, hohe Werte depressiver Symptome im BDI während der Schwangerschaft	Schwierigkeiten mit dem Neugeborenen, stressige Lebensereignisse	Hohe Werte depressiver Symptome waren nicht synonym mit der Diagnose Depression.
Wickberg u. Hwang 1997, Schweden	1584 Mütter	EPDS \geq 11	Demographischer Fragebogen EPDS Messzeitpunkte: 8 Wochen p.p., 12 Wochen p.p.	8 Wochen p.p. : - 12,5 (Punktprävalenz) 12 Wochen p.p. : - 8,3 (Punktprävalenz) - 4,5 (Periodenprävalenz 8-12 Wochen p.p.)	Singlestatus	Alter, beruflicher Status, Anzahl weiterer Kinder, Parität	

Abkürzungen siehe Liste auf Seite 41 und 42

Autor	Population	Diagnosekriterien	Methode der Studie	Häufigkeit	Beeinflussende Faktoren	Faktoren, die sich nicht bestätigt haben	Anmerkungen des Autors
Wolkind et al. 1980, UK	131 randomisiert ausgesuchte Erstgebärende aus der Arbeiterschicht	Interview mit standardisierter "mental state examination"	Interview mit standardisierter "mental state examination" Messzeitpunkte: 7. Schwangerschaftsmonat, 4 Monate p.p., 14 Monate p.p., 27 Monate p.p., 42 Monate p.p.	Vor der Schwangerschaft: - 13 % (1) - 9 % (2) 7. Schwangerschaftsmonat: - 12 % (1) - 16 % (2) 4 Monate p.p.: - 23 % (1) - 10 % (2) 14 Monate p.p.: - 7 % (1) - 18 % (2) 27 Monate p.p.: - 23 % (1) - 16 % (2) 42 Monate p.p.: - 12 % (1) - 23 % (2) (1): Prävalenz einer psychiatrischen Erkrankung, die sich durch Symptome äußert (2): Prävalenz einer psychiatrischen Erkrankung, die sich durch Symptome und Beeinträchtigung äußert			In der Mehrzahl der Fälle war das klinische Bild der psychiatrischen Erkrankung eine Depression oder pathologische Ängstlichkeit. Depression in der Schwangerschaft war assoziiert mit physischen Schwangerschaftserkrankungen, vor allem Bluthochdruck.
Wrate et al. 1984, UK	91 Mütter, die drei Jahre nach der Entbindung erneut untersucht wurden	SPI	Obstetrische Daten SPI EPQ Messzeitpunkt: 3 Jahre p.p.	3 Jahre p.p.: - 1 % (Punktprävalenz) - 8,8 % (Periodenprävalenz 2-3 Jahre p.p.)			Es gab keine Beziehung zwischen langandauernder postpartaler Depression der Mutter und Verhaltensstörungen des Kindes. Kinder, deren Mütter kurze postpartale depressive Episoden hatten, zeigten häufiger Verhaltensauffälligkeiten, als die Kinder gesunder Mütter.

Abkürzungen siehe Liste auf Seite 41 und 42

Autor	Population	Diagnosekriterien	Methode der Studie	Häufigkeit	Beeinflussende Faktoren	Faktoren, die sich nicht bestätigt haben	Anmerkungen des Autors
Yoshida et al. 1996, UK/Japan	98 japanische schwangere Frauen in England	EPDS \geq 12 SADS RDC	Demographische, obstetrische und persönliche Daten Maternity Blues Scale (1. Messzeitpunkt) EPDS (2./3. Messzeitpunkt) Fragebogen über Entbindungserfahrung (2. Messzeitpunkt) SADS Interview und Life event Scale (3. Messzeitpunkt) RDC Diagnose Messzeitpunkte: 5 Tage p.p., 1 Monat p.p., 3 Monate p.p.	3 Monate p.p. : - 12 % (Inzidenz) 0-3 Monate p.p.): 6 % Minor Depression 6 % Major Depression	Stressiges, das Leben beeinflussendes Ereignis in den letzten 10 Monaten, obstetrische Schwierigkeiten, länger als 12 Stunden andauernde Wehen	Alter, Parität, Aufenthaltsdauer in UK, Schulbildungsniveau, psychische Erkrankung in der Vorgeschichte, Abwesenheit der eigenen Mutter bei der Entbindung, Einstellung der Frau und des Partners zur Schwangerschaft, Gesundheitszustand des Babys	Häufigster Zeitpunkt des Auftretens einer Depression war ein Monat p.p.. 11/12 waren laut RDC nach drei Monaten nicht mehr depressiv. Frauen, die später depressiv wurden, hatten einen Monat p.p. höhere EPDS Summenwerte als die, die nicht erkrankten. Der EPDS Fragebogen war als Screeninginstrument für das Vorliegen einer Depression nicht geeignet.
Zelkowitz u. Milet 1994, Canada	1559 in fester Beziehung lebende Wöchnerinnen, repräsentativ für Allgemeinbevölkerung	EPDS \geq 10 EPDS \geq 12	Demographische Daten EPDS Messzeitpunkt: 8 Wochen p.p.	8 Wochen p.p.: Punktprävalenz: - 6,2 % (EPDS \geq 10) - 3,4 % (EPDS \geq 12)	Singlestatus, geringes Einkommen, arbeitet nicht	Alter, Ausbildungsdauer der Frau und des Mannes, Familiengröße, Geschlecht des Kindes, soziale Schicht	Das Ergebnis der Prävalenz einer postpartalen Depression dieser Studie ist vergleichbar mit Ergebnissen epidemiologischer Studien von Frauen im gebärfähigen Alter. D.h. also, dass möglicherweise kein erhöhtes Risiko für Frauen besteht, nach der Geburt eines Kindes an einer Depression zu erkranken.

Abkürzungen siehe Liste auf Seite 41 und 42

Abkürzungsliste

- ASQ Attributional Style Questionnaire, Seligman, Abramson, Semmel und von Baeyer, 1979
- ASQ Attributional Style Questionnaire, Peterson et al., 1982
- ASSIS Arizona Social Support Interview Schedule, Barerra
- BAI Beck Anxiety Inventory, Beck & Steer, 1991
- BDI Beck Depression Inventory, Beck et al., 1961
- CCEI Crown-Crisp Experiential Index
- CES-D Center for Epidemiological Studies-Depression scale, Myers & Weissmann, 1980; Radloff, 1977
- CSI Childcare Stress Inventory, Cutrona, 1983
- DACL Depression Adjective Check List, Forms B and E, Lubin, 1965
- DAS Dysfunctional Attitudes Scale, Form A, Weissman & Beck, 1978
- DSM IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association, 4. Auflage, American Psychiatric Association, 1994
- DSQ Defence Style Questionnaire, Andrews et al., 1989
- DSSI/sAD Delusions-Symptoms-States Inventory, Bedford et al., 1976
- DYAS Dyadic Adjustment Scale, Spanier, 1976
- EPDS Edingburgh Postnatal Depression Scale, Cox et al., 1987
- EPI Eysenck Personality Inventory, Eysenck & Eysenck, 1964
- EPQ Eysenck`s Personality Questionnaire, Eysenck and Eysenck, 1975
- GHQ-28 The 28-Item General Health Questionnaire, Goldberg & Hillier, 1979
- GHQ-30 The 30-Item General Health Questionnaire, Goldberg, 1972
- GHQ-60 The 60-Item General Health Questionnaire, Goldberg, 1972
- HDHQ The Hostility and Direction of Hostility Questionnaire, Caine et al., 1967
- HRS Hamilton Rating Scale for Depression, Hamilton, 1960, 1967
- IBM Intimate Bond Measure, Wilhelm and Parker, 1988
- ICD-10 International Classification of Mental and Behavioural Disorders, World Health Organization, 1992
- IES Interpersonal Events Schedule, Youngren and Lewinsohn, 1980
- IPSM Interpersonal Sensitivity Measure, Boyce & Parker, 1989
- IR Interviewer Rating
- LE Interview schedule for life events, Paykel et al., 1980
- LEDS Bedford College Life Events and Difficulties Schedule, Brown and Harris, 1978

LEI Life Events Inventory, Cochrane & Robertson, 1973
 MACL Mood Adjective Check List
 MADRS Montgomery and Asberg Depression Rating Scale, Montgomery & Asberg, 1979
 MAMA Measure of maternal adjustment and maternal attitudes, Kumar et al., 1984
 MAT Marital Adjustment Test, Locke & Wallace, 1959
 PAS Psychiatric Assessment Schedule, Dean et al., 1983
 PBI Parental Bonding Instrument, Parker, Tupling, & Brown, 1979
 PES-MR scale Pleasant Events Schedule-mood-related scale, MacPhillamy and Lewinsohn, 1976
 Pitt`s Kriterien Pitt`s Kriterien 1968
 PLES Pilkonis Life Events Schedule, Pilkonis, 1979
 PPSS Peripartum Stress Scale, O`Hara et al., 1984
 PSE Present State Examination, Wing et al., 1974
 PSS Perceived Stress Scale, Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983
 PSS Peripartum Stress Scale, Varner, 1982
 RDC Research Diagnostic Criteria
 SADS Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Endicott & Spitzer, 1978
 SAS Social Adjustment Scale, Weissman & Bothwell, 1976
 SCQ Self-Control Questionnaire, O`Hara et al., 1982; Rehm et al., 1981
 SDS The Zung Self-Rating Depression Scale, Zung, 1965
 SMS Social Maladjustment Schedule, Clare & Cairns, 1978
 SPI Standardised Psychiatric Interview, Goldberg et al., 1970
 SPQ Social Problems Questionnaire, Corney and Clare, 1985
 SRQ Self-Report Questionnaire
 SSNI Social Support Network Inventory, Flaherty et al., 1981
 STAI State-Trait Anxiety Inventory, Spielberger et al., 1970
 VAS Visual analogue scales
 WCC Ways of Coping Checklist, Folkman & Lazarus, 1985

3. Empirische Untersuchung - Material und Methoden

3.1. Material

3.1.1. Stichprobenerhebung

Die Daten- und Stichprobenerhebung für die vorliegende Arbeit erfolgte innerhalb eines Forschungsprojektes des Funktionsbereiches Gynäkologische Psychosomatik der Frauenklinik des Universitätsklinikums Bonn. Für das Forschungsprojekt mit dem Titel „Erleben der Entbindung unter besonderer Berücksichtigung traumatischer Erfahrungen“ wurde ein Antrag auf Genehmigung bei der Ethik-Kommission der Rheinischen Friedrichs-Wilhelms-Universität gestellt. Dieser wurde am 13.11.2000 genehmigt. Die Stichprobe wurde in dem Zeitraum vom 5. Dezember 2000 bis 7. Mai 2001 erhoben. Der erfasste Personenkreis setzte sich aus allen Frauen zusammen, die in dieser Zeit zur Entbindung in der Universitätsfrauenklinik Bonn aufgenommen wurden. Durch die fortlaufende Erfassung der Frauen sollte eine gerichtete Selektion vermieden und allen Wöchnerinnen die Möglichkeit einer Studienteilnahme gegeben werden. Frauen, die für eine ambulante Entbindung in die Klinik kamen, konnten nicht in die Studie miteinbezogen werden, da nach dem Untersuchungsplan das erste Interview zwischen dem zweiten und dem fünften postpartalen Tag im Krankenhaus durchgeführt werden sollte.

Insgesamt wurden 414 Frauen angesprochen und hinsichtlich ihrer Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie befragt. Ziel war es, mindestens 200 Wöchnerinnen für eine Teilnahme zu gewinnen. **Ausgeschlossen** von der Untersuchung wurden Probandinnen mit folgenden Kriterien: Alter unter 18 Jahren, unzureichende Deutschkenntnisse und Vorhandenseins eines gesetzlichen Vormundes aufgrund fehlender Geschäftsfähigkeit.

Im Verlauf der Stichprobenerhebung ergab es sich, dass außerdem bei den Frauen, deren Kind unter oder nach der Geburt gestorben oder deren Neugeborenes sich in einem sehr instabilen gesundheitlichen Zustand befand, von einer Befragung abgesehen wurde. Mit Rücksichtnahme auf ihre belastende Lebenssituation wurden diese Wöchnerinnen nicht in die Untersuchung einbezogen.

179 der 414 erfassten Frauen nahmen aus unterschiedlichen Gründen nicht an der Studie teil. In Tabelle 1 sind die Erklärungen für die Ablehnung einer Teilnahme aufgeführt und hinsichtlich der Häufigkeit unterteilt.

	Anzahl (absolut)
Keine ausreichenden Deutschkenntnisse, Analphabetin, Minderjährigkeit	33
Mutter krank oder überfordert, Kind krank oder gestorben	30
Ambulant entbunden, frühzeitig entlassen, nicht erreichbar	62
Verweigerung der Studienteilnehmerin	54
Gesamt	179

Tabelle 1: Gründe gegen die Studienteilnahme

237 Frauen (57,3 % der in dem genannten Zeitraum an der Universitätsfrauenklinik erfassten Frauen) erklärten sich nach mündlicher und schriftlicher Einverständniserklärung zu einer Teilnahme an der Studie bereit und nahmen an der ersten Befragung teil. Unter ihnen waren zwei Frauen, die das Interview wegen fehlenden Verständnisses für die Art der Fragen nach kurzer Zeit abbrachen. Die Stichprobe reduzierte sich infolgedessen auf eine Zahl von 235 Wöchnerinnen. 205 Frauen (87,2 %) gaben ihre ausgefüllten Fragebögen zurück und erfüllten somit die Voraussetzungen für eine weitere Studienteilnahme. Sie wurden laut Studienplan nach 6-8 Wochen erneut kontaktiert und um ein weiteres Mitwirken gebeten. Probandinnen, von denen für den ersten Erhebungszeitpunkt keine vollständigen Datensätze vorlagen, konnten nicht in die Studie einbezogen werden. Die empirische Untersuchung der vorliegenden Arbeit wurde also an einer Stichprobe von 205 Frauen durchgeführt. Gründe der Wöchnerinnen für die Ablehnung einer Fortsetzung der Teilnahme nach dem 1. Interview sind in Tabelle 2 dargestellt. Eine Übersicht über die Erhebungszeitpunkte und Untersuchungsinstrumente erfolgt im Kapitel 3.2..

	Anzahl (absolut)
Überforderung, Zeitmangel, Krankheit	5
„Zweifel“ an Zusammenhang zwischen Befragung und Studienziel	2
Keine Kontaktaufnahme nach dem 1. Interview mehr möglich	7
Ablehnung ohne Angabe von Gründen	29
Gesamt	43

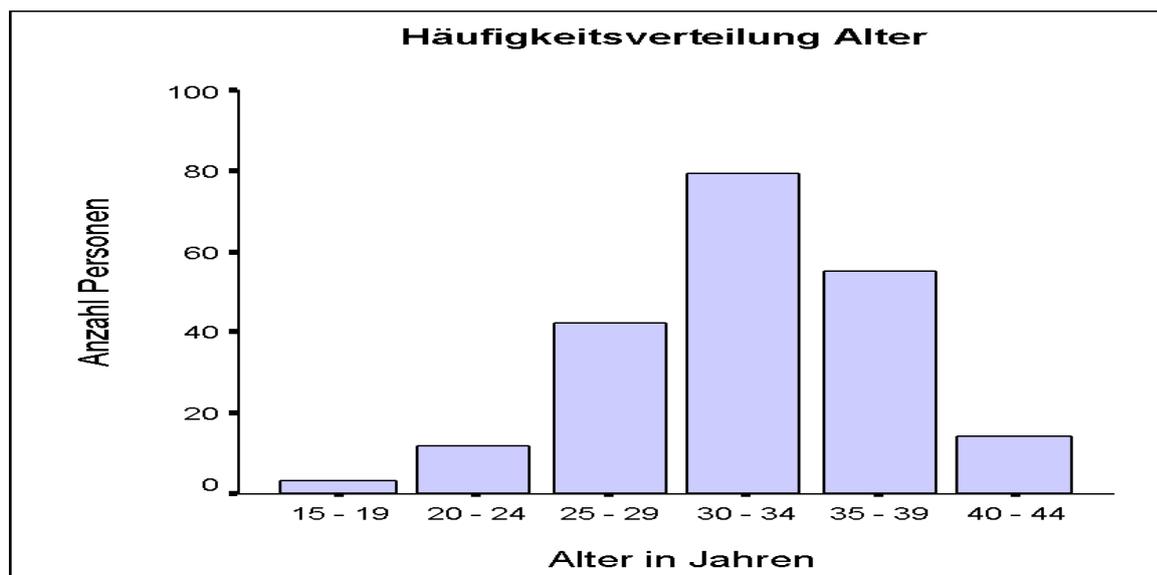
Tabelle 2: Gründe gegen die Fortsetzung der Teilnahme (2. Interview, 6-8 Wochen post partum)

192 Frauen, 81,7 % der Ausgangsstichprobe, beteiligten sich am zweiten Durchgang der Befragung. Diesmal ergab sich ein Rücklauf von 162 Fragebögen, d. h. 84,4 % der ausgegebenen Fragebögen wurden zurückgesandt.

3.1.2. Beschreibung der Stichprobe anhand soziodemographischer Daten

3.1.2.1. Alter

Die Studienteilnehmerinnen hatten ein durchschnittliches Alter von 32 Jahren, die jüngste Teilnehmerin war 18 Jahre, die älteste 43 Jahre (Grafik 1).



Grafik 1: Alter der Studienteilnehmerinnen (n = 205), aufgeteilt in 6 Kategorien

Die Grafik macht deutlich, dass Studienteilnehmerinnen im Alter von 31 und 35 Jahren am häufigsten vertreten waren.

Die folgende Tabelle zeigt die in der Stichprobe vertretenen Altersgruppen und setzt sie in Beziehung zur Gesamtpopulation entbundener Frauen der Bundesrepublik Deutschland des Jahres 1999.

Alter	Eigene Stichprobe		Gesamtgeburtenzahl (1999, BRD)*	
	Anzahl (absolut)	Prozent (%)	Anzahl (absolut)	Prozent (%)
15 - 19	3	1,5	22.150	3
20 - 24	12	5,9	117.022	15
25 - 29	42	20,5	229.889	30
30 - 34	79	38,5	270.918	35
35 - 39	55	26,8	112.483	15
40 - 44	14	6,8	17.538	2
45 - 49	-	-	636	0,1
Gesamt	205	100	770.636	100

Anmerkung: Prozentangaben wurden auf- bzw. abgerundet; (*) = Angabe Statistisches Bundesamt Wiesbaden, bezogen auf das Berichtsjahr 1999

Tabelle 4: Gegenüberstellung der Altersverteilung der eigenen Stichprobe und der Gesamtpopulation der Frauen, die 1999 in Deutschland entbunden haben

Der Vergleich der Altersverteilung zwischen der eigenen Stichprobe und der Gesamtpopulation entbundener Frauen veranschaulicht, dass die Gruppe der 30-34-jährigen in der Stichprobe adäquat repräsentiert ist, die Gruppen der jüngeren Frauen jedoch unter- und die der älteren überrepräsentiert sind.

3.1.2.2. Nationalität

Die meisten (91,2 %) der 205 befragten Frauen hatten die deutsche Staatsbürgerschaft, 3,9 % der Studienteilnehmerinnen waren Staatsbürgerinnen anderer EU-Staaten und 4,9 % stammten aus Nicht EU-Staaten.

3.1.2.3. Schulbildung

Der überwiegende Teil der Studienteilnehmerinnen (n = 125) hat ein Gymnasium besucht, 59 Frauen die Realschule und 19 Frauen die Hauptschule (Tabelle 5).

	Anzahl (absolut)	Prozent (%)
Hauptschule	19	9,3
Realschule	59	29,1
Gymnasium	125	61,6
Gesamt	203	100

Tabelle 5: Schulausbildung der Studienteilnehmerinnen (n=203)

Weiterhin war eine von den 203 befragten Frauen ohne Schulabschluss und eine weitere befand sich noch in der Schulausbildung. Aus diesen Zahlen wird ersichtlich, dass überdurchschnittlich viele Frauen mit einem hohen Bildungsniveau an der Studie teilnahmen.

3.1.2.4. Berufsausbildung

Der Anteil der Frauen, die studiert hatten oder sich noch im Studium befanden, war mit 41,7 % sehr hoch. 48 % der Studienteilnehmerinnen hatten eine Lehre oder Fachschule abgeschlossen, 3,4 % eine andere Ausbildung, 1,5 % befanden sich noch in der Ausbildung und 5,4 % waren ohne Ausbildung.

	Anzahl (absolut)	Prozent (%)
Lehre/Fachschule mit Abschluss	98	48
Hochschule mit/ohne Abschluss	85	41,7
Andere Ausbildung	7	3,4
In Ausbildung	3	1,5
Keine Ausbildung	11	5,4
Gesamt	204	100

Tabelle 6: Berufsausbildung der Studienteilnehmerinnen (n = 204)

3.1.2.5. Familienstand

Die Mehrzahl der Studienteilnehmerinnen war verheiratet (n = 172), 27 Frauen lebten in einer ehe-ähnlichen Partnerschaft und lediglich 4 Frauen lebten allein (Tabelle 7).

	Anzahl (absolut)	Prozent (%)
Verheiratet	172	84,7
In Partnerschaft lebend	27	13,3
Alleinlebend	4	2,0
Gesamt	203	100

Tabelle 7: Familienstand der Studienteilnehmerinnen (n = 203)

3.1.2.6. Anzahl der Kinder

47,8 % (98/205) der Studienteilnehmerinnen wurden von ihrem ersten Kind entbunden, während mehrgebärende Frauen einen Anteil von 52,2 % (107/205) ausmachten.

3.1.2.7. Planung der Schwangerschaft

145 Studienteilnehmerinnen (70,7 %) gaben an, ihre Schwangerschaft zu diesem Zeitpunkt geplant zu haben. Bei 60 Frauen (29,3 %) war die Schwangerschaft nicht geplant gewesen, aber nur 3 dieser 60 Frauen machten die Angabe, dass ihr Kind unerwünscht sei.

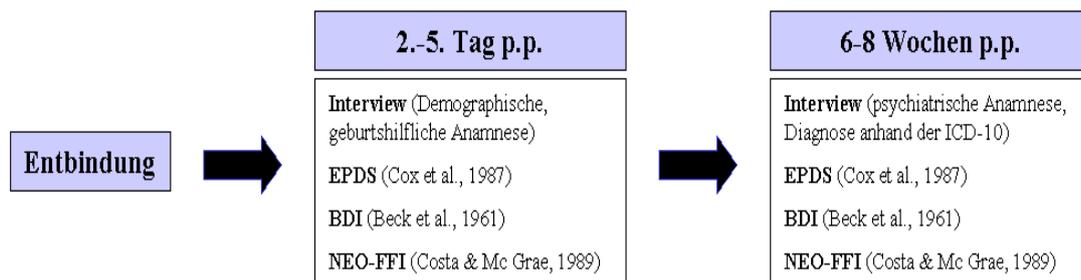
3.2. Methoden

3.2.1. Studiendesign

Die Daten, die im Rahmen des Gesamtforschungsprojektes erhoben wurden, fließen nur zum Teil in die vorliegende Arbeit ein, da diese nur eine von mehreren Fragestellungen des Projektes umfasst. Die Daten wurden anhand zweier Interviews und mehrerer Fragebögen an zwei Messzeitpunkten erhoben. In der Beschreibung der Untersuchungsinstrumente werden im Folgenden nur die Fragebögen genannt und näher erläutert, die für die vorliegende Arbeit von Bedeutung waren:

Für die Datenerhebung wurde am 2. - 5. postpartalen Tag die demographische und die geburts-hilfliche Anamnese anhand eines halbstrukturierten Interviews erstellt. Anhand der EPDS, dem Beck Depressions-Inventar (BDI) und dem NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI), Selbst-beurteilungsfragebögen, die noch ausführlicher erläutert werden, wurden weitere Informationen über das Befinden und die Persönlichkeitsmerkmale der Frauen gewonnen. 6-8 Wochen nach der Entbindung wurde ein Interview zur psychiatrischen Anamnese durchgeführt und wiederum die Fragebögen EPDS, BDI und NEO-FFI eingesetzt. Die auf diese Weise erfassten Daten fanden zur weiteren Analyse Eingang in eine Datenbank. Schließlich umfasste die gesamte Stichprobe die kompletten Datensätze über zwei Messzeitpunkte von 199 Frauen.

Die Verwendung der verschiedenen Fragebögen ist aus Gründen der Übersichtlichkeit nochmals in der Grafik 2 dargestellt.



Grafik 2: Studiendesign

Die Interviews wurden von drei speziell trainierten Psychologie- und drei Medizinstudentinnen durchgeführt, die auch für die Datenerfassung innerhalb des Forschungsprojektes zuständig waren. Um eine möglichst weitreichende Standardisierung der Durchführungsbedingungen zu erlangen, wurden die Studentinnen vorher gewissenhaft in die Interviewarbeit eingeführt und durch eine Tonbandaufnahme kontrolliert. Es folgte eine fortlaufende Supervision durch wissenschaftliche Mitarbeiter der gynäkologischen Psychosomatik. Anschließend erfolgte für jeden Einzelfall eine Besprechung und Überprüfung der vergebenen ICD-Diagnosen.

Postpartale depressive Störungen wurden in der vorliegenden Arbeit nach unterschiedlichen Kriterien diagnostiziert: Erstens wurden die Studienteilnehmerinnen in dem zweiten Interview mittels des Mini-DIPS (Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen; Margraf, 1994) befragt, das eine diagnostische Zuordnung nach ICD-Kriterien erlaubt.

Zweitens wurde die EPDS eingesetzt, ein Inventar, welches zur Diagnostik einer depressiven Störung in der Postpartalperiode entwickelt wurde (siehe 3.2.3.2.).

Drittens wurde das BDI für die Ermittlung postpartaler depressiver Störungen angewendet (siehe 3.2.3.2.). Es wurde für die vorliegende Arbeit vornehmlich aufgrund der besseren Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen anderer Studien ausgewählt und kann im Folgenden vernachlässigt werden.

3.2.2. Durchführung der Untersuchung

Alle Frauen, die zur Entbindung in die Universitätsfrauenklinik Bonn kamen, sollten für die Studie konsekutiv erfasst werden, bis eine bestimmte Anzahl von Studienteilnehmerinnen vorhanden war. Jede Frau, die im Kreißsaalbuch als Gebärende verzeichnet war, wurde

hinsichtlich ihrer Bereitschaft zur Teilnahme an der Untersuchung befragt. Sie wurde über die Vorgehensweise und das genaue Ziel der Studie unterrichtet und auch darauf hingewiesen, dass der Umgang mit personenbezogenen Daten nach den Datenschutzrichtlinien erfolgt. Bei einer Zustimmung zur Teilnahme wurden die Frauen gebeten, eine Einverständniserklärung zu unterschreiben. Nachfolgend wurde ein Interviewtermin vereinbart, wobei darauf geachtet wurde, dass das Interview ohne Anwesenheit Dritter durchgeführt werden konnte: Erstens um den Datenschutz zu wahren und zweitens um sozial erwünschte Antworten der Frauen zu vermeiden. Das erste Interview war für die Zeit zwischen dem zweiten und dem fünften Tag nach der Entbindung vorgesehen, in der sich die Wöchnerinnen im Regelfall noch in der Klinik befanden. Es wurde vor Ort auf der Station geführt und dauerte circa zwanzig Minuten. Für die Supervision der Interviewerinnen wurde mit Einverständnis der Teilnehmerin das Interview auf Tonband aufgenommen. Im Anschluss an das Interview wurden die Probandinnen um die Teilnahme an einem zweiten Interview nach 6-8 Wochen gebeten und aufgefordert, die vercodeten Fragebögen noch während des Klinikaufenthaltes und ohne Hilfe einer weiteren Person schriftlich zu beantworten und verschlossen in einem Briefumschlag zurückzugeben. Da die Frauen teilweise aus der weiten Umgebung Bonn in das Perinatalzentrum der Frauenklinik gekommen waren, konnte das Interview zum zweiten Messzeitpunkt aus organisatorischen Gründen nur telefonisch durchgeführt werden. Dabei wurde darauf geachtet, dass es möglichst mit der vom 1. Messzeitpunkt persönlich bekannten Interviewerin fertig gestellt werden konnte, um die Offenheit der Wöchnerin zu fördern. Für das telefonische Interview, das durchschnittlich vierzig Minuten dauerte, verabredete sich die jeweilige Interviewerin mit der Probandin für einen Termin, an dem die nötige Zeit und Ruhe sichergestellt waren. Nach dem Interview wurde um Rücksendung der Fragebögen gebeten, die die Frauen mit Beilage von vorfrankierten und adressierten Umschlägen mit der Post erhalten hatten.

3.2.3. Untersuchungsinstrumente und Kriterien

3.2.3.1. Interviews

Der verwendete Interviewleitfaden wurde für das Gesamtprojekt entwickelt. Es handelt sich um ein halbstrukturiertes Interview, bei dem die Fragen vorgegeben sind, die Einleitungen und Überleitungen zu den Fragen jedoch vom Interviewer frei formuliert und gestaltet werden können. Der Interviewer erhält so die Möglichkeit ein auf die Person und die Situation

bezogenes Interview zu führen und eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen. Nach dem Interview erfolgte die Zuordnung der Antwort in vorgegebene Antwortkategorien bzw. der inhaltlichen Kategorisierung der freien Antwort.

Für die vorliegende Arbeit sind nur Ausschnitte der Interviews relevant. Hierbei handelt es sich ausschließlich um Interviewfragen, die aus geschlossenen Fragen bestehen. Sie können entweder mit „Ja“ oder mit „Nein“ oder anhand einer fünfstufigen Skala beantwortet werden. Durch Vorgabe der zu wählenden Antwortmöglichkeiten soll die Objektivität der Durchführung und Auswertung gesichert werden.

Interview „Entbindungserleben 1“

Das Interview „Entbindungserleben 1“ erfasste demographische Daten wie Alter, Familienstand, Schulbildung, Berufsausbildung etc., die Anzahl der Schwangerschaften und der Daten, die u.a. den Verlauf der Entbindung und die Zufriedenheit der Frauen mit der Unterstützung bei der Entbindung durch Partner, Hebamme und Ärzte betrafen. Die für die vorliegende Arbeit relevanten Fragen des Interviews „Entbindungserleben 1“ sind:

- Art der Entbindung
- Zufriedenheit mit der Betreuung durch die Hebamme(n) im Zusammenhang mit der Entbindung
- Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung im Zusammenhang mit der Entbindung
- Zufriedenheit mit der Unterstützung durch den Partner (Familienmitglied, Freundin) im Zusammenhang mit der Entbindung

Alle Zufriedenheitsfragen wurden beantwortet auf der Basis einer 5-stufigen Skala von „sehr zufrieden“ bis „sehr unzufrieden“.

Interview „Entbindungserleben 2“

Das Interview „Entbindungserleben 2“ diente der Erfassung psychopathologischer Störungen in der Zeit vor der Schwangerschaft, in der Schwangerschaft und während des Wochenbetts. Es enthält die Teile des Mini-DIPS (Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen; Margraf, 1994), mit dem ein postpartales Störungsbild strukturiert erfasst werden kann, wie etwa eine affektive Störung oder eine Angsterkrankung etc. Mit dem Mini-DIPS werden psychische Störungen nach den Kriterien des DSM-IV und der ICD-10 erfasst, es stellt eine Kurzfassung des

Diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen (DIPS; Margraf, Schneider & Ehlers, 1991a) dar. Das Mini-DIPS verfügt über Interrater-Reliabilitäten (Kappa-Koeffizient) zwischen $r = .98$ und $r = .84$ und eine hohe Übereinstimmungsvalidität zu DIPS Diagnosen (Kappa-Koeffizient zwischen $r = .66$ und $r = 1.0$ für Einzeldiagnosen). Aufgrund dieser Gütekriterien kann gesagt werden, dass das Mini-DIPS ein hinreichend reliables und valides Instrument darstellt. Für das Interview „Entbindungserleben 2“ wurden die Fragen des Mini-DIPS` ergänzt durch sämtliche Symptome, die auch für die Diagnose einer psychischen Störung nach DSM-IV oder ICD-10 abgefragt werden. Außerdem wurden die Interviewfragen an die spezifische Situation des Wochenbetts angepasst (z.B. „Haben Sie nach der Entbindung einige der nachfolgenden Gedanken und Gefühle gehabt?“; Frage 20, Anhang).

Gaben die befragten Frauen im Interview Symptome einer psychischen Störung an, erfolgte die Diagnosevergabe in Absprache mit der Psychiaterin Frau Professorin Dr. med. A. Rohde nach detaillierter Vorstellung des Falles anhand der Kriterien der ICD-10. Mit der Diagnosestellung durch eine klinisch erfahrene Psychiaterin wurde gewährleistet, dass alle relevanten Symptome richtig gewertet und die Diagnosekriterien gewissenhaft berücksichtigt wurden. Für psychische Störungen in der Vorgeschichte, d.h. in der Zeit vor der Schwangerschaft, wurden nur Verdachtsdiagnosen vergeben, da nicht vorausgesetzt werden konnte, dass die in den Interviews genannten Symptome über eine so lange Zeitspanne hinweg adäquat bei den befragten Frauen im Gedächtnis blieben. Bei den Diagnosen psychischer Störungen in Schwangerschaft und Wochenbett kann hingegen davon ausgegangen werden, dass sich die Befragten an die innerhalb der neun Monate vor dem Interview aufgetretenen Symptome zurückerinnern konnten.

Anhand des Interviews „Entbindungserleben 2“ wurde fernerhin erfasst, ob die Befragte unter den Symptomen eines Baby Blues gelitten hatte. Die Diagnose eines solchen wurde anhand von Kriterien gestellt, die sich bereits in einer Studie von Hannah et al. (1992) und in einer Studie von Bergant et al. (1999) zur Erfassung des Baby Blues bewährt hatten: Es mussten sich von den im zweiten Interview erfragten Symptomen (siehe Anhang) mindestens die beiden Symptome Stimmungsschwankungen und emotionale Labilität für die Dauer von einem Tag innerhalb der ersten Woche nach der Entbindung eingestellt haben.

3.2.3.2. Fragebögen

Die Validität wurde durch Fremdrating zufriedenstellend geprüft. Auch für die deutsche Version liegen bereits umfangreiche Vergleichsdaten vor. Die zu beiden Messzeitpunkten eingesetzten Fragebögen sind:

Die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Die EPDS wurde von Cox, Holden und Sagovsky (1987) als Inventar zur Diagnostik einer depressiven Störung in der Postpartalperiode entwickelt. Bergant et al. (1998) adaptierten die EPDS an den deutschsprachigen Raum und sicherten sie auch teststatistisch ab. Die EPDS ist ein aus 10 Items bestehendes Selbstbeurteilungsverfahren mit 4 vorgegebenen Antwortmöglichkeiten, die entsprechend dem Schweregrad der Symptome mit Punkten von 0-3 bewertet werden. Somit kann der Gesamtsummenscore zwischen 0 und 30 variieren. Die einzelnen Fragen der EPDS erfassen Symptome der Freude („konnte ich lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen“ und „konnte ich mich so richtig auf etwas freuen“), der Selbstbeschuldigung („fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas schief lief“), der Angst („war ich ängstlich und besorgt aus nichtigen Gründen“), der inneren Unruhe („erschrak ich leicht bzw. reagierte panisch aus unerfindlichen Gründen“), der Bewältigungsfähigkeit („überforderten mich verschiedene Umstände“), der Schlafstörung („war ich so unglücklich, dass ich nicht schlafen konnte“), der Traurigkeit („habe ich mich traurig und schlecht gefühlt“), der Weinerlichkeit („war ich so unglücklich, dass ich geweint habe“) und der Selbstgefährdung („überkam mich der Gedanke, mir selbst Schaden zuzufügen“).

Die Antworten beziehen sich auf die Befindlichkeit der vorhergehenden 7 Tage oder, wenn die Entbindung kürzer als 7 Tage zurückliegt, auf die Befindlichkeit in der Zeit nach der Entbindung. Die Anwenderhinweise betreffen die Berücksichtigung sprachlicher Voraussetzungen, die Notwendigkeit vollständiger Antworten und die ungestörte Situation bei der Beantwortung der Fragen.

Die Validierung der Originalversion wurde von Cox et al. (1987) bei 84 Wöchnerinnen anhand der „Research diagnostic criteria for major depression (RDC)“ vorgenommen. Mit einem EPDS-Gesamtsummenscore von 12 und größer konnten alle Frauen mit einer nach diesen Kriterien diagnostizierten schweren Depression erfasst werden. Für die Halbierungsreliabilität ergab sich ein Wert von $r = .88$, für Cronbach's Alpha ein Wert von $r = .87$. Weitere Untersuchungen von

Cox et al. ergaben, dass die EPDS zur Erfassung von Veränderungen in der Schwere der Symptomatik sehr gut geeignet ist.

Die Validierung der deutschen Version wurde bei einer Zufallsstichprobe von 110 Wöchnerinnen anhand der „Forschungskriterien für psychische Störungen der ICD-10“ (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort 1994) durchgeführt. Bergant et al. wählten den Schwellenwert von 10 und größer, weil sie auch Depressionen erfassen wollten, die anhand der Kriterien der ICD-10 als leicht definiert werden. Die Halbierungsreliabilität erzielte einen Wert von $r = .82$ und Cronbach's Alpha einen Wert von $r = .81$.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die deutschsprachige Version der EPDS, für die bereits umfangreiche Vergleichsdaten vorliegen, ein valides und reliables Messinstrument zur Erfassung postpartaler Depressionen darstellt. Sie kann aufgrund ihrer sehr zufriedenstellenden Testgütekriterien und kurzen Bearbeitungszeit der erleichterten Identifikation von Risikopatientinnen und frühen Diagnose einer postpartalen Depression dienen, auch wenn damit noch keine ICD-Diagnose vergeben ist.

Das Beck Depressions-Inventar (BDI)

Das Beck Depressions-Inventar (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh 1961) ist ein Instrument zur Erfassung der Schwere depressiver Störungen bei Patienten durch Selbstbeurteilung. Im deutschsprachigen Raum liegt das Inventar mittlerweile in der zweiten überarbeiteten Auflage (Hautzinger, Bailer, Worall & Keller 1995) vor, seine psychometrische Güte wurde anhand verschiedener klinischer Stichproben überprüft.

Es enthält 21 Items, die aufgrund berichteter Symptome depressiver Patienten zusammengestellt wurden. Sie haben folgenden Inhalt: (A) traurige Stimmung, (B) Pessimismus, (C) Versagen, (D) Unzufriedenheit, (E) Schuldgefühle, (F) Strafbedürfnis, (G) Selbsthass, (H) Selbstanklagen, (I) Selbstmordimpulse, (J) Weinen, (K) Reizbarkeit, (L) sozialer Rückzug, (M) Entschlussunfähigkeit, (N) negatives Körperbild, (O) Arbeitsunfähigkeit, (P) Schlafstörungen, (Q) Ermüdbarkeit, (R) Appetitverlust, (S) Gewichtsverlust, (T) Hypochondrie und (U) Libidoverlust.

Jedes der 21 Items besteht aus vier Aussagen, die in aufsteigender Schwere und zunehmender Beeinträchtigung von 0 = nicht vorhanden, über 1 = leichte Ausprägung, 2 = mäßige Ausprägung bis 3 = starke Ausprägung die depressiven Symptome beschreiben. Der Proband beurteilt seine

gegenwärtige Lage (vorhergehende Woche einschließlich des Tages der Befragung), indem er eine Aussage aus jedem Item ankreuzt. Der Fragebogen wird durch Addition der Punkte je angekreuzter Aussage ausgewertet. Summenwerte zwischen 0 und 63 können sich ergeben. Werte unter 11 gelten als unauffällig, Summenwerte zwischen 11 und 17 Punkten deuten auf eine milde bis mäßige Ausprägung depressiver Symptome hin. Als klinisch relevant gilt der Punktwert von 18 und die Punkte darüber.

Die Autoren Beck, Steer und Garbin (1988) betonen die hohe Reliabilität und Validität des Fragebogens nach einer Auswertung mehrerer angloamerikanischer Arbeiten zur psychometrischen Güte des BDI.

Die interne Konsistenz und die Retest-Reliabilität ergaben zufriedenstellende Werte. Die inhaltliche Validität des BDI ist auch nach den Diagnosesystemen DSM III und ICD 10 gegeben, da durch die BDI-Items die im DSM III enthaltenen Beschwerden nahezu vollständig abgebildet werden. Es gibt eine ganze Reihe von Untersuchungen (Oliver & Simmons 1984; Lukesch 1974; Dobson & Breiter 1981; Gotlib 1984; Kammer 1983; Sacco 1981; Roberts, Lewinsohn & Seeley 1990) an nicht-klinischen Populationen, die die Nützlichkeit, Akzeptanz und Reliabilität des BDI auch in dieser Gruppe belegen. Bei diesen Untersuchungen diente das Inventar als Screeninginstrument zur Erkennung depressiv auffälliger Personen.

Zusammengefasst zeichnet sich das BDI durch überzeugende psychometrische Eigenschaften aus und scheint sehr gut geeignet zu sein, klinisch bedeutsame depressive Symptome zu erfassen. Bei seiner Anwendung im Wochenbett ist jedoch zu beachten, dass verschiedene Items nur beschränkt ausgewertet werden können: Die Items „Stärkere Ermüdbarkeit“ und „Gewichtsverlust“ z.B. zielen auf die Erfassung körperlicher Symptome im Rahmen einer Depression ab. Nach der Entbindung stellen sie jedoch physiologische Veränderungen dar, die nicht im Zusammenhang mit einer Depression gesehen werden können.

Für die vorliegende Studie wurde das BDI sowohl wegen seiner psychometrischen Güte, sowie aufgrund der besseren Vergleichbarkeit mit anderen Studienergebnissen ausgewählt.

Das NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI)

Das NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) ist ein faktorenanalytisch konstruierter Fragebogen, der individuelle Merkmalsausprägungen in den Bereichen „Neurotizismus“, „Extraversion“, „Offenheit für neue Erfahrung“, „Verträglichkeit“ und „Gewissenhaftigkeit“

erfasst. Es wurde von Paul Costa und Robert McCrae (1989) entwickelt und von Borkenau und Ostendorf (1993) in die deutsche Sprache übersetzt. Der Fragebogen besteht aus 60 zu Sätzen formulierten Aussagen in der Ich-Form, zu denen die Probanden Stellung nehmen müssen. Der Grad ihrer Zustimmung wird auf einer fünfstufigen Ratingskala dokumentiert. Die möglichen Antworten sind starke Ablehnung (SA), Ablehnung (A), neutral (N), Zustimmung (Z), starke Zustimmung (SZ). Diese Antwortalternativen werden mit den Ziffern 0 bis 4 bzw. je nach Verschlüsselungsrichtung mit 4 bis 0 kodiert. Die 60 Aussagen werden eindeutig und zu gleichen Anteilen den fünf oben genannten Merkmalsdimensionen zugeteilt. Je nach erreichtem Punktwert variiert die Ausprägung des jeweiligen Persönlichkeitsmerkmals.

Die mit dem NEO-FFI erfassten Merkmalsbereiche haben sich als diejenigen Dimensionen der Persönlichkeit erwiesen, die bei Faktorenanalysen mit hoher Regelmäßigkeit repliziert werden. Sie lassen sich durch folgende Eigenschaften beschreiben:

Neurotizismus: Probanden mit hohen Punktwerten neigen zu Ängstlichkeit, Nervosität, Unsicherheit, Traurigkeit, emotionaler Labilität, mangelnder Bedürfniskontrolle, unangemessenen Reaktionen in Stresssituationen.

Extraversion: Probanden mit hohen Punktwerten zeichnen sich durch Geselligkeit, Aktivität, Gesprächigkeit, Personenorientiertheit, Herzlichkeit, Optimismus und Heiterkeit aus.

Offenheit für neue Erfahrungen: Bei hohen Punktwerten haben die Probanden eher folgende Eigenschaften: Hohe Wertschätzung für neue Erfahrungen, Bevorzugung von Abwechslung, Wissbegierde, Kreativität, Unabhängigkeit im Urteilsvermögen, Interesse an Kultur und Ereignissen des öffentlichen Lebens sowie Phantasiebegabung.

Verträglichkeit: Je nach Punktwert werden die Probanden als mehr oder weniger altruistisch, mitfühlend, verständnisvoll, wohlwollend, kooperativ, nachgiebig oder harmoniebedürftig beschrieben.

Gewissenhaftigkeit: Diese Skala unterscheidet ordentliche, zuverlässige, hart arbeitende, disziplinierte, pünktliche, penible, ehrgeizige und systematische Personen von nachlässigen und gleichgültigen.

Die Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften und Testgütekriterien wurde von Borkenau und Ostendorf in umfangreichen Stichproben vorgenommen. Sie erfolgte zum Teil auf der Basis der Gesamtgröße der Stichprobe von $N = 2112$ Probanden, zum Teil unter Betrachtung

von Teilstichproben. Bei der Reliabilitätsüberprüfung der einzelnen Skalen ergaben sich auf der Basis der Gesamtstichprobe folgende Werte: $\alpha = .85$ für Neurotizismus, $\alpha = .80$ für Extraversion, $\alpha = .71$ für Offenheit für Erfahrung, $\alpha = .85$ für Gewissenhaftigkeit. Nach zwei Jahren wurden an einer Teilstichprobe Retests durchgeführt, welche die zuverlässigen Ergebnisse bestätigten. Die Validität des Inventars konnte in verschiedenen Hauptkomponentenanalysen auf der Itemebene und mit Hilfe der Multitrait-Multimethod-Validierung gesichert werden, so dass die Fünf-Faktoren-Struktur bestätigt werden konnte.

Abschließend kann gesagt werden, dass das NEO-FFI aufgrund seiner Gütekriterien und seiner erfassten Merkmalsbereiche geeignet erscheint, einen Überblick über individuelle Merkmalsausprägungen zu ermöglichen, und wegen des geringen Zeitaufwands in Bezug auf Durchführung und Auswertung unproblematisch im Einsatz ist. In der Anleitung des Inventars wird jedoch darauf hingewiesen, dass ausreichende Deutschkenntnisse und der Wille zur wahrheitsgemäßen Beantwortung unerlässliche Anwendungskriterien sind.

3.2.4. Methoden der Auswertung

In den folgenden Abschnitten erfolgt die Beschreibung der statistischen Methoden und Auswertungsformen, die im Kapitel „Ergebnisse“ verwendet wurden.

3.2.4.1. Häufigkeiten

Das erhobene Datenmaterial wurde tabellarisch und graphisch dargestellt. Die Häufigkeit der einzelnen Merkmale wurde in absoluten und relativen Anteilen angegeben.

3.2.4.2. Kreuztabellierung mit dem Chi-Quadrat-Test

In den Kreuztabellen werden die gemeinsamen Häufigkeitsverteilungen mehrerer nominal- oder ordinalskaliertes, manchmal zu Überblickszwecken auch gruppierter metrischer Variablen dargestellt und ausgewertet.

Der Chi-Quadrat-Test überprüft die Unabhängigkeit der Variablen der Kreuztabelle und damit indirekt den Zusammenhang der Merkmale. Die Variablen einer Kreuztabelle gelten dann als voneinander unabhängig, wenn die beobachteten Häufigkeiten der einzelnen Zellen mit den erwarteten Häufigkeiten übereinstimmen. Die statistische Prüfgröße Chi-Quadrat ermöglicht eine zusammenfassende Beurteilung aller Abweichungen zwischen beobachteten und erwarteten

Werten für alle Zellen einer Tabelle gemeinsam. Ein signifikanter Chi-Quadrat-Wert lässt den Rückschluss auf die Existenz eines Zusammenhangs zu. Aussagen über die Stärke und Richtung dieses Zusammenhangs sind nicht möglich.

Für die Anwendung des Chi-Quadrat-Tests muss u.a. gewährleistet sein, dass die Zellenbesetzungen in allen Zellen der Kreuztabelle nicht zu klein und auch nicht zu konzentriert sind. Wenn mehr als zwanzig Prozent der erwarteten Häufigkeiten kleiner 5 sind, ist die Anwendbarkeit des Chi-Quadrat-Test nicht mehr gegeben. In der empirischen Praxis sind diese Voraussetzungen nicht immer erfüllt, womit die Anwendung asymptotischer Tests (die berechnete Prüfgröße folgt einer bekannten theoretischen Verteilung) unter Umständen zu falschen Ergebnissen, d.h. zur falschen Hypothese führen kann. Um Fehlermöglichkeiten hinsichtlich der Hypothesenentscheidung zu vermeiden, wurde in der vorliegenden Arbeit für die Ermittlung der Wahrscheinlichkeitsverteilung der statistischen Prüfgröße Chi-Quadrat der Exact Test angewandt. Mit diesem Test stützt man sich nicht auf bekannte theoretische Verteilungen, sondern berechnet die Wahrscheinlichkeitsverteilungen der Prüfgröße eigens für die Daten der vorliegenden Stichprobe.

Als signifikant betrachtet wurden p-Werte < 0.05 . Der p-Wert von 0.05 für die Signifikanz besagt, dass die Nullhypothese mit 5 % Irrtumswahrscheinlichkeit bestätigt wird, das heißt, dass sie mit 95 % Irrtumswahrscheinlichkeit zurückgewiesen werden kann.

Die Signifikanzniveaus wurden mit $\alpha = 0.05$ und $\alpha = 0.01$ festgelegt. Demnach wird bei einem Signifikanzwert von 0.05 und kleiner von einem signifikanten Ergebnis, bei einem Signifikanzwert von 0.01 und kleiner von einem hoch signifikanten Ergebnis gesprochen.

Alle statistischen Berechnungen wurden von der Version 10.0 des Softwareprogramms SPSS für Windows durchgeführt (SPSS, Chicago, U.S.A.).

4. Ergebnisse

4.1. Ergebnisse zur Literaturrecherche

4.1.1. Untersuchte Population

Bezüglich der jeweils untersuchten Population finden sich erhebliche Unterschiede zwischen den Studien: Erstens variierte die Zahl der teilnehmenden Frauen zwischen 20, wie in der Untersuchung von Saks et al. (1984), und 1693 wie in der Untersuchung von Herz et al. (1997). Zweitens stellten die Unterschiede in der Zusammensetzung der untersuchten Population einen weiteren wichtigen Faktor dar, der bei der Bewertung der Ergebnisse berücksichtigt werden muss. So war in nur wenigen Arbeiten die Angabe zu finden, dass die untersuchte Population repräsentativ für die Allgemeinbevölkerung oder randomisiert ausgesucht war. Verschiedentlich fand sogar eine vorherige Auswahl der Teilnehmerinnen statt. In solchen Studien wurden z.B. ausschließlich Erstgebärende, verheiratete Frauen oder Frauen einer bestimmten Schicht untersucht.

In der Tabelle (2.2.) sind sämtliche Informationen aufgeführt, die in den Studienbeschreibungen über die Populationen gegeben wurden.

4.1.2. Prävalenz und Inzidenz postpartaler depressiver Störungen

Betrachtet man die Angaben zur Häufigkeit postpartaler depressiver Störungen der in der Tabelle (2.2.) aufgeführten epidemiologischen Studien, so stößt man auf auffallend heterogene Ergebnisse. Die Punktprävalenzraten postpartaler depressiver Störungen, anhand derer die Häufigkeit der Störungen am jeweiligen Messzeitpunkt beschrieben werden, variieren zwischen 0,5 % (Kok et al. 1994) und 36 % (Barnet et al., 1995). Für die Periodenprävalenzraten, anhand derer die Häufigkeit der Störungen für bestimmte Zeiträume angegeben werden, reichen die Ergebnisse von 4,5 % (Wickberg u. Hwang, 1997) bis zu 37 % (Areias et al., 1996). Für die Inzidenzen postpartaler depressiver Störungen, anhand derer die Neuerkrankungen am jeweiligen Messzeitpunkt beschrieben werden, werden Raten zwischen 2,9 % (Tod und Edin, 1964) und 22 % (Areias et al., 1996) genannt.

Soll zwischen diesen Angaben ein Vergleich angestellt werden, so muss zunächst berücksichtigt werden, welche Diagnosesysteme und Instrumente eingesetzt und welche Definitionskriterien zugrunde gelegt wurden, um die Häufigkeit postpartaler depressiver

Störungen zu erfassen. So wurde in den früheren Studien für die Ermittlung der Prävalenz bzw. Inzidenz vorwiegend Gebrauch gemacht von standardisierten Interviews und Fragebögen wie SPI (Standardised Psychiatric Interview, Goldberg et al., 1970), SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Endicott & Spitzer, 1978) und GHQ (The General Health Questionnaire, Goldberg, 1972). Häufig wurden auch die Diagnosekriterien RDC (Research Diagnostic Criteria) verwendet.

In den aktuelleren Untersuchungen fanden dagegen zunehmend das häufig erprobte und getestete Erfassungsinstrument BDI (Das Beck Depressions-Inventar; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) und die eigens zur Erfassung postpartaler depressiver Störungen entworfene EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale; Cox, Holden und Sagovsky, 1987) und ihre jeweilige Übersetzung (z.B. von Bergant et al. in der deutschen Fassung) verbreitete Anwendung. Mitunter wurde dabei in einigen Studien die Rate der Frauen, die einen bestimmten Summenwert im Beck Depressions-Inventar oder in der Edinburgh Postnatal Depression Scale erreichten, gleichgesetzt mit der zu ermittelnden Prävalenzrate. Auf der anderen Seite sind in der Tabelle jedoch auch Studien aufgeführt, in denen ausdrücklich darauf hingewiesen wurde, dass es sich bei dem Beck Depressions-Inventar und der Edinburgh Postnatal Depression Scale um Screeninginstrumente handelt und eine Messung depressiver Symptomatologie erfolgt, welche nicht mit der Diagnose postpartaler depressiver Störungen gleichzustellen sei. Auch die festgelegten Schwellenwerte variierten von Studie zu Studie. Nur vereinzelt wurden die anerkannten wissenschaftlichen Diagnosekriterien wie DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association, 4. Auflage, American Psychiatric Association, 1994) und ICD (International Classification of Mental and Behavioural Disorders, World Health Organization, 1992) eingesetzt, um die Prävalenz- und Inzidenzrate postpartaler depressiver Störungen zu bestimmen.

In einzelnen Untersuchungen wurden sowohl BDI- und EPDS-Fragebögen als auch Klassifikationskriterien wie RDC, DSM und ICD für die Diagnose postpartaler depressiver Störungen eingesetzt und die mitunter stark voneinander abweichenden Prävalenz- bzw. Inzidenzraten gesondert für die jeweiligen Beurteilungsinstrumente aufgeführt. Demgegenüber sind in der Tabelle auch zahlreiche Arbeiten zu finden, deren Aussagefähigkeit und Vergleichbarkeit dadurch eingeschränkt wird, dass in ihnen selbst entworfene, zum Teil hinsichtlich psychometrischer Eigenschaften und Testgütekriterien nicht überprüfte und

teststatistisch nicht abgesicherte Interviews und Fragebögen als Beurteilungsinstrumente genutzt wurden. Zum anderen lassen sich die erheblichen Differenzen zwischen den Prävalenzraten zurückführen auf die sehr unterschiedlichen Messzeitpunkte und Erhebungszeiträume, an bzw. in denen die Datenerfassung durchgeführt wurde: In zahlreichen Studien wurde mit der Datenerhebung schon in der Schwangerschaft der Frauen begonnen, während andere erst nach der Entbindung anfangen. Bei einem Teil der Studien erstreckte sich der Untersuchungszeitraum mit mehreren Messzeitpunkten über einige Jahre, bei zahlreichen über mehrere Monate. Bei den meisten war der Erhebungszeitraum jedoch auf die ersten Wochen nach der Entbindung begrenzt, wobei es bei einigen nur eine einmalige Ermittlung von Daten gab.

Einen detaillierten Überblick über Prävalenz-, bzw. Inzidenzraten im Hinblick auf unterschiedliche Diagnosekriterien und Messzeitpunkte bzw. Erhebungszeiträume gibt die Tabelle (2.2.). In dieser Darstellung wird bei der Beschreibung der in den Studien gefundenen Risikoindikatoren nicht berücksichtigt, anhand welcher Kriterien die Diagnosen gestellt wurden. Der Begriff „postpartale depressive Störung“ wird hier verallgemeinernd verwendet.

4.1.3. Risikofaktoren für postpartale depressive Störungen

4.1.3.1. Alter

Das Alter der Frau gehörte in der überwiegenden Zahl der in der Tabelle aufgeführten Arbeiten nicht zu den Risikofaktoren postpartaler depressiver Störungen.

So fanden die Autoren Aderibigbe et al. (1992), Barnett et al. (1995), Blair (1990), Carothers und Murray (1990), Glasser et al. (1998), Gotlib et al. (1989,1991), Herz et al. (1997), Hobfoll und Ritter (1994), Jacobson et al. (1965), Kurstjens und Wolke (2001), Lane et al. (1997), Marks et al. (1992), O'Hara et al. (1984), Pitt (1968), Tod und Edin (1964), Wickberg und Hwang (1997), Yoshida et al. (1996), Zelkowitz und Milet (1994) keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Alter der Frau und postpartalen depressiven Störungen.

Hierzu kontroverse Ergebnisse finden sich lediglich in den Untersuchungen von Dennerstein et al. (1989), Paykel et al. (1980) und Webster et al. (1994): Sowohl Paykel et al. als auch Webster et al. stellten fest, dass jüngere Frauen häufiger an einer postpartalen depressiven Störung erkrankten. Im Gegensatz dazu erhöhte sich nach Dennerstein et al. die Rate postpartaler depressiver Störungen im Alter von über 30 Jahren.

4.1.3.2. Parität

Der Zusammenhang zwischen der Parität der Frau und dem Auftreten einer postpartalen depressiven Störung wurde in vielen Studien untersucht, jedoch in keiner einzigen bestätigt (Aderibigbe et al. 1992, Cox et al. 1982, Cox 1983, Fisch et al. 1997, Glasser et al. 1998, Gotlib et al. 1989, Hayworth et al. 1980, Herz et al. 1997, Jacobson et al. 1965, Lane et al. 1997, Marks et al. 1992, Martin et al. 1988, O'Hara et al. 1982, Watson et al. 1984, Wickberg und Hwang 1997, Yoshida et al. 1996).

Ferner kamen Blair (1990), Fisch et al. (1997), Gotlib et al. (1989,1991), Kurstjens und Wolke (2001), Paykel et al. (1980), Wickberg und Hwang (1997) und Zelkowitz und Milet (1994) übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass postpartale depressive Störungen außerdem unabhängig von der Anzahl der Kinder im Haushalt und der Familiengröße waren.

4.1.3.3. Familienstand

Hinsichtlich der Variable *Familienstand* finden sich sehr uneinheitliche Ergebnisse in den Untersuchungen zu postpartalen depressiven Störungen. In den Arbeiten von Bagedahl-Strindlund und Monsen (1998), Lane et al. (1997), Wickberg und Hwang (1997) und Zelkowitz und Milet (1994) gehörte der Singlestatus zu den Faktoren, die mit einer erhöhten Rate postpartaler depressiver Störungen einhergingen. Herz et al. (1997) zeigten in ihrer Studie, dass ledige Frauen ein höheres Risiko hatten, an einer postpartalen depressiven Störung zu erkranken. In der Untersuchung von Webster et al. (1994) traf dieses für alleinerziehende Mütter zu.

Im Gegensatz dazu sahen einige Forscher keinen Zusammenhang zwischen dem Familienstand und dem Auftreten einer postpartalen depressiven Störung (Blair et al. 1990, Cox et al. 1982, Cox 1983, Gotlib et al. 1991, Hayworth et al. 1980, Jacobson et al. 1965, Kurstjens und Wolke 2001, Marks et al. 1992, O'Hara et al. 1982, Playfair und Gowers 1981 und Watson et al. 1984).

4.1.3.4. Schulbildung, Ausbildung, Soziale Schicht, sozioökonomischer Status

Demographische Faktoren wie die Art der Ausbildung, die Berufstätigkeit und der soziale Status der Frauen stellten sich in der Mehrzahl der Untersuchungen nicht als Risikofaktoren für postpartale depressive Störungen heraus. Dementsprechend sahen Barnet et al. (1995), Danaci et al. (2001), Fisch et al. (1997), Glasser et al. (1998), Gotlib et al. (1989,1991), Hobfoll und Ritter

(1994), Kurstjens und Wolke (2001), O'Hara et al. (1982), Yoshida et al. (1996) und Zelkowitz und Milet (1994) keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Art der Ausbildung und dem Auftreten postpartaler depressiver Störungen. Blair et al. (1990) führten einen Intelligenztest bei ihren Probandinnen durch und fanden ebenfalls keine signifikante Beziehung zwischen Intelligenzquotient und postpartalen depressiven Störungen. In einer Reihe von Untersuchungen konnte weiterhin bestätigt werden, dass die Schichtzugehörigkeit gleichfalls keinen Einfluss ausübte (Areias et al. 1996, Carothers und Murray 1990, Hayworth et al. 1980, Jacobson et al. 1965, Kumar und Robson 1984, Kurstjens und Wolke 2001, Marks et al. 1992, Martin et al. 1988, Pitt 1968, Tod und Edin 1964, Watson et al. 1984 und Zelkowitz und Milet 1994). Der Zusammenhang zwischen demographischen Faktoren und postpartalen depressiven Störungen wurde in vielen weiteren Studien erforscht. Es konnte jedoch weder eine Abhängigkeit postpartaler depressiver Störungen von den Faktoren ökonomischer Status (Fisch et al. 1997), sozioökonomischer Status (O'Hara et al. 1984, Barnet et al. 1995), Arbeitslosigkeit (Paykel et al. 1980, Marks et al. 1992), noch vom Faktor Einkommen (Danaci et al. 2001, Hobfoll und Ritter 1994, O'Hara et al. 1982) aufgezeigt werden. Auch die Tatsache, ob die Frauen erwerbstätig waren (Danaci et al. 2001, Gotlib et al. 1989, 1991 und Hobfoll und Ritter 1994), speziell während der Schwangerschaft (O'Hara et al. 1984), oder ob häusliche und finanzielle Probleme vorlagen (Kumar und Robson 1984, Martin et al. 1988) oder eine problematische häusliche Situation (Fisch et al., 1997), wirkte sich nicht signifikant auf die postpartale Verfassung der Frauen aus.

Kontrovers zu diesen Ergebnissen finden sich einige Studien, in denen ein signifikanter Zusammenhang zwischen solchen demographischen Faktoren und dem Vorkommen postpartaler depressiver Störungen gesehen wurde. Abweichend von den oben aufgeführten Arbeiten beobachteten Herz et al. (1997), Hobfoll und Ritter (1994), Danaci et al. (2001), Playfair und Gowers (1981), Stein et al. (1989) und Zelkowitz und Milet (1994), dass finanziell schlechter gestellte Frauen ein erhöhtes Risiko aufwiesen, an einer depressiven Störung nach der Entbindung zu erkranken. Auch ein niedriger Ausbildungsstand (Campbell et al. 1991, Herz et al. 1997) und Arbeitslosigkeit (Lane et al. 1997, Zelkowitz und Milet 1994) gehörten zu den Faktoren, die gemäß einzelner Untersuchungen mit einer erhöhten Rate postpartaler depressiver Störungen einhergingen.

4.1.3.5. Psychische Störung in der Vorgeschichte

In der Literatur finden sich zahlreiche Studien, in denen der Zusammenhang untersucht wurde zwischen psychischen Störungen in der Vorgeschichte der Frauen und postpartalen depressiven Störungen. Viele Autoren wiesen in ihren Untersuchungen daraufhin, dass eine depressive oder andere psychische Störung in der Vorgeschichte einen signifikanten Risikofaktor für postpartale depressive Störungen darstellte. So fanden Fisch et al. (1997) in ihrer Arbeit heraus, dass eine psychische Störung in der Vorgeschichte sowohl mit einer depressiven Störung in der Schwangerschaft als auch mit einer postpartalen depressiven Störung in Zusammenhang stand. Die Autoren Playfair und Gowers (1981) stellten in einer Untersuchung fest, dass v.a. eine frühere depressive Störung im Wochenbett, aber auch eine psychische Störung in der Vorgeschichte die Frauen für postpartale depressive Störungen disponierte. Danaci et al. (2001) zeigten, dass eine psychische Störung in der Vorgeschichte der Frau, eine psychische Störung in einer früheren Schwangerschaft oder der Zeit nach einer früheren Entbindung signifikant mit einem Anstieg der postpartalen EPDS Summenwerte in Verbindung standen. In der Untersuchung von Kurstjens und Wolke (2001) hatten 45 % der Mütter, die an einer postpartalen depressiven Störung erkrankten, schon früher depressive Phasen erlebt. Carothers und Murray (1990) fanden anhand einer Regressionsanalyse heraus, dass Frauen mit einer psychischen Störung in der Vorgeschichte empfänglich für postpartale depressive Störungen waren. Auch Areias et al. (1996), Dennerstein et al. (1989), Paykel et al. (1980), Watson et al. (1984) kamen anhand anderer Methoden zu diesem Ergebnis. Bei O'Hara et al. (1984) stellte die persönliche und die familiäre Depression in der Vorgeschichte ein erhöhtes Risiko für postpartale depressive Störungen dar. Troutman und Cutrona (1990) zeigten dagegen, dass die Frauen, die in ihrer Vorgeschichte schon einmal wegen einer depressiven Episode behandelt worden waren, nur marginal häufiger an einer Depression nach der Entbindung erkrankten.

Die Autoren Boyce et al. (1991), Blair et al. (1990), Dalton (1970), Kumar und Robson (1984), Pitt (1968) und Yoshida et al. (1996) gelangten dagegen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass eine psychische Störung in der Vorgeschichte kein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer postpartalen depressiven Störung darstellte.

4.1.3.6. Psychische Störung während der Schwangerschaft

Ebenfalls Gegenstand vieler Untersuchungen war die Frage, ob eine psychische Störung während der Schwangerschaft Einfluss auf das Auftreten postpartaler depressiver Störungen ausübte. Die Autoren Gotlib et al. (1989, 1991) und Hobfoll und Ritter (1994) stellten in ihren Arbeiten einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer depressiven Störung während der Schwangerschaft und einer postpartalen depressiven Störung fest. 1982 äußerten O'Hara und Mitarbeiter in ihrer Untersuchung, dass die beste Vorhersage für eine postpartale depressive Symptomatologie durch die depressive Symptomatologie während der Schwangerschaft getroffen werden könne. In ihrer Studie von 1984 kamen sie zu demselben Ergebnis, darüber hinaus betonten sie, dass die „Diagnose“ einer postpartalen depressiven Störung jedoch nicht mit der depressiven Störung in der Schwangerschaft in Zusammenhang gebracht werden konnte. Playfair und Gowers (1981), die depressive Symptome während der Schwangerschaft anhand einer Checkliste erfragten, fanden eine Beziehung zwischen einer größeren Anzahl depressiver Symptome und dem Auftreten einer depressiven Störung nach der Entbindung. Die Autoren Atkinson et al. (1984), Dennerstein et al. (1989), Matthey et al. (1999) und Whiffen (1988) ermittelten depressive Symptome während der Schwangerschaft anhand des Beck Depressions-Inventars und wiesen einen Zusammenhang zwischen erhöhten BDI-Summenwerten in der Schwangerschaft und dem Auftreten postpartaler depressiver Störungen nach. Eine Untersuchung von Josefsson et al. (2000), in der anstelle des Beck Depressions-Inventars mit der Edinburgh Postnatal Depression Scale gearbeitet wurde, führte zum gleichen Ergebnis.

In der Arbeit von Thorpe et al. (1991) übte emotionales Wohlbefinden während der Schwangerschaft signifikanten Einfluss auf die postpartalen Depressionswerte aus. Dalton (1970), Hayworth et al. (1980) und Tod und Edin (1964) beobachteten hingegen, dass starke Ängstlichkeit während der Schwangerschaft zu den Faktoren gehörte, die mit einer erhöhten Rate postpartaler depressiver Störungen einhergingen.

Keinen signifikanten Zusammenhang zwischen starker Ängstlichkeit während der Schwangerschaft und depressiven Störungen nach der Entbindung fanden die Autoren Cox et al. (1982) und Pitt (1968) in ihren Studien. Dalton (1970) wie auch Troutman und Cutrona (1990) konnten in ihren Untersuchungen nicht nachweisen, dass die schon in der Schwangerschaft an einer depressiven Episode erkrankten Frauen nach der Entbindung häufiger an einer depressiven Störung litten. Cutrona (1983) ermittelte depressive Symptome während der Schwangerschaft

anhand des Beck Depressions-Inventars (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh 1961) und fand im Gegensatz zu den oben erwähnten Autoren hier *keine* signifikante Beziehung zu postpartalen depressiven Störungen.

Auch somatische Schwangerschaftsbeschwerden hatten nach Dalton (1970) und Thorpe et al. (1991) keinen Einfluss auf depressive Störungen nach der Entbindung.

4.1.3.7. Baby Blues

Bei Durchsicht der Literatur finden sich nur wenige Studien, in denen ein Zusammenhang zwischen dem Vorkommen eines Baby Blues und einer postpartalen depressiven Störung untersucht wurde. Alle Forscher, die sich in ihren Arbeiten mit diesem Thema befassten, kamen jedoch zu übereinstimmenden Ergebnissen: Cox et al. (1982), Fossey et al. (1997), Paykel et al. (1980), Pitt (1968), Playfair und Gowers (1981) beobachteten in ihren Studien, dass die Wöchnerinnen, die kurz nach der Entbindung an einem Blues gelitten hatten, mit größerer Wahrscheinlichkeit an postpartalen depressiven Störungen litten. Hapgood et al. (1988), die untersuchten, ob speziell die an einer postpartalen Major Depression erkrankten Frauen kurz nach der Entbindung schon an einer frühen affektiven Störung (Blues) gelitten hatten, konnten auch hier einen signifikanten Zusammenhang feststellen.

4.1.3.8. Persönlichkeitsmerkmale

In der Literatur häufig beschriebene Risikofaktoren für das gehäufte Auftreten postpartaler depressiver Störungen sind gewisse Persönlichkeitsmerkmale. Es liegen zahlreiche Studien vor, die sich mit dem Einfluss der Persönlichkeit auf das Vorkommen postpartaler depressiver Störungen befassten. So stellten Boyce et al. (1991), Marks et al. (1992), Matthey et al. (1999), Pitt (1968) und Watson et al. (1984) anhand von Persönlichkeitstests bei den an ihrer Studie teilnehmenden Frauen einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen hohen Neurotizismuswerten und dem Vorkommen postpartaler depressiver Störungen fest. Pitt (1968) beobachtete zusätzlich einen Zusammenhang zwischen niedrigen Extraversionswerten im Persönlichkeitstest und einer postpartalen depressiven Störung. Andere Forscher setzten unterschiedliche Tests ein und ermittelten anhand dieser weitere Merkmale, die die Frauen kennzeichneten, die an einer depressiven Störung nach der Entbindung litten. In der Arbeit von

Tod und Edin (1964) waren die betroffenen Frauen gekennzeichnet durch eine „schwache Persönlichkeit“. In der Untersuchung von Gotlib et al. (1991) war das spezifische Merkmal, dass die Frauen Vermeidungsverhalten als Copingstrategie einsetzten. Bei Hayworth et al. (1980) wiesen die betroffenen Frauen während der Schwangerschaft hohe Werte im HDHQ auf und bei Lane et al. (1997) zeichneten sie sich durch hohe Werte im Highs-Scale-Fragebogen aus. O`Hara et al. (1982) fanden eine Korrelation zwischen den Summenwerten des Attributional Style Fragebogens und dem Vorkommen einer postpartalen depressiven Störung. Cutrona (1983) bestätigte dieses Ergebnis, aber nur für Frauen, die nicht schon in der Schwangerschaft depressiv gewesen waren. Hohe Werte für Sensibilität in zwischenmenschlichen Beziehungen disponierten die Frauen in der Untersuchung von Boyce et al. (1991) und Matthey et al. (1999) für eine postpartale depressive Störung.

Im Gegensatz zu diesen Befunden, die alle für einen Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und postpartalen depressiven Störungen sprechen, finden sich jedoch auch einige Studien, in denen kein solcher Zusammenhang gefunden wurde. So konnten O`Hara et al. 1984 die Ergebnisse ihrer Untersuchung von 1982 (s.o.) nicht mehr bestätigen. Areias et al. (1996) und Kumar und Robson (1984) konnten keine Beziehung zwischen hohen Neurotizismuswerten und depressiven Störungen nach der Entbindung nachweisen. Troutman und Cutrona (1990) untersuchten die Teilnehmerinnen ihrer Studie anhand von Persönlichkeitstests hinsichtlich der Ausprägung von Selbstachtung und sozialer Reife und fanden bei diesen Faktoren keinen signifikanten Zusammenhang mit postpartalen depressiven Störungen. Kumar und Robson (1984) stellten fest, dass hohe Psychotismuswerte im Eysenck Persönlichkeitsfragebogen bei den von ihnen untersuchten Frauen kein erhöhtes Risiko für eine postpartale depressive Störung darstellten. Und abschließend stellten Blair et al. (1990) in ihrer Arbeit fest, dass die Persönlichkeit keinen signifikanten Einfluss auf das Vorkommen postpartaler depressiver Störungen ausübte.

4.1.3.9. Dysmenorrhoe in der Vorgeschichte

In den Studien von Blair et al. (1990), Pitt (1968) und Playfair und Gowers (1981) prädisponierte die Dysmenorrhoe in der Vorgeschichte die Frauen für postpartale depressive Störungen. O`Hara et al. (1982) sahen in ihrer Untersuchung dagegen keinen Zusammenhang zwischen Menstruationsproblemen in der Vorgeschichte der Frauen und postpartalen depressiven

Störungen. Nach Aderibigbe et al. (1992) und Pitt (1968) übten obstetrische Erkrankungen in der Vorgeschichte ebenfalls keinen Einfluss auf das Vorkommen postpartaler depressiver Störungen aus.

4.1.3.10. Ungeplante Schwangerschaft

Einige Forscher beschäftigten sich mit der Frage, ob eine ungeplante Schwangerschaft Auswirkungen auf das Vorkommen postpartaler depressiver Störungen darstellte. Auch hier gab es widersprüchliche Ergebnisse: In den Studien von Blair et al. (1990), Fisch et al. (1997), Lane et al. (1997) gehörte die ungeplante Schwangerschaft zu den Faktoren, die die Rate postpartaler depressiver Störungen erhöhte. Auch Kumar und Robson (1984) wiesen nach, dass die Frauen, die Zweifel an der Erwünschtheit des Kindes hegten, mit größerer Wahrscheinlichkeit an einer postpartalen depressiven Störung erkrankten.

Dalton (1970), Marks et al. (1992) und Pitt (1968) konnten in ihren Untersuchungen diese Ergebnisse nicht bestätigen. Weiterhin wurde in der Studie von Paykel et al. (1980) kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Einstellung der Frau zur Schwangerschaft, in der Studie von Yoshida et al. (1996) kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Einstellung von Frau und Mann zur Schwangerschaft und postpartalen depressiven Störungen nachgewiesen.

4.1.3.11. Komplikationen während der Entbindung

Campbell und Cohn (1991) wiesen als einzige der in der Tabelle aufgelisteten Autoren nach, dass Komplikationen während der Entbindung mit einer erhöhten Rate postpartaler depressiver Störungen einhergingen. Weiterhin beobachteten Yoshida et al. (1996), dass die Frauen, deren Wehen länger als 12 Stunden dauerten, mit erhöhter Wahrscheinlichkeit nach der Entbindung an depressiven Störungen litten. In zahlreichen weiteren Studien, in denen der Einfluss verschiedener, mit der Entbindung in Zusammenhang stehender Faktoren auf das Vorkommen postpartaler depressiver Störungen untersucht wurde, konnte weder eine Abhängigkeit postpartaler depressiver Störungen von den Faktoren Komplikationen während der Entbindung (Pitt 1968, Playfair und Gowers 1981 und Stein et al. 1989), Wehendauer (Cox et al. 1982 und Pitt 1968) und Geburtsverlauf (Herz et al. 1997 und Jacobson et al. 1965), noch von dem Faktor Entbindungsart (Carothers und Murray 1990, Cox et al. 1982 und Lane et al. 1997) ermittelt werden. Cox et al. (1982) sahen außerdem keinen Zusammenhang zwischen den Variablen

Geburtseinleitung und Klinikentbindung und postpartalen depressiven Störungen. Auch die Dauer des Klinikaufenthaltes (Jacobson et al. 1965) und die Abwesenheit des Partners während der Entbindung (Playfair und Gowers 1981, Blair et al. 1990) stellten in den jeweiligen Untersuchungen keine Risikofaktoren dar.

4.1.3.12. Postnatale kindliche Komplikationen

Die Auswirkungen postnataler kindlicher Komplikationen auf das psychische Befinden der Mütter nach der Entbindung wurden in den in der Tabelle aufgeführten Studien gleichfalls nicht durchgängig nachgewiesen. Danaci et al. (2001) und Herz et al. (1997) konnten zwar eine Beziehung zwischen postnatalen kindlichen Komplikationen und postpartalen depressiven Störungen der Mütter ermitteln und auch O'Hara et al. (1984) wiesen nach, dass stressige Ereignisse, die mit der Pflege des Kindes zusammenhingen, das Auftreten postpartaler depressiver Störungen beeinflussten.

In den Studien von Campbell und Cohn (1991), Playfair und Gowers (1981), Whiffen (1988) und Yoshida et al. (1996) hingegen konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen postnatalen kindlichen Komplikationen bzw. Schwierigkeiten mit dem Neugeborenen und mütterlichen postpartalen depressiven Störungen nachgewiesen werden. Laut Carothers und Murray (1990) traten postpartale depressive Störungen unabhängig vom Gestationsalter und von dem Gewicht des Kindes auf.

4.1.3.13. Stillen

Es fanden sich lediglich vier Studien, die sich mit der Fragestellung befasst haben, welche Auswirkungen das Stillen auf die Entstehung postpartaler depressiver Störungen hat. In ihren Ergebnissen wichen alle stark voneinander ab: Herz et al. (1997) und Lane et al. (1997) zeigten auf, dass Frauen, die nicht stillten, häufiger unter postpartalen depressiven Störungen litten. Im Gegensatz dazu stellte nach Dennerstein et al. (1989) das Stillen einen Risikofaktor für postpartale depressive Störungen dar. Cox et al. (1982) fanden in ihrer Untersuchung keinen Zusammenhang zwischen den Faktoren „Stillen“ und „postpartale depressive Störung“.

4.1.3.14. Relevante Lebensereignisse

Immer wieder wurde der Einfluss belastender Lebensereignisse, die während der Schwangerschaft und des Wochenbetts aufgetreten waren, auf das Vorkommen postpartaler depressiver Störungen in empirischen Arbeiten untersucht. Die Autoren Aderibigbe et al. (1992), Areias et al. (1996), Marks et al. (1992), O`Hara et al. (1982), Paykel et al. (1980), Thorpe et al. (1991), Watson et al. (1984) und Yoshida et al. (1996) zeigten in ihren Arbeiten einen signifikanten Zusammenhang zwischen relevanten Lebensereignissen („life events“) in der Vorgeschichte der Probandinnen und postpartalen depressiven Störungen auf. Im Jahr 1984 beobachteten O`Hara et al., dass speziell stressige Lebensereignisse in der Zeit nach der Entbindung mit einer postpartalen depressiven Störung in Beziehung standen.

Martin et al. (1988) und Whiffen (1988) konnten diese Befunde nicht bestätigen. Kumar und Robson (1984) sahen eine Verbindung zwischen einem Trauerfall und dem Auftreten einer depressiven Störung nach der Entbindung, ein individuelles Lebensereignis stellte in ihrer Studie jedoch keinen Risikofaktor für eine postpartale depressive Störung dar.

4.1.3.15. Erlebte Fehlgeburt

In einigen Studien wurde die Frage aufgegriffen, ob erlebte Fehl- oder Totgeburten das Risiko erhöhen, an postpartalen depressiven Störungen zu erkranken. Jacobson et al. (1965), Kumar und Robson (1984), Playfair und Gowers (1981) und Tod und Edin (1964) fanden jeweils bei den untersuchten Frauen eine signifikante Beziehung zwischen erlebten Fehl- bzw. Totgeburten und postpartalen depressiven Störungen. Laut Tod und Edin (1964) litten die Frauen, die ein Kind mit kongenitalen Missbildungen geboren hatten, ebenfalls häufiger an einer postpartalen depressiven Störung als Frauen mit gesunden Kindern.

Blair et al. (1990) und Hayworth et al. (1980) fanden keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl nicht ausgetragener Schwangerschaften bzw. Fehlgeburten der Frauen und postpartalen depressiven Störungen. Paykel et al. (1980) stellten in ihrer Arbeit dar, dass auch ein früherer Verlust eines Kindes die Frauen nicht für eine postpartale depressive Störung prädisponierte.

4.1.3.16. Stress

Die Autoren Bagedahl-Strindlund und Monsen (1998), Barnet et al. (1995), Gotlib et al. (1991), Herz et al. (1997), O'Hara et al. (1984), Paykel et al. (1980) und Playfair und Gowers (1981) befragten die Frauen in ihren Untersuchungen nach erlebtem Stress und fanden einen signifikanten Zusammenhang zwischen Stress und postpartalen depressiven Störungen.

Im Gegensatz dazu konnte Pitt (1968) in seiner Studie nicht nachweisen, dass sich sozialer Stress negativ auf das psychische Befinden der Studienteilnehmerinnen nach der Entbindung auswirkte. Ferner war in der Arbeit von Aderibigbe et al. (1992) der präpartale Stress kein prädisponierender Faktor für eine postpartale depressive Störung.

4.1.3.17. Ehe-und Beziehungsprobleme

In allen Arbeiten, in denen dieser Fragestellung nachgegangen wurde, konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen Ehe- bzw. Beziehungsproblemen und postpartalen depressiven Störungen bestätigt werden (Barnet et al. 1995; Cox et al. 1982; Danaci et al. 2001; Gotlib et al. 1991; Kumar und Robson 1984; Paykel et al. 1980; Playfair und Gowers 1981; Watson et al. 1984; Webster et al. 1994 und Whiffen 1988).

4.1.3.18. Fehlende soziale Unterstützung

Bezüglich der Frage, ob das Maß an sozialer Unterstützung das psychische Wohlbefinden der Frau nach der Entbindung beeinflusst, finden sich wiederum sehr uneinheitliche Ergebnisse: So stellten Bagedahl-Strindlund und Monsen (1998), Barnet et al. (1995), Paykel et al. (1980) und Thorpe et al. (1991) tatsächlich einen signifikanten Zusammenhang zwischen geringer sozialer Unterstützung und dem Vorkommen postpartaler depressiver Störungen heraus. Herz et al. (1997) fanden eine enge Beziehung zwischen fehlender Unterstützung speziell durch den Kindsvater und postpartalen depressiven Störungen.

Fisch et al. (1997) konnten diese Ergebnisse in ihrer Studie hingegen nicht bestätigen. In der Untersuchung von Marks et al. (1992) hatte das Fehlen einer Vertrauensperson keine Auswirkungen auf das Vorkommen einer depressiven Störung nach der Entbindung. Und auch die Beziehung der Frauen zu ihren eigenen Eltern (Danaci et al. 2001) und die Größe des

sozialen Netzwerkes (O'Hara et al. 1982) hatte keinen signifikanten Einfluss auf das Auftreten postpartaler depressiver Störungen.

4. 2. Ergebnisse zur empirischen Untersuchung

Die grundlegenden demographischen Kennwerte der vorliegenden Stichprobe sind bereits in Kapitel 3 dargestellt worden. Im Folgenden sollen zusätzlich die Häufigkeiten psychischer Störungen und deren Einflussfaktoren, sowie Persönlichkeitsmerkmale, Entbindungsart und soziale Unterstützung erläutert werden.

4.2.1. Häufigkeit

Bei der Ermittlung der Häufigkeiten postpartaler depressiver Störungen anhand der Edinburgh Postnatal Depression Scale (siehe 3.2.3.2.) ergab sich Folgendes:

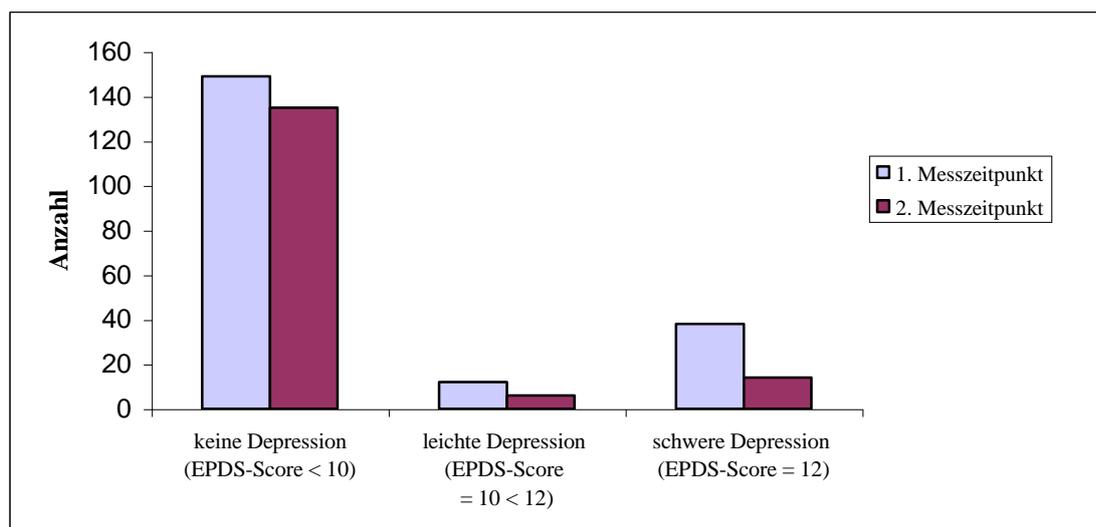
4.2.1.1. Häufigkeit depressiver Störungen nach der Entbindung nach EPDS und BDI

Zum ersten Messzeitpunkt lagen von der Gesamtstichprobe ($n = 205$) nur 199 EPDS-Gesamtsummenwerte vor, da sechs Studienteilnehmerinnen den EPDS-Fragebogen nicht vollständig ausgefüllt hatten. Die Gesamtsummenscores zeigten Werte zwischen 0 und 24 Punkten, der Mittelwert der EPDS-Werte betrug 6,3. Bezüglich der in Abschnitt „Untersuchungsinstrumente“ dargelegten Schwellenwerte für psychische Störungen zeigte sich, dass 149 der 199 Probandinnen einen unauffälligen EPDS-Summenwert (Summenscore < 10) aufwiesen, 12 Frauen zeigten zum ersten Messzeitpunkt leichte depressive Verstimmungen (Summenscore $\geq 10 < 12$) und 38 Frauen starke depressive Symptome (Summenscore ≥ 12).

Zum zweiten Messzeitpunkt, an dem 155 Frauen ihre EPDS Fragebögen vollständig ausgefüllt und zurückgegeben hatten, ergab sich ein Mittelwert von 4,8. Die Gesamtsummenwerte lagen wiederum zwischen 0 und 24 Punkten. Nunmehr wiesen 135 der 155 Probandinnen laut Definition einen unauffälligen EPDS-Gesamtsummenwert, 6 Frauen leichte depressive Symptome und 14 Frauen starke depressive Symptome auf. In der Tabelle und der Grafik werden die Häufigkeiten depressiver Störungen nach der Entbindung, die anhand der EPDS ermittelt wurden, für beide Messzeitpunkte aufgeführt.

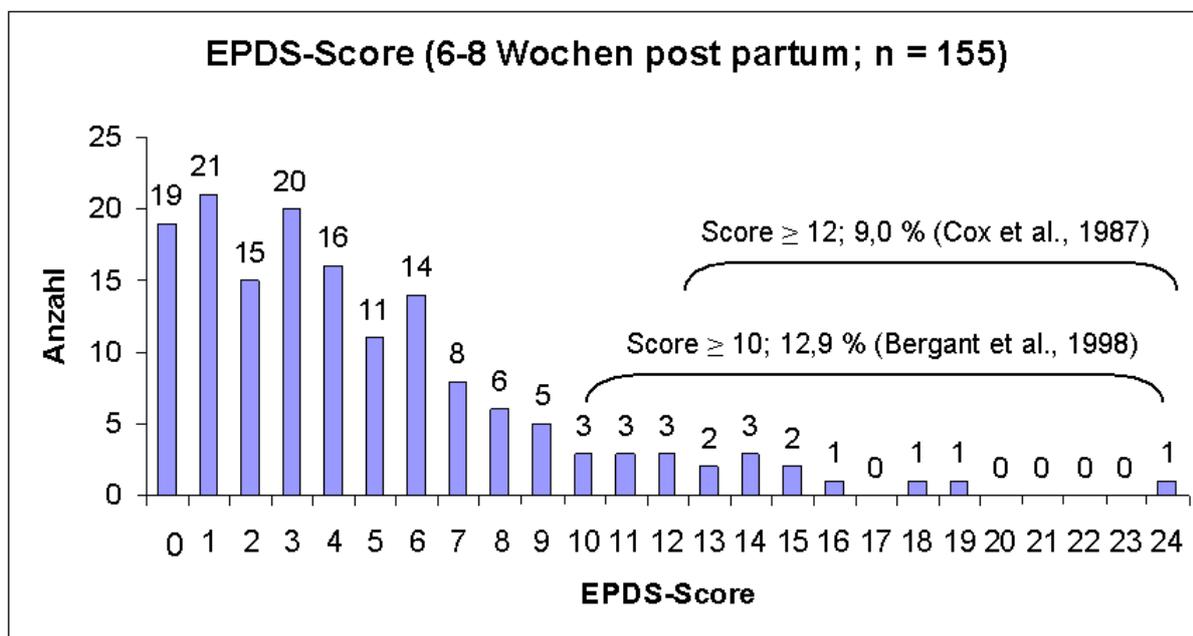
	1. Messzeitpunkt		2. Messzeitpunkt	
	Anzahl (absolut)	Prozent (%)	Anzahl (absolut)	Prozent (%)
EPDS-Score (< 10) Keine Depression	149	74,9	135	87,1
EPDS-Score ($\geq 10 < 12$) Leichte Depression	12	6,0	6	3,9
EPDS-Score (≥ 12) Schwere Depression	38	19,1	14	9,0
Gesamt	199	100	155	100

Tabelle 8: Häufigkeiten depressiver Störungen nach der Entbindung, EPDS 1. Messzeitpunkt (n = 199), 2. Messzeitpunkt (n = 155)



Grafik 3: Häufigkeiten depressiver Störungen nach der Entbindung, EPDS 1. Messzeitpunkt (n = 199), 2. Messzeitpunkt (n = 155)

Es folgt eine grafische Darstellung der absoluten Häufigkeiten der jeweiligen Score-Werte im EPDS 6-8 Wochen post partum.



Graphik 4: EPDS-Score (6-8 Wochen post partum)

Bei der Erfassung der Häufigkeiten postpartaler depressiver Störungen durch das Beck Depressions-Inventar gelangte man zu folgenden Ergebnissen: Zum ersten Messzeitpunkt lagen 197 vollständig ausgefüllte BDI Fragebögen vor, die Gesamtsummenwerte zwischen 0 und 23 Punkten zeigten. Der Mittelwert betrug hier 5,1. Von den 197 Frauen wiesen 173 Frauen Gesamtsummenwerte < 11 im BDI auf und ließen so im Hinblick auf depressive Störungen keine Auffälligkeiten erkennen. 20 Teilnehmerinnen zeigten Gesamtsummenwerte $\geq 11 < 18$, litten also laut Definition unter leichten depressiven Symptomen und 4 Teilnehmerinnen hatten sogar Gesamtsummenwerte ≥ 18 , was auf schwere depressive Symptome hinwies.

Zum zweiten Messzeitpunkt gab es von 158 Frauen BDI Fragebögen, die ausgewertet werden konnten. Die Gesamtsummenwerte lagen diesmal zwischen 0 und 25 Punkten, für den Mittelwert ergab sich ein Wert von 5,3. 138 der 158 Frauen wiesen unauffällige Gesamtsummenwerte, 15 Frauen Werte $\geq 11 < 18$ und 5 Probandinnen Gesamtsummenwerte ≥ 18 auf (siehe Tabelle 9).

	1. Messzeitpunkt		2. Messzeitpunkt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
	(absolut)	(%)	(absolut)	(%)
BDI-Score (< 11) Keine Depression	173	87,8	138	87,3
BDI-Score ($\geq 11 < 18$) Leichte Depression	20	10,2	15	9,5
BDI-Score (≥ 18) Schwere Depression	4	2,0	5	3,2
Gesamt	197	100	158	100

Tabelle 9: Häufigkeiten depressiver Störungen nach der Entbindung, BDI 1. Messzeitpunkt (n = 197), BDI 2. Messzeitpunkt (n = 158)

4.2.1.2. Häufigkeit depressiver Störungen nach der Entbindung, diagnostiziert nach den Forschungskriterien für psychische Störungen der ICD-10

Die Diagnosen wurden am zweiten Messzeitpunkt retrospektiv für die sechs bis acht Wochen nach der Entbindung gestellt. Es erhielten insgesamt zehn Frauen (5 % der Stichprobe) die Diagnose einer depressiven Episode (F32 oder F33), bzw. die Diagnose einer psychischen Störung oder Verhaltensstörung im Zusammenhang mit dem Wochenbett, die nicht die Kriterien für andere nach ICD 10 klassifizierte Störungen erfüllt (F53). Bei drei der zehn Frauen wurde die Diagnose einer leichten depressiven Episode gestellt, von denen eine zusätzlich die aktuelle Diagnose einer Panikstörung und außerdem die Verdachtsdiagnose einer akuten Belastungsstörung in der Vorgeschichte erhielt. Eine weitere dieser drei Frauen hatte in der Vorgeschichte schon unter einer mittelgradigen depressiven Störung gelitten. Weitere drei der zehn Frauen erhielten die Diagnose einer mittelgradigen Depression. Zwei von ihnen hatten in der Vorgeschichte schon unter einer leichten depressiven Episode gelitten, war eine auch in der Schwangerschaft an einer sonstigen depressiven Störung erkrankt und erhielt zusätzlich die aktuelle Diagnose einer spezifischen Phobie. Weiterhin wurde bei einer Frau die aktuelle Diagnose einer sonstigen depressiven Episode gestellt. Drei weitere Frauen litten unter einer psychischen Störung oder Verhaltensstörung im Wochenbett, von denen bei einer der Verdacht bestand, dass sie in der Vorgeschichte eine mittelgradige depressive Episode gehabt hatte. Bei einer anderen wurde vermutet, dass sie in der Schwangerschaft eine sonstige depressive Episode gehabt hatte.

	Anzahl (absolut)	Prozent (%)
Depressive Episode (F32)	4	2,0
Rezidivierende depressive Störungen (F33)	3	1,5
Psychische o. Verhaltensstörung im Wochenbett (F53)	3	1,5
Ohne Diagnose	195	95
Gesamt	205	100

Tabelle 10: Art und Häufigkeit der Diagnosen postpartaler depressiver Störungen nach ICD 10, (n = 205) sechs bis acht Wochen post partum

4.2.1.3. Übereinstimmung erhöhter EPDS -, erhöhter BDI Scores und ICD Diagnosen

Von 53 Frauen wurden entweder einer der beiden Fragebögen (EPDS und BDI) oder beide Fragebögen nicht zurückgesandt, so dass nur von einer Stichprobe von 152 Frauen (74,1 % der Gesamtstichprobe) eine Aussage darüber getroffen werden kann, inwiefern die Diagnosen, die anhand der verschiedenen Methoden gestellt wurden, übereinstimmen.

Lediglich bei zwei Frauen wurde sechs bis acht Wochen nach der Entbindung eine depressive Störung sowohl durch EPDS und BDI als auch anhand der Kriterien nach ICD-10 diagnostiziert. Die übrigen sechs Frauen, bei denen eine Diagnose nach ICD-10 gestellt wurde, wiesen keine auffälligen Scores in der EPDS und im BDI auf. Dieses lässt sich darauf zurückführen, dass die Diagnosen nach den Kriterien der ICD-10 retrospektiv für die sechs bis acht Wochen nach der Entbindung gestellt wurden und demnach auch Diagnosen für Störungen vergeben wurden, die zu einem früheren Zeitpunkt aufgetreten waren (siehe 4.2.2.8.).

Jeweils 20 Frauen dieser Teilstichprobe überschritten mit ihren Gesamtscores die festgesetzten Grenzwerte in der EPDS und im BDI. Von ihnen zeigten 12 Frauen sowohl erhöhte Depressionswerte in der EPDS als auch im BDI.

4.2.1.4. Baby Blues

Insgesamt erfüllten 70 (37 %) der 189 Frauen, von denen ein Ergebnis vorlag, das Mindestkriterium für den Baby Blues (Stimmungsschwankungen, emotionale Labilität über mindestens einen Tag). In Tabelle 11 kann das Ergebnis bezüglich des Baby Blues abgelesen werden.

	Anzahl (absolut)	Prozent (%)
Nein	119	63
Ja	70	37
Gesamt	189	100

Tabelle 11: Häufigkeit des Baby Blues (n = 189)

4.2.1.5. Andere psychische Störungen in der Vorgeschichte

Bei 39 Frauen (19 %) der Gesamtstichprobe wurde die Diagnose V. a. psychische Störung in der Vorgeschichte gestellt und bei 16 Frauen (7,8 %) eine psychische Störung in der Schwangerschaft diagnostiziert. (siehe Tabellen 12 und 13)

	Anzahl (absolut)	Prozent (%)
Nein	166	81,0
Ja	39	19,0
Gesamt	205	100

Tabelle 12: Psychische Störungen in der Vorgeschichte n = (205)

	Anzahl (absolut)	Prozent (%)
Nein	189	92,2
Ja	16	7,8
Gesamt	205	100

Tabelle 13: Psychische Störungen in der Schwangerschaft n = (205)

Es lag also bei 55 Frauen der gesamten Stichprobe der Verdacht auf eine psychische Störung in der Vorgeschichte und der Schwangerschaft vor. In der Tabelle (14) kann abgelesen werden, mit welcher Häufigkeit und für welche Zeit die insgesamt 65 Verdachtsdiagnosen unterschiedlicher Störungen vergeben wurden. Anpassungsstörungen bzw. Belastungsstörungen wurden mit einem Anteil von 35,4 % am häufigsten diagnostiziert. Dabei wurde bei zwanzig Frauen die Verdachtsdiagnose für die Vorgeschichte und bei drei Frauen für die Zeit der Schwangerschaft gestellt. Der Verdacht auf eine depressive Störung bestand bei elf Frauen für die Vorgeschichte,

bei fünf Frauen für die Zeit der Schwangerschaft und bei einer Frau sowohl für Vorgeschichte, als auch Schwangerschaft. Zusätzlich wurde bei fünf Frauen die Diagnose einer atypischen depressiven Störung während der Schwangerschaft gestellt. Diese Frauen wiesen dieselben Symptome auf wie die Frauen, bei denen im Wochenbett eine Verhaltensstörung diagnostiziert wurde. Spezifische Phobien traten insgesamt bei neun Frauen auf, wobei drei Frauen erstmalig in der Schwangerschaft unter einer spezifischen Phobie litten. Die Diagnose einer Hypomanie und die einer Panikstörung wurde jeweils dreimal gestellt. Bei 2 Frauen bestand der Verdacht auf eine Borderlinestörung, wobei bei einer Frau diese Diagnose nur für die Vorgeschichte galt. Bei jeweils einer Frau wurden eine Angststörung, eine bipolare affektive Störung und eine Opioidabhängigkeit in der Vorgeschichte diagnostiziert.

	Nur in Vorgeschichte	Nur in Schwangerschaft	In Vorgeschichte und Schwangerschaft
	Anzahl (absolut)	Anzahl (absolut)	Anzahl (absolut)
Anpassungsstörung/ Belastungsstörung	20	3	
Depressive Störung	11	5	1
Atypische depressive Störung		5	
Spezifische Phobie		3	6
Hypomanie	1		2
Panikstörung	3		
Borderlinestörung	1		1
Angst- und depressive Störung (gemischt)	1		
Bipolare affektive Störung	1		
Opioidabhängigkeit	1		
Gesamt	39	16	10

Tabelle 14: Art und Häufigkeit (absolut) von Verdachtsdiagnosen psychischer Störungen in der Vorgeschichte und in der Schwangerschaft

4.2.1.6. Ausprägung der Persönlichkeitsmerkmale

In der vorliegenden Arbeit wurden die beiden Gruppen der Probandinnen, die jeweils starke und schwache Ausprägungen der drei Persönlichkeitsmerkmale „Neurotizismus“, „Extraversion“ und „Offenheit für neue Erfahrungen“ aufzeigten, im Hinblick auf das Vorkommen depressiver Störungen miteinander verglichen. Die Persönlichkeitsmerkmale „Neurotizismus“ und „Extraversion“ wurden ausgewählt, weil sich schon in den Untersuchungen von Boyce et al. (1991), Marks et al. (1992), Matthey et al. (1999), Pitt (1968) und Watson et al. (1984) ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen hohen Neurotizismuswerten bzw. niedrigen Extraversionswerten und postpartalen depressiven Störungen herausgestellt hatte (siehe 4.1.3.8.). Das Merkmal „Offenheit für neue Erfahrungen“, das u.a. die Eigenschaften „Hohe Wertschätzung für neue Erfahrungen“, „Bevorzugung von Abwechslung“ und „Wissbegierde“ beschreibt, wurde für die Untersuchung ausgesucht, weil für möglich gehalten wurde, dass Frauen mit einer geringen Ausprägung dieser Dimension eher Probleme mit einer Entbindung und den damit zusammenhängenden Umständen haben könnten.

Um zu klären, ob die in der vorliegenden Arbeit anhand des NEO-FFIs aufgefundenen Punktwerte denen einer repräsentativen Stichprobe entsprachen, wurden die gewonnenen Ergebnisse mit einer von Borkenau und Ostendorf (1993) erhobenen Stichprobe verglichen. Hierfür wurden für die jeweiligen Skalen des NEO-FFIs die Mittelwerte der Gesamtstichprobe ermittelt. Es stellte sich heraus, dass die Mittelwerte der Skalen Neurotizismus und Offenheit für neue Erfahrungen bei der eigenen Stichprobe unter denen der Stichprobe von Borkenau und Ostendorf lagen. Die Werte der Skala Extraversion stimmten dagegen weitgehend überein. Um die stärkere Ausprägung der Persönlichkeitsmerkmale von der schwächeren zu trennen, fand eine Einteilung in überdurchschnittliche und unterdurchschnittliche Werte statt. Der Mittelwert jeder Skala wurde als Schwellenwert für die Zuordnung gewählt.

Eine starke Ausprägung des Persönlichkeitsmerkmals Neurotizismus, also überdurchschnittliche Mittelwerte in der Neurotizismusskala, zeigten 44,7 % der 199 Frauen, von denen das NEO-FFI vorlag. Bei 49,7 % der Frauen war das Merkmal Extraversion, bei 54,3 % der Frauen das Merkmal Offenheit für neue Erfahrungen schwächer ausgeprägt.

4.2.1.7. Entbindungsart

Der Anteil der Frauen der untersuchten Stichprobe, die durch eine Sectio entbunden wurden, war mit 49,2 % außergewöhnlich groß. Die Spontanentbindungen machten folglich einen Anteil von insgesamt 50,8 % aus. Bei 12,5 % der Spontanentbindungen, also 6,4 % aller Entbindungen, mussten Instrumente eingesetzt werden.

	Anzahl (absolut)	Prozent (%)
Spontangeburt	91	44,4
Zangengeburt	4	2,0
Saugglocke	9	4,4
Sectio	101	49,2
Gesamt	205	100

Tabelle 15: Häufigkeiten der unterschiedlichen Entbindungsarten

Wie in Abschnitt (3.1.1.) dargestellt wurden in dem Zeitraum vom 04.12.2000 bis zum 03.05.2001 insgesamt 414 Frauen in der Universitätsfrauenklinik für die Studie angesprochen. Von ihnen waren 205 (49,5 %) durch eine Sectio und 209 (50,5 %) spontan entbunden worden. Bei 12,4 % der spontan entbundenen Frauen, also 6,3 % der in diesem Zeitraum entbundenen Frauen, war eine Zange oder eine Saugglocke notwendig gewesen. Spontangeburt und Sectiones sind demnach in der Stichprobe der vorliegenden Arbeit im gleichen Verhältnis enthalten wie in der gesamten Beobachtungseinheit der Universitätsfrauenklinik. Auch die Rate der Frauen, bei denen Instrumente zur Entbindung eingesetzt werden mussten, entspricht in der untersuchten Stichprobe mit 12,5 % der der gesamten Gruppe.

4.2.1.8. Soziale Unterstützung

Von 193 befragten Frauen waren 180 Frauen (93,3 %) zufrieden, 10 (5,2 %) teilweise zufrieden und nur 3 (1,6 %) unzufrieden mit den Hebammen während der Entbindung. Mit dem ärztlichen Personal zeigten sich 93,1 % (190/204) zufrieden, 2,5 % (5/204) waren teilweise zufrieden und 4,4 % (9/204) unzufrieden. 96,4 % (185/192) der Frauen erklärten sich mit der Unterstützung durch den Partner bzw. die Begleitperson bei der Entbindung zufrieden, 2,1 % (4/192) beantworteten die Frage mit

teils-teils und 1,6 % (3/192) waren unzufrieden. Viel Unterstützung durch den Partner seit der Entbindung erhielten nach eigener Aussage 59,8 % der 184 befragten Frauen, ausreichende Unterstützung 29,9 % und wenig bzw. keine Unterstützung bekamen immerhin 10,3 %. 77,5 % waren zufrieden mit der Unterstützung des Partners seit der Entbindung, 8,4 % äußerten sich neutral und 14 % der 178 antwortenden Frauen zeigten sich unzufrieden. Weiterhin gaben 76,3 % der befragten Frauen an, dass sie durch weitere Personen seit der Entbindung unterstützt würden. Jedoch nur 11,8 % bewerteten diese Unterstützung mit gut, 17,1 % schätzten sie mit ausreichend ein und viele Frauen (71,1 %) erhielten nach eigener Aussage wenig Unterstützung (siehe Tabellen).

	zufrieden	teilweise zufrieden	unzufrieden	Gesamt
Zufriedenheit mit der Hebamme bei d. Entbindung	180 (93,2%)	10 (5,2 %)	3 (1,6 %)	193 (100 %)
Zufriedenheit mit den Ärzten bei d. Entbindung	190 (93,1 %)	5 (2,5 %)	9 (4,4 %)	204 (100 %)
Zufriedenheit mit der Begleitperson bei der Entbindung	185 (96,4 %)	4 (2,1 %)	3 (1,5 %)	192 (100 %)
Zufriedenheit mit der Unterstützung durch den Partner seit der Entbindung	138 (77,6 %)	15 (8,4 %)	25 (14 %)	178 (100 %)

Tabelle 16: Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung während und nach der Entbindung

	Ja	Nein	Gesamt
Unterstützung durch weitere Personen seit der Entbindung	142 (76,3 %)	44 (23,7 %)	187 (100 %)

Tabelle 17: Unterstützung durch andere Personen nach der Entbindung

	viel/gut	ausreichend	wenig/keine	Gesamt
Einschätzung der Unterstützung durch weitere Personen seit d. Entbindung	22 (11,8 %)	32 (17,1 %)	133 (71,1 %)	187 (100 %)
Unterstützung durch den Partner seit der Entbindung	110 (59,8 %)	55 (29,9 %)	19 (10,3 %)	184 (100 %)

Tabelle 18: Einschätzung der Unterstützung nach der Entbindung

4.2.2. Ergebnisse zu den Hypothesen

4.2.2.1. Statistische Überprüfung der Zusammenhänge zwischen postpartalen depressiven Störungen und potentiellen Einflussfaktoren

Bei der statistischen Überprüfung der Zusammenhänge zwischen potentiellen Einflussfaktoren und postpartalen depressiven Störungen wurde unterschieden zwischen postpartalen depressiven Störungen, die aufgrund der Kriterien der ICD-10 diagnostiziert wurden, und denen, die aufgrund erhöhter Depressionswerte in der EPDS ermittelt wurden. Die Hypothesen wurden anhand von Kreuztabellierung und Chi-Quadrat-Test überprüft. Die Angaben aus den Interviews bezüglich potentieller Einflussfaktoren, die Fälle der nach den Kriterien der ICD-10 gestellten Diagnosen und die ermittelten Summenwerte der EPDS Fragebögen gingen als Variablen in die Analyse ein. Die Variablen für die Summenwerte der EPDS Fragebögen zum 1. und 2. Messzeitpunkt wurden dafür jeweils in die drei Kategorien „EPDS-Score < 10“, „EPDS-Score > 10 < 12“ und „EPDS-Score \geq 12“ aufgeteilt.

Bei der Untersuchung der Zusammenhänge zwischen potentiellen Einflussfaktoren und postpartalen depressiven Störungen anhand der nach ICD-10 diagnostizierten Fälle führte der Chi-Quadrat-Test zu keinen signifikanten Ergebnissen, weshalb das Vorkommen der potentiell beeinflussenden Faktoren nur in Häufigkeitsverteilungen (siehe 4.2.2.7.) beschrieben wurde.

In den folgenden Abschnitten werden in Kreuztabellen nur die Häufigkeitsverteilungen der Variablen aufgeführt, für die sich im Chi-Quadrat-Test ein signifikanter Wert ergab.

Die Ergebnisse der durchgeführten Chi-Quadrat-Tests werden zunächst in einer Überblickstabelle (Tabelle 19) dargestellt. Die χ^2 -Werte, die sich nach dem festgesetzten Signifikanzniveau (siehe 3.2.4.2.) als signifikant darstellten, wurden in der Tabelle dementsprechend gekennzeichnet. So steht * für ein signifikantes Ergebnis und ** für ein hoch signifikantes Ergebnis. Außerdem werden die Freiheitsgrade (df) angegeben.

	EPDS1			EPDS2		
	(2.-5. Tag p.p.)			(6-8 Wochen p.p.)		
	χ^2	df	p	χ^2	df	p
EPDS Score (2.-5. Postpartaler Tag)				37	4	0**
Psych. Störungen in der Vorgeschichte	1	2	n.s.	3,9	2	n.s.
Psych. Störungen in der Schwangerschaft	10	2	0.014*	1,7	2	n.s.
Baby Blues (mind. Symptome emotionale Labilität und Stimmungsschwankungen)	17,6	2	0**	5,6	2	n.s.
Baby Blues (mind. Symptome emotionale Labilität und Empfindlichkeit)	6,4	2	0.042*	3,5	2	n.s.
Baby Blues (mind. Symptome emotionale Labilität, Stimmungsschwankungen und Empfindlichkeit)	6,9	2	0.031*	4,1	2	n.s.
Baby Blues (mind. Symptome emotionale Labilität, Stimmungsschwankungen, Empfindlichkeit und Traurigkeit/Deprimiertheit)	11,5	2	0.004**	5,3	2	n.s.
Neurotizismuswerte (NEO-FFI)	13,9	2	0.001**	18,6	2	0**
Extraversionswerte (NEO-FFI)	7,2	2	0.027*	1,7	2	n.s.
Werte für Offenheit für neue Erfahrungen (NEO-FFI)	1	2	n.s.	2,7	2	n.s.
Art der Entbindung	11,9	4	0.019*	3,7	4	n.s.
Zufriedenheit mit d. Hebamme bei d. Entbindung	13,3	4	0.028*	7,6	4	n.s.
Zufriedenheit mit d. Ärzten bei d. Entbindung	5,7	4	n.s.	25,8	4	0.004**
Zufriedenheit mit d. Begleitperson bei d. Entbindung	1,1	4	n.s.	11,4	4	n.s.
Unterstützung durch d. Partner seit d. Entbindung	4,5	4	n.s.	10	4	0.038*
Zufriedenheit mit d. Unterstützung durch d. Partner seit d. Entbindung	1,5	4	n.s.	5,3	4	n.s.
Unterstützung durch weitere Personen seit d. Entbindung	1,6	2	n.s.	2	2	n.s.
Einschätzung der Unterstützung durch weitere Personen seit d. Entbindung	10,2	4	n.s.	5,6	4	n.s.

Tabelle 19: Überprüfung der Zusammenhänge zwischen potentiellen Einflussfaktoren und postpartalen depressiven Störungen anhand des Chi-Quadrat-Tests zum ersten (EPDS1) und zweiten Messzeitpunkt (EPDS2)

4.2.2.2. Einfluss des EPDS Scores am 2. – 5. postpartalen Tag und des Baby Blues`

In Bezug auf die erste Hypothese wurde zunächst geprüft, ob sich der angenommene Zusammenhang zwischen frühen postpartalen Depressionswerten (2.-5. Tag) und Depressionswerten 6-8 Wochen post partum bestätigen ließ. Zur statistischen Überprüfung wurde mit den Variablen „EPDS-Score 1“ und „EPDS-Score 2“, die jeweils in drei Kategorien unterteilt worden waren (4.2.2.1.), eine Kreuztabelle (Tabelle 20) erstellt und der Chi-Quadrat-Test durchgeführt.

		EPDS-Score (6-8 Wochen post partum)			Gesamt (absolut) (n)
		EPDS-Score < 10 (n)	EPDS-Score > 10 und < 12 (n)	EPDS-Score > 12 (n)	
	EPDS-Score < 10	109	3	4	116
EPDS-Score (2. -5. postpar- taler Tag)	EPDS-Score > 10 und < 12	5	2	0	7
	EPDS-Score > 12	17	1	9	27
Gesamt (n)		131	6	13	150

$$\chi^2 = 37; p < 0,01; df = 4; (2\text{-seitig})$$

Tabelle 20: Zusammenhang zwischen frühen postpartalen Depressionswerten (2.-5. postpartaler Tag) und postpartalen Depressionswerten 6-8 Wochen post partum; absolute Häufigkeitsverteilung und Chi-Quadrat-Wert, (n = 150)

Wie der Tabelle entnommen werden kann, fiel das Ergebnis des Chi-Quadrat-Tests hoch signifikant aus. Dieses lässt den Rückschluss auf die Existenz eines Zusammenhangs zwischen frühen postpartalen Depressionswerten (2.-5. Tag) und postpartalen Depressionswerten 6-8 Wochen post partum zu. Die gemeinsamen Häufigkeitsverteilungen der Variablen in der Kreuztabelle 20 zeigen, dass von den Frauen, die am ersten Messzeitpunkt einen EPDS-Gesamtscore von 10 und größer aufwiesen, anteilig mehr Frauen auch am zweiten Messzeitpunkt einen EPDS-Gesamtscore von 10 und größer zeigten als Frauen mit einem EPDS-Gesamtscore von kleiner 10 am ersten Messzeitpunkt. Dieses deutet darauf hin, dass die Frauen, die in der

ersten Woche nach der Entbindung erhöhte Depressionswerte aufwiesen, demnach hinsichtlich der Entwicklung einer späteren depressiven Störung gefährdeter waren als Frauen mit unauffälligen Depressionswerten.

Fernerhin wurde anhand des Chi-Quadrat-Tests überprüft, ob sich der Zusammenhang zwischen dem Auftreten eines Baby Blues in der ersten Woche nach der Entbindung (Definition siehe 3.2.3.1.) und postpartalen Depressionswerten 6-8 Wochen post partum belegen lässt. Entgegen der Annahme fiel das Ergebnis nicht signifikant aus. Folglich konnte der angenommene Zusammenhang im Chi-Quadrat-Test nicht bestätigt werden.

Bei der Überprüfung des Zusammenhangs zwischen dem Auftreten von Baby Blues in der ersten Woche nach der Entbindung und den Depressionswerten am 2.-5. postpartalen Tag fand sich mit $p < 0.01$ im Chi-Quadrat-Test ein hoch signifikanter χ^2 -Wert (Tabelle 21).

		EPDS-Score (2.-5. postpartaler Tag)			Gesamt (n)
		EPDS-Score < 10 (n)	EPDS-Score > 10 und < 12 (n)	EPDS-Score > 12 (n)	
Auftreten von Baby Blues	Nein	99	6	12	117
	Ja	38	4	23	65
Gesamt (n)		137	10	35	182

$\chi^2 = 17,6$; $p < 0,01$; $df = 2$; (2-seitig)

Tabelle 21: Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Baby Blues (lt. Definition: Stimmungsschwankungen, emotionale Labilität mind. für die Dauer eines Tages) in der ersten Woche nach der Entbindung und postpartalen Depressionswerten (2.-5. postpartaler Tag); absolute Häufigkeitsverteilung und Chi-Quadrat-Wert, (n = 182)

Bei Betrachtung der Kreuztabelle (Tabelle 21), die die gemeinsamen Häufigkeitsverteilungen der Variablen „Depressionswerte am 2.-5. postpartalen Tag“ und „Baby Blues“ darstellen, fällt Folgendes auf: Von den Frauen, die in der ersten Woche nach der Entbindung unter einem Baby Blues litten, hatten zur gleichen Zeit prozentual mehr Frauen einen EPDS-Gesamtscore von 10 und größer als der Frauen ohne Symptome eines Baby Blues. Das hoch signifikante Ergebnis des Chi-Quadrat-Tests deutet auf einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Baby Blues in

der ersten Woche nach der Entbindung und erhöhten Depressionswerten am 2.-5. postpartalen Tag hin.

4.2.2.3. Einfluss psychischer Störungen in der Vorgeschichte

Es wurde überprüft, ob die vermuteten Zusammenhänge zwischen dem Vorkommen psychischer Störungen in der Vorgeschichte bzw. in der Schwangerschaft und postpartalen Depressionswerten nachgewiesen werden konnten. Bei der statistischen Prüfung anhand des Chi-Quadrat-Tests fand sich zwischen psychischen Störungen in der Vorgeschichte und sowohl den Depressionswerten am 2.-5. postpartalen Tag als auch den Depressionswerten 6-8 Wochen post partum kein signifikantes Ergebnis.

Bei der Überprüfung des Zusammenhangs zwischen psychischen Störungen in der Schwangerschaft und postpartalen Depressionswerten am 2.-5. postpartalen Tag ergab der Chi-Quadrat-Test jedoch ein signifikantes Ergebnis.

		EPDS-Score (2.-5. postpartaler Tag)			Gesamt (n)
		EPDS-Score < 10 (n)	EPDS-Score > 10 und < 12 (n)	EPDS-Score > 12 (n)	
Vorkommen psychischer Störungen in der Schwangerschaft	Nein	142	9	32	183
	Ja	7	3	6	16
Gesamt (n)		149	12	38	199

$$\chi^2 = 10; p = < 0,05; df = 2; (2\text{-seitig})$$

Tabelle 22: Zusammenhang zwischen Vorkommen psychischer Störungen in der Schwangerschaft und postpartalen Depressionswerten (2.-5. postpartaler Tag); absolute Häufigkeitsverteilung und Chi-Quadrat-Test; (n = 199)

In der zugehörigen Kreuztabelle (Tabelle 22) ist zu erkennen, dass anteilig mehr Frauen, bei denen eine psychische Störung in der Schwangerschaft diagnostiziert worden war, einen EPDS-Gesamtscores von 10 und größer aufwiesen als der Frauen ohne Störung. Demnach zeigten

Frauen, die in der Schwangerschaft psychische Auffälligkeiten aufgewiesen hatten, häufiger erhöhte Depressionswerte im frühen Wochenbett als andere Frauen.

Bei der Überprüfung des Zusammenhangs zwischen psychischen Störungen in der Schwangerschaft und postpartalen Depressionswerten 6-8 Wochen post partum resultierten im Chi-Quadrat-Test keine signifikanten Ergebnisse. Somit waren diese Frauen sechs bis acht Wochen nach der Entbindung hinsichtlich des Vorkommens depressiver Störungen nicht gefährdeter als andere Frauen.

4.2.2.4. Einfluss der Persönlichkeit

Im Folgenden wurde der Hypothese entsprechend untersucht, ob sich die Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsfaktoren und postpartalen Depressionswerten bestätigen ließen.

Zunächst wurde zur Überprüfung des angenommenen Zusammenhangs zwischen Neurotizismuswerten und postpartalen Depressionswerten (2.-5. postpartaler Tag) eine Kreuztabelle erstellt und der Chi-Quadrat-Test durchgeführt.

		EPDS-Score (2.-5. Postpartaler Tag)			Gesamt (n)
		EPDS-Score < 10 (n)	EPDS-Score > 10 und < 12 (n)	EPDS-Score > 12 (n)	
Neurotizismuswerte	durchschnittl./unter- durchschnittl.	91	5	11	107
	überdurchschnittl.	54	7	26	87
Gesamt (n)		145	12	37	194

$\chi^2 = 13,9$; $p < 0,01$; $df = 2$; (2-seitig)

Tabelle 23: Zusammenhang zwischen Neurotizismuswerten und postpartalen Depressionswerten (2.-5. postpartaler Tag); absolute Häufigkeitsverteilung und Chi-Quadrat-Test, (n = 194)

Auch zur Überprüfung des hypothetischen Zusammenhangs zwischen Neurotizismuswerten und Depressionswerten 6-8 Wochen post partum wurde eine Kreuztabelle (Tabelle 24) erstellt und der Chi-Quadrat-Test durchgeführt.

		EPDS-Score (6-8 Wochen post partum)			
		EPDS-Score < 10 (n)	EPDS-Score > 10 und < 12 (n)	EPDS-Score > 12 (n)	Gesamt (n)
Neurotizismuswerte	durchschnittl./unter- durchschnittl.	83	0	2	85
	überdurchschnittl.	50	6	11	67
Gesamt (n)		133	6	13	152

$\chi^2 = 18,6$; $p < 0,01$; $df = 2$; (2-seitig)

Tabelle 24: Zusammenhang zwischen Neurotizismuswerten und postpartalen Depressionswerten (6-8 Wochen post partum); absolute Häufigkeitsverteilung und Chi-Quadrat-Test, (n = 152)

Die dargestellten Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests deuten sowohl auf einen Zusammenhang zwischen Neurotizismuswerten und frühen postpartalen Depressionswerten (2.-5. postpartaler Tag) als auch auf einen Zusammenhang zwischen Neurotizismuswerten und Depressionswerten 6-8 Wochen post partum hin. In den Kreuztabellen (Tabelle 23 und 24) kann abgelesen werden, dass sowohl am 2. – 5. postpartalen Tag als auch sechs bis acht Wochen post partum anteilig mehr Frauen mit überdurchschnittlichen Neurotizismuswerten EPDS-Gesamtscores von 10 und größer aufwiesen als Frauen mit unterdurchschnittlichen Neurotizismuswerten. Diese Ergebnisse unterstützen somit die Hypothese, dass sich Frauen in Abhängigkeit von ihrem Ausprägungsgrad auf der Neurotizismusskala signifikant unterscheiden im Hinblick auf das Vorhandensein sowohl früher als auch späterer erhöhter postpartaler Depressionswerte.

Für die Prüfung der vermuteten Zusammenhänge zwischen Extraversionswerten und Depressionswerten am 2.-5. postpartalen Tag und 6-8 Wochen post partum wurden gleichermaßen Kreuztabellen erstellt und Chi-Quadrat-Tests durchgeführt. Hier ergab sich nur für den Zusammenhang zwischen Extraversionswerten und den frühen postpartalen Depressionswerten mit $p < 0,05$ ein signifikanter Chi-Wert.

		EPDS-Score (2.-5. postpartaler Tag)			
		EPDS-Score < 10 (n)	EPDS-Score > 10 und < 12 (n)	EPDS-Score > 12 (n)	Gesamt (n)
Extraversions- werte	durchschnittl./über- durchschnittl.	64	9	23	96
	unterdurchschnittl.	81	3	14	98
Gesamt (n)		145	12	37	194

$\chi^2 = 7,2$; $p < 0,05$, $df = 2$, (2-seitig)

Tabelle 25: Zusammenhang zwischen Extraversionswerten und postpartalen Depressionswerten (2.-5. postpartaler Tag); absolute Häufigkeitsverteilung und Chi-Quadrat-Test, (n = 194)

Aus den Ergebnissen der Kreuztabelle (Tabelle 25) lässt sich ein Zusammenhang zwischen den Extraversionswerten und den frühen Depressionswerten am 2.-5. postpartalen Tag ableiten. Betrachtet man die gemeinsamen Häufigkeitsverteilungen dieser beiden Variablen, stellt man fest, dass jedoch prozentual mehr Frauen mit überdurchschnittlichen Extraversionswerten einen EPDS-Gesamtscore von 10 und größer aufwiesen als Frauen mit unterdurchschnittlichen Extraversionswerten. Diese Tatsache spricht also eher nicht für den vermuteten Zusammenhang zwischen introvertierten Eigenschaften und erhöhten postpartalen Depressionswerten.

Bei der statistischen Prüfung des Zusammenhangs zwischen den Extraversionswerten und den Depressionswerten 6-8 Wochen post partum anhand des Chi-Quadrat-Tests fand sich kein signifikantes Ergebnis.

Ein Zusammenhang zwischen Werten für Offenheit für neue Erfahrungen und postpartalen Depressionswerten konnte in keinem Test bestätigt werden.

4.2.2.5. Einfluss der Entbindungsart

Weiterhin wurde untersucht, ob die Hypothese bezüglich des angenommenen Zusammenhangs zwischen der Entbindungsart der Frauen und ihren postpartalen Depressionswerten nach Darstellung in der Kreuztabelle (Tabelle 26) und Prüfung durch den Chi-Quadrat-Test akzeptiert werden konnte.

		EPDS-Score (2.-5. postpartaler Tag)			
		EPDS-Score < 10 (n)	EPDS-Score > 10 < 12 (n)	EPDS-Score > 12 (n)	Gesamt (n)
	Spontan	73	6	7	86
Art der Entbindung	Saugglocke/ Zange	9	1	4	14
	Sectio	67	5	27	99
Gesamt (n)		149	12	38	199

$\chi^2 = 11,9$; $p < 0,01$; $df = 4$; (2-seitig)

Tabelle 26: Zusammenhang zwischen Entbindungsart und postpartalen Depressionswerten (2.-5. postpartaler Tag); absolute Häufigkeitsverteilung und Chi-Quadrat-Test, (n = 199)

Bei der Prüfung durch den Chi-Quadrat-Test zeigte sich für den Zusammenhang zwischen der Entbindungsart der Frauen und ihren Depressionswerten am 2.-5. postpartalen Tag ein hoch signifikanter Chi-Wert. Wie der Kreuztabelle entnommen werden kann, wiesen von den Frauen, die spontan entbunden hatten, am ersten Messzeitpunkt anteilig weniger EPDS-Gesamtsummenwerte von 10 und größer auf, als von jenen Frauen, die entweder mit Hilfe von Instrumenten oder durch eine Sectio entbunden worden waren. Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass somit mit Hilfe von Instrumenten oder durch eine Sectio entbundene Frauen häufiger an depressiven Verstimmungen in der ersten Woche nach der Entbindung leiden als spontan entbundene Frauen.

Ein Zusammenhang zwischen der Entbindungsart und den Depressionswerten 6-8 Wochen post partum konnte aufgrund des Ergebnisses des durchgeführten Chi-Tests nicht abgeleitet werden,

4.2.2.6. Einfluss der medizinischen und der sozialen Unterstützung

Bezüglich der letzten Hypothese galt es zu prüfen, ob Zusammenhänge zwischen der medizinischen und der sozialen Unterstützung während bzw. nach der Entbindung und den postpartalen Depressionswerten der Frauen erkennbar waren.

Zunächst wurde für die Variablen „Zufriedenheit mit den Hebammen bei der Entbindung“ und „frühe postpartale Depressionswerte“ (2.-5. postpartaler Tag) eine Kreuztabelle erstellt und im Chi-Quadrat-Test die Unabhängigkeit dieser Variablen geprüft.

		Postpartale Depressionswerte 2.-5- Tag			Gesamt (n)
		EPDS-Score < 10 (n)	EPDS-Score > 10 und < 12 (n)	EPDS-Score > 12 (n)	
Zufriedenheit mit Hebammen bei der Entbindung	zufrieden	133	11	31	175
	teils-teils	6	1	2	9
	unzufrieden			3	3
Gesamt (n)		139	12	36	187

$\chi^2 = 13.3$; $p < 0.05$; $df = 4$; (2-seitig)

Tabelle 27: Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit den Hebammen bei der Entbindung und frühen postpartalen Depressionswerten (2.-5. postpartaler Tag); absolute Häufigkeitsverteilung und Chi-Quadrat-Test, (n = 187)

Der Chi-Quadrat-Test bestätigte den Zusammenhang der Merkmale mit einem signifikanten Ergebnis.

Prozentual zeigten mehr Frauen, die unzufrieden mit der Unterstützung durch die Hebamme waren, am 2.-5. postpartalen Tag EPDS-Gesamtsummenwerte von 10 und größer als die mit der Unterstützung zufriedenen Frauen.

Bei der Überprüfung des Zusammenhangs zwischen der Zufriedenheit mit den Hebammen bei der Entbindung und den Depressionswerten 6-8 Wochen post partum zeigte der Chi-Quadrat-Test jedoch kein signifikantes Ergebnis.

Im nächsten Schritt wurde der Zusammenhang der Variable Zufriedenheit mit den Ärzten bei der Entbindung und der Variablen frühe postpartale Depressionswerte (2.-5. postpartaler Tag) bzw. Depressionswerte 6-8 Wochen post partum anhand der oben angewandten Methoden untersucht. Dabei stellte sich im Chi-Quadrat-Test für die Variablen „Zufriedenheit mit den Ärzten bei der Entbindung“ und „frühe postpartale Depressionswerte“ (2.-5. postpartaler Tag) das Ergebnis als nicht signifikant dar.

Für die Variablen „Zufriedenheit mit den Ärzten bei der Entbindung“ und „Depressionswerte 6-8 Wochen post partum“ ergab sich im Chi-Quadrat-Test ein hoch signifikantes Ergebnis.

		EPDS-Score (6-8 Wochen postpartum)			Gesamt (n)
		EPDS-Score < 10 (n)	EPDS-Score >10 und < 12 (n)	EPDS-Score >12 (n)	
Zufriedenheit mit Ärzten bei der Entbindung	zufrieden	129	4	12	145
	teils-teils	4	0	0	4
	unzufrieden	1	2	2	5
Gesamt (n)		134	6	14	154

$\chi^2 = 25,8$; $p < 0,01$; Niveau; $df = 4$; (2-seitig)

Tabelle 28: Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit den Ärzten bei der Entbindung und postpartalen Depressionswerten (6-8 Wochen post partum); absolute Häufigkeitsverteilung und Chi-Quadrat-Test, (n = 154)

Die Kreuztabelle stellt dar, dass anteilig mehr jener Frauen, die unzufrieden mit der Unterstützung der Ärzte bei der Entbindung waren, 6-8 Wochen post partum EPDS-Gesamtsummenwerte von 10 und größer aufwiesen.

Für die Variablen „Unterstützung durch den Partner/Begleitperson *bei* der Entbindung“ und die Depressionswerte ergab sich im Chi-Quadrat-Test kein signifikantes Ergebnis.

Für die Variablen „Unterstützung durch den Partner *seit* der Entbindung“ und „Depressionswerte 6-8 Wochen post partum“ zeigte der Chi-Quadrat-Test hingegen ein signifikantes Ergebnis (Tabelle 29).

		EPDS-Score (6-8 Wochen postpartum)			
		EPDS-Score < 10 (n)	EPDS-Score > 10 und < 12 (n)	EPDS-Score > 12 (n)	Gesamt (n)
	wenig bis keine	9	2	3	14
Unterstützung durch den Partner seit der Entbindung	ausreichend	42	1	2	45
	viel bis sehr viel	81	2	9	92
Gesamt (n)		132	5	14	151

$\chi^2 = 10,0$; $p < 0,05$; $df = 4$; (2-seitig)

Tabelle 29: Zusammenhang zwischen der Unterstützung durch den Partner *seit* der Entbindung und Depressionswerten 6-8 Wochen post partum; absolute Häufigkeitsverteilung und Chi-Quadrat-Test, (n = 151)

Die Kreuztabelle zeigte diesbezüglich, dass anteilig mehr Frauen, die nach eigener Aussage wenig bzw. keine Unterstützung durch den Partner *seit* der Entbindung erhalten hatten, EPDS-Gesamtsummenwerte von 10 und größer hatten als Frauen, die ausreichende oder viel Unterstützung hatten.

Bei der Überprüfung des Zusammenhangs der Variablen „Einschätzung der Unterstützung durch den Partner *seit* der Entbindung“ und „postpartale Depressionswerte 6-8 Wochen post partum“ im Chi-Quadrat-Test ergaben sich keine signifikanten Ergebnisse.

Im letzten Schritt wurden die Zusammenhänge der Variablen „Einschätzung der Unterstützung durch andere *seit* der Entbindung“ bzw. der Variablen „Zufriedenheit mit der Unterstützung durch andere *seit* der Entbindung“ und „postpartale Depressionswerte 6-8 Wochen“ anhand der oben angewandten Methode untersucht. Auch hier zeigte der Chi-Quadrat-Test kein signifikantes Ergebnis.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich nach den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit nur einige der untersuchten potentiell einflussnehmenden Faktoren als prädiktive Faktoren postpartaler depressiver Störungen bestätigen ließen.

So zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen erhöhten Depressionswerten 6-8 Wochen post partum und erhöhten frühen postpartalen Depressionswerten, überdurchschnittlichen Neurotizismuswerten, der Unzufriedenheit mit den Ärzten bei der Entbindung und geringer Unterstützung durch den Partner *seit* der Entbindung.

Bei der statistischen Überprüfung der Zusammenhänge zwischen *frühen* Depressionswerten (2.-5. postpartaler Tag) und potentiell einflussnehmenden Faktoren ergaben sich signifikante Ergebnisse für die Variablen „Baby Blues“, „psychische Störungen in der Schwangerschaft“, „Neurotizismuswerte“, „Extraversionswerte“, „Entbindungsart“ und „Zufriedenheit mit der Unterstützung durch die Hebamme“. Den Ergebnissen zufolge zeigten Frauen, die in der ersten Woche nach der Entbindung laut Definition (siehe 3.2.3.1.) unter einem Baby Blues gelitten hatten, zur selben Zeit auch häufiger erhöhte Depressionswerte. Ebenso wiesen Frauen, die unter psychischen Störungen in der Schwangerschaft gelitten hatten, Frauen mit überdurchschnittlichen Neurotizismuswerten, mit *überdurchschnittlichen* Extraversionswerten, Frauen, die mit Hilfe von Zange oder Saugglocke oder durch eine Sectio entbunden worden waren und die unzufrieden mit der Hilfe durch die Hebamme waren, häufiger frühe erhöhte Depressionswerte am 2.-5. postpartalen Tag auf.

4.2.2.7. Vorkommen potentieller Einflussfaktoren bei den Frauen mit postpartaler depressiver Störung, diagnostiziert nach ICD 10

Bei 5 % der Studienteilnehmerinnen wurde eine postpartale depressive Störung nach ICD 10 diagnostiziert. Aus der Anzahl der potentiell einflussnehmenden Faktoren wurden bei den zehn betroffenen Frauen folgende Häufigkeiten ermittelt: Vier Frauen hatten am 2. – 5. postpartalen Tag einen EPDS Score kleiner 10, zwei Frauen wiesen einen Score von 10 und 11 auf und vier einen Score größer oder gleich 12. Insgesamt zeigten also 60 % (6/10) der betroffenen Frauen am 2. – 5. postpartalen Tag einen EPDS Score größer 10. Im Vergleich dazu betrug der entsprechende Anteil der Frauen der Gesamtstichprobe nur 25 % (50/199). Weiterhin hatten sieben der zehn Frauen in der ersten Woche nach der Entbindung unter den Symptomen eines Baby Blues gelitten. So waren es bei der Gesamtstichprobe nur 37 % der Frauen (70/189), bei

denen in der ersten Woche nach der Entbindung Symptome eines Baby Blues aufgetreten waren. Bei fünf der zehn Frauen lag der Verdacht auf eine psychische Störung in der Vorgeschichte vor, bei zwei Frauen wurde die Verdachtsdiagnose „psychische Störung in der Schwangerschaft“ gestellt. Demgegenüber stehen die Anteile aus der Gruppe der nicht betroffenen Frauen: Hier wurden nur bei 19 % (39/205) Verdachtsdiagnosen psychischer Störungen in der Vorgeschichte und nur 7,8 % (16/205) Verdachtsdiagnosen psychischer Störungen in der Schwangerschaft gestellt. Nicht alle zehn betroffenen Frauen gaben ihr Neo-Fünf-Faktoren-Inventar ausgefüllt zurück, weshalb nur von neun Frauen Angaben über Persönlichkeitsmerkmale notiert werden konnten: Sechs der Frauen wiesen überdurchschnittliche Mittelwerte in der Skala „Neurotizismus“ im Neo-Fünf-Faktoren-Inventar auf, drei unterdurchschnittliche. Fünf Frauen hatten unterdurchschnittliche Mittelwerte in der Skala Extraversion und vier überdurchschnittliche. Weiterhin zeigten vier der Frauen unterdurchschnittliche Mittelwerte für das Persönlichkeitsmerkmal „Offenheit für neue Erfahrungen“, fünf Frauen überdurchschnittliche Werte. Hier war beim Vergleich der Gruppe der zehn betroffenen Frauen mit der Gesamtstichprobe auffällig, dass mit 67 % prozentual deutlich mehr Frauen der Teilstichprobe erhöhte Neurotizismuswerte im Persönlichkeitsfragebogen zeigten als in der Gesamtstichprobe, bei der der Anteil nur 45 % (89/199) betrug. Hinsichtlich der Entbindungsart sowie fast aller weiteren Faktoren wurden beim Vergleich mit der Gesamtstichprobe keine Auffälligkeiten ermittelt: Von den zehn Frauen waren vier Frauen spontan entbunden worden, eine mit Hilfe der Vakuumextraktion und fünf durch eine Sectio. Der Frage nachgehend, ob die Unterstützung durch das soziale Umfeld Einfluss auf das Vorkommen postpartaler depressiver Störungen hatte, konnte man feststellen, dass neun der zehn erkrankten Frauen zufrieden mit ihrer Hebamme waren und eine einzelne ihre Zufriedenheit mit „teils-teils“ bewertete. Als letzter Faktor, bei welchem sich bei der Gegenüberstellung Abweichungen ergaben, kann die „Zufriedenheit mit den Ärzten bei der Entbindung“ genannt werden: Hier waren acht Frauen zufrieden mit den bei der Entbindung anwesenden Ärzten, zwei unzufrieden. Also 20 % (2/10) der erkrankten Frauen, jedoch nur 4,4 % (9/204) der gesamten Stichprobe waren unzufrieden mit der Behandlung durch das ärztliche Personal. Alle zehn Frauen zeigten sich zufrieden mit der Unterstützung des Partners bzw. der Begleitperson während der Entbindung. Dagegen gaben lediglich sechs der Frauen an, seit der Entbindung viel Unterstützung durch den Partner erhalten zu haben. Drei Frauen hatten nach eigener Aussage nur ausreichend Unterstützung erhalten und

eine sogar wenig bzw. keine. Von den zehn Frauen waren wiederum sieben mit der Unterstützung durch den Partner seit der Entbindung zufrieden, zwei neutral und eine war unzufrieden. Die Frage nach Unterstützung durch weitere Personen seit der Entbindung wurde von sieben Frauen mit „ja“ und von drei Frauen mit „nein“ beantwortet. Jedoch nur drei Frauen bewerteten die Unterstützung weiterer Personen mit gut. Eine Frau bezeichnete die erhaltene Unterstützung mit „ausreichend“ und sechs Frauen schätzten die Unterstützung anderer Personen seit der Entbindung mit „wenig“ bzw. „keine“ ein.

Leider ist die Zahl depressiver Frauen zu gering, um statistische Vergleiche mit der Gruppe von Frauen ohne postpartale depressive Störungen vorzunehmen.

Potentielle Einflussfaktoren		Anzahl
EPDS Score (2.-5. Postpartaler Tag)	< 10	4
	$\geq 10 < 12$	2
	≥ 12	4
Baby Blues (mind. Symptome emotionale Labilität und Stimmungsschwankungen)	Nein	3
	Ja	7
Psych. Störungen in der Vorgeschichte	Nein	5
	Ja	5
Psych. Störungen in der Schwangerschaft	Nein	8
	Ja	2
Neurotizismuswerte (NEO-FFI)	Unterdurchschnittlich	3
	Überdurchschnittlich	6
Extraversionswerte (NEO-FFI)	Überdurchschnittlich	4
	Unterdurchschnittlich	5
Werte für Offenheit für neue Erfahrungen (NEO-FFI)	Überdurchschnittlich	5
	Unterdurchschnittlich	4
Art der Entbindung	Spontan	4
	Zange/Saugglocke	1
	Sectio	5
Zufriedenheit mit d. Hebamme bei d. Entbindung	Zufrieden	9
	Teils-teils	1
	Unzufrieden	-
Zufriedenheit mit d. Ärzten bei d. Entbindung	Zufrieden	8
	Teils-teils	-
	Unzufrieden	2
Zufriedenheit mit d. Begleitperson bei d. Entbindung	Zufrieden	10
	Teils-teils	-
	Unzufrieden	-
Unterstützung durch d. Partner seit d. Entbindung	Viel	6
	Ausreichend	3
	Wenig	1
Zufriedenheit mit d. Unterstützung durch d. Partner seit d. Entbindung	Zufrieden	7
	Teils-teils	2
	Unzufrieden	1
Unterstützung durch weitere Personen seit d. Entbindung	Ja	7
	Nein	3
Einschätzung der Unterstützung durch weitere Personen seit d. Entbindung	Viel	3
	Ausreichend	1
	Wenig	6

Tabelle 30: Häufigkeiten potentieller Einflussfaktoren bei den Frauen mit postpartaler depressiver Störung, diagnostiziert nach ICD 10, (n = 10)

4.2.2.8. EPDS-Gesamtscores der Frauen mit einer nach ICD-10 diagnostizierten Störung

In der Tabelle 31 sind die EPDS-Gesamtscores der Frauen aufgeführt, bei denen nach den Kriterien der ICD-10 eine postpartale depressive Störung diagnostiziert wurde.

Am ersten Messzeitpunkt hatten von den zehn erkrankten Frauen sechs Frauen EPDS-Gesamtscores von 10 und größer, vier dieser Frauen sogar Werte von 12 und größer. Auffällig ist, dass am zweiten Messzeitpunkt, an dem nur acht von zehn Frauen ihren Fragebogen zurücksandten, lediglich zwei Frauen EPDS-Gesamtscores von 10 und größer aufwiesen. Hier stellt sich die Frage, warum die Frauen, bei denen am zweiten Messzeitpunkt nach der ICD-10 eine postpartale depressive Störung diagnostiziert wurde, zum selben Zeitpunkt so niedrige EPDS-Gesamtscores zeigten. Die Befunde lassen sich erklären, indem man berücksichtigt, dass die Diagnosen nach den Kriterien der ICD-10 retrospektiv für die gesamte Zeit der sechs bis acht Wochen nach der Entbindung gestellt wurden. So wurden auch Diagnosen für Störungen vergeben, die zu diesem Zeitpunkt schon nicht mehr vorlagen, also nach einer Dauer von mindestens zwei Wochen bereits wieder abgeklungen waren. Aufgrund der überwiegend niedrigen EPDS-Gesamtscores der betroffenen Studienteilnehmerinnen kann davon ausgegangen werden, dass die depressiven Störungen größtenteils schon in den ersten vier Wochen nach der Entbindung eingetreten sind.

			(n)	EPDS1-Gesamtscore	EPDS2-Gesamtscore	
Diagnosen im Wochenbett	F32	1	1	7	24	
		2	2	10	8	
		3	3	19	14	
		4	4	12	1	
	F33	1	1	19	6	
		2	2	5	7	
		3	3	9	8	
	F53	1	1	20	5	
		2	2	3	-	
		3	3	10	-	
	Gesamt (n)			10	10	8

Tabelle 31: EPDS Gesamtscores (1. und 2. Messzeitpunkt) der Frauen mit einer nach der ICD-10 diagnostizierten Störung

Anmerkung: F32: Depressive Episode, F33: Rezidivierende depressive Episode, F53: Psychische oder Verhaltensstörung im Wochenbett; postpartale Störungen, diagnostiziert nach den Kriterien der ICD-10.

5. Diskussion

5.1. Soziodemographische Angaben

Von den insgesamt 414 Frauen, die in der Zeit, in der die Studie durchgeführt wurde, zur Entbindung in der Universitätsfrauenklinik aufgenommen wurden, nahmen 237 an der Untersuchung teil (siehe 3.1.1.). Von diesen lagen nach dem ersten Messzeitpunkt 205 vollständige Datensätze vor, was einem Retrieval von 49,5 % entspricht.

Diese zahlenmäßige Diskrepanz ist u. a. darauf zurückzuführen, dass viele Frauen für eine ambulante Entbindung in die Klinik gekommen waren und so vor dem ersten Erhebungszeitpunkt schon wieder entlassen worden waren. Weiterhin kann davon ausgegangen werden, dass ein beträchtlicher Anteil der Frauen Risikopatientinnen waren, die zur Entbindung in die Universitätsfrauenklinik kamen und die häufig wegen ihres schlechten gesundheitlichen Zustands oder wegen dem ihres Kindes nicht in die Studie miteinbezogen wurden (siehe 3.1.1.). In der untersuchten Stichprobe wurden anteilig so viele Frauen spontan oder durch eine Sectio entbunden wie in der gesamten Beobachtungseinheit der 414 Frauen .

Der Vergleich der Altersverteilung zwischen der eigenen Stichprobe und der Gesamtpopulation entbundener Frauen in der Bundesrepublik Deutschland (3.1.2.1.) veranschaulicht, dass in der eigenen Untersuchung die Gruppen der jüngeren Frauen unter- und die der älteren überrepräsentiert waren. Diese Tatsache kann ebenfalls mit der speziellen Klientel der Universitätsfrauenklinik in Zusammenhang gebracht werden, da Risikopatientinnen und auch Frauen, bei denen die Schwangerschaft auf eine Kinderwunschbehandlung folgt, im Durchschnitt älter sind als andere Frauen.

Es war festzustellen, dass der überwiegende Teil (61,6 %) der Studienteilnehmerinnen ein Gymnasium besucht hatte und der Anteil der Frauen, die studiert hatten oder sich noch im Studium befanden, mit 41,7 % sehr hoch war. Demnach nahmen überdurchschnittlich häufig Frauen an der Studie teil, die erstens älter als der Durchschnitt der Studienteilnehmerinnen waren und zweitens ein hohes Bildungsniveau hatten. Davon ausgehend, dass die untersuchte Stichprobe repräsentativ für alle Frauen war, die in der Universitätsfrauenklinik entbunden wurden, kann weiterhin vermutet werden, dass die Frauen eines höheren Bildungsstandes, die aufgrund ihrer Ausbildung ihre Kinder später bekommen, sich vorwiegend eine Universitätsklinik für die Entbindung aussuchen.

Auch die Tatsache, dass der Anteil der Frauen, die durch eine Sectio entbunden wurden, mit 49,2 % außergewöhnlich groß war, lässt sich darauf zurückführen, dass an einer Universitätsfrauenklinik, welche zusätzlich ein Perinatalzentrum ist, der Anteil von Risikopatientinnen sehr groß ist (z.B. Patientinnen mit Mehrlingsgravidität).

Weiterhin war die Mehrzahl der Studienteilnehmerinnen verheiratet ($n = 172/203$), 27 Frauen lebten in einer ehe-ähnlichen Partnerschaft und lediglich 4 Frauen lebten allein. Folglich wurden größtenteils Frauen untersucht, die in einer festen Partnerschaft lebten. Dieses ist im Vergleich zu anderen empirischen Studien jedoch keine Besonderheit, da zahlreiche Studien vorliegen, die ausschließlich verheiratete oder in fester Partnerschaft lebende Frauen untersucht haben.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die in der Arbeit untersuchte Stichprobe die gesamte Beobachtungseinheit der Frauen, die in der Universitätsfrauenklinik entbinden, adäquat darstellt. Für die Allgemeinbevölkerung ist sie jedoch nur eingeschränkt repräsentativ, weil durch die Durchführung der Untersuchung an einer Universitätsklinik eine ausgesuchte Beobachtungseinheit von der Grundgesamtheit verschiedene aller entbundenen Frauen berücksichtigt wurde. Dieses muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

5.2. Häufigkeit postpartaler depressiver Störungen

Es liegen zahlreiche veröffentlichte Arbeiten zu dem Thema „Postpartale depressive Störungen“ vor. Die Aussagefähigkeit und Vergleichbarkeit dieser Arbeiten wird jedoch dadurch eingeschränkt, dass sehr unterschiedliche Erfassungsinstrumente eingesetzt und stark voneinander abweichende Kriterien zur Diagnose verwendet wurden (4.1.2.). Problematisch ist der Vergleich zwischen den Prävalenz- bzw. Inzidenzraten, die anhand von DSM, ICD oder RDC Klassifikationskriterien erstellt wurden und denen, die anhand von den Autoren der Studien selbst entworfener Fragebögen ermittelt wurden. Zudem zeigten häufig verwendete Instrumente für allgemein depressive Störungen, wie beispielsweise das BDI oder das General Health Questionnaire (GHQ) bezüglich postpartaler depressiver Störungen ungenügende Validität (siehe 3.2.3.2.).

Die beachtlich differierenden zeitlichen Einschlusskriterien und unterschiedlichen Populationen müssen beim Vergleich der einzelnen Studienergebnisse ebenfalls berücksichtigt werden (siehe 4.1.1.). Die unzureichende Standardisierung und Strukturierung der Erfassungsmethoden führen zu der Annahme, dass häufig nicht die wahre Prävalenz wiedergegeben wurde. In Anbetracht der

in der Tabelle 2.2. aufgeführten heterogenen und teilweise widersprüchlichen Ergebnisse stellt sich die Frage, inwiefern die in den einzelnen Untersuchungen ermittelte Häufigkeit depressiver Störungen überhaupt miteinander verglichen werden kann.

Bislang liegen keine einheitlichen Ergebnisse vor, die man denen der vorliegenden Arbeit gegenüberstellen könnte. Deshalb sollen in den folgenden Abschnitten die ermittelten Häufigkeiten der vorliegenden Arbeit im Einzelnen diskutiert und nur mit den Ergebnissen aus der Literatur verglichen werden, die aufgrund definierter diagnostischer Kriterien ermittelt wurden.

In der vorliegenden Arbeit wurden postpartale depressive Störungen u.a. anhand der **Kriterien der ICD-10** erfasst. Nach diesen Kriterien litten 5 % der Studienteilnehmerinnen an einer solchen Störung.

Durchforscht man die Literatur nach Arbeiten, in denen die Kriterien der ICD zur Diagnose postpartaler depressiver Störungen angewendet wurden, so findet man lediglich drei Studien: Cox (1983), der 183 Wöchnerinnen in Uganda untersuchte, fand in dem Zeitraum 6-15 Wochen nach der Entbindung eine Prävalenzrate postpartaler depressiver Störungen von 10 %. Ein Drittel der betroffenen Frauen litten unter einer *schweren* depressiven Störung. In der Studie von Watson et al. (1984) ergab sich 6 Wochen post partum bei 128 randomisiert ausgesuchten Frauen eine Inzidenz postpartaler affektiver Störungen von 11,7 %. Vier Tage post partum litten nach der Untersuchung von Bergant et al. (1998) 20 % der 110 Wöchnerinnen an einer depressiven Störung, wobei die Diagnostik auch eine Symptombdauer von weniger als zwei Wochen erlaubte. Bei 11 % der Frauen wurde hier eine leichte, bei 7 % eine mittelgradige und bei 2 % eine schwere depressive Störung diagnostiziert. Bei weiteren 23 % der Studienteilnehmerinnen war eine postpartale Dysphorie ohne eindeutige spezifisch depressive Inhalte festzustellen gewesen. Aufgrund des Erhebungszeitpunkts lässt sich die ermittelte Prävalenzrate der vorliegenden Arbeit nur mit zwei der drei Häufigkeitsangaben der Literatur vergleichen. Mit einer dieser verbleibenden Häufigkeitsangaben ist ein direkter Vergleich dennoch schwierig, da in der Arbeit von Watson et al. erstens nur die Häufigkeit postpartaler affektiver Störungen und nicht im Speziellen die depressiver Störungen angegeben wurde. Zweitens wurde in dieser Arbeit eine Inzidenz- und nicht eine Prävalenzrate genannt. So bleibt zur Gegenüberstellung nur die Arbeit von Cox (1983), deren Ergebnis mit 10 % jedoch deutlich von dem der vorliegenden Arbeit abweicht.

Von den fünf Studien, in denen die postpartalen depressiven Störungen nach den **Kriterien des DSM** diagnostiziert wurden, entfielen bei der Gegenüberstellung zwei aufgrund erheblich abweichender Erhebungszeiträume: Sowohl das Ergebnis der Arbeit von Kurstjens und Wolke (2001) als auch das der Arbeit von Hapgood et al. konnte mit dem eigenen nicht verglichen werden, weil in beiden die Angabe von Periodenprävalenzen erfolgte, die sich auf größere Beobachtungszeiträume bezogen. So verblieben drei Vergleichsergebnisse, welche in den Werten etwas differierten: Cutrona (1983) führte 1983 bei 85 in fester Beziehung lebenden Erstgebärenden eine Untersuchung durch und fand heraus, dass 8 Wochen post partum 8,2 % der untersuchten Frauen nach der Entbindung an einer Major Depression *neu* erkrankt waren. In der Studie von Saks et al. (1984), an der 20 Frauen teilnahmen, ergab sich 6 Wochen post partum eine Prävalenzrate von 10 %. Bei Harris et al. (1989) lag 8 Wochen post partum wiederum bei 15 % der 147 Frauen eine depressive Störung vor, von denen die meisten aber an einer milden Ausprägung litten.

Der Vergleich dieser Ergebnisse mit der Prävalenzrate der vorliegenden Arbeit kann jedoch nur eingeschränkt gezogen werden, da sich das DSM in seinen Diagnosekriterien in gewissem Maße von denen der ICD unterscheidet.

Demnach kann - bei strenger Beschränkung auf jene Arbeiten, die nach den Kriterien der ICD postpartale depressive Störungen diagnostiziert haben, - für Vergleiche mit Ergebnissen der Literatur nur auf die oben erwähnte Arbeit von Cox (1983) verwiesen werden.

Im Gegensatz dazu können die Ergebnisse zur Prävalenz postpartaler depressiver Störungen, die in der vorliegenden Arbeit anhand der **EPDS** an zwei Messzeitpunkten ermittelt wurden, zahlreichen Prävalenzraten gegenübergestellt werden, die in anderen Studien anhand des gleichen Verfahrens gefunden wurden. Um einen annehmbaren Vergleich anzustellen, werden im Folgenden nur die Ergebnisse der Studien aufgeführt, bei denen die Schwellenwerte und Messzeitpunkte ungefähr mit denen der eigenen Arbeit übereinstimmen:

Glasser et al. (1998), die 288 Frauen bezüglich des Vorkommens postpartaler depressiver Störungen untersuchten, kamen in ihrer Studie bei dem Schwellenwert von 10 sechs Wochen post partum auf eine Prävalenz von 22,6 % und eine Inzidenz von 6,9 %. In der Studie von Joseffson et al. (2000) überschritten von 1489 Frauen 18 % drei Tage nach der Entbindung den Schwellenwert von 10 und 13 % acht Wochen post partum. Herz et al. führten 1997 eine

Untersuchung bei 1693 Frauen durch und hielten drei Monate post partum 15,7 % der Teilnehmerinnen mit einem Summenwert von 10 und größer für auffällig. In der Studie von Wickberg und Hwang (1997), an der 1584 Frauen teilnahmen, ergab sich bei einem Schwellenwert von 11 acht Wochen post partum eine Prävalenz von 12,5 %. Thorpe et al. (1991), die wie die folgenden Forscher zur Diagnostik depressiver Störungen einen Schwellenwert von 12 festlegten, fanden bei 266 Frauen vier Wochen post partum eine Prävalenz von 13 %. In der Studie von Bagedahl-Strindlund und Monsen (1998), an der 309 Frauen teilnahmen, betrug die Prävalenz postpartaler depressiver Störungen drei Monate nach der Entbindung 14,5 %. Laut Zelkowitz und Milet 1994 hatten acht Wochen post partum 6,2 % der 1559 Frauen Summenwerte von 10 und größer und 3,4 % Summenwerte von 12 und größer. Fish et. al (1997) wie auch Webster et al. (1994) legten sowohl einen Schwellenwert von 12, als auch einen Schwellenwert von 9 fest. Fish et al. (1997) kamen damit bei 327 randomisiert ausgesuchten Frauen einen Tag nach der Entbindung auf eine Prävalenz von 9,9 % - 22,3 % und sechs bis zwölf Wochen post partum auf eine Prävalenz von 5,2 % - 12,4 %. Laut Webster et al. (1994) lag vier Wochen nach der Entbindung bei 21,5 % eine leichtere depressive Störung und bei 7,8 % der 206 Frauen eine Majordepression vor. Andere Forscher legten in der Edinburgh Postnatal Depression Scale einen Schwellenwert von 13 fest, um die Häufigkeit postpartaler depressiver Störungen zu erfassen. So fanden Lane et al. (1997) bei 308 Wöchnerinnen drei Tage post partum eine Prävalenz von 11,4 % und sechs Wochen post partum eine Prävalenz von 11 %. Ballard et al. (1993) stellten hingegen fest, dass 27,5 % der 178 Teilnehmerinnen sechs Wochen post partum laut Edinburgh Postnatal Depression Scale an einer depressiven Störung litten. Bei der Gegenüberstellung dieser Ergebnisse mit denen der vorliegenden Arbeit wird folgendes sichtbar:

Bei einem Schwellenwert von 10 liegt die Prävalenz depressiver Symptome nach EPDS in der ersten Woche post partum mit 25,1 % in der vorliegenden Arbeit etwas über den Raten der oben aufgeführten Studien, deren durchschnittliche Rate 20,1 % beträgt. Sechs bis acht Wochen post partum befindet sich die ermittelte Prävalenz depressiver Störungen beim gleichen Schwellenwert mit 12,9 % im Bereich des Durchschnitts (14 %) der Ergebnisse der vergleichbaren Arbeiten.

Bei dem höher angesetzten Schwellenwert von 12 ist in der vorliegenden Arbeit die Prävalenzrate depressiver Symptome nach EPDS in der ersten Woche post partum mit 19,1 %

vom Wert deutlich höher als die Prävalenzraten (9,9 % und 11,4 %) der beiden in der Literatur gefundenen Studien.

Sechs bis acht Wochen post partum liegt sie beim gleichen Schwellenwert mit 9 % etwas niedriger als der Durchschnitt (11,8 %) der Ergebnisse der in der Literatur ermittelten Raten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die zum Messzeitpunkt sechs bis acht Wochen post partum ermittelten Prävalenzraten der vorliegenden Arbeit nach genauerer Differenzierung weitgehend mit den Angaben aus der Literatur übereinstimmen, die Prävalenzraten depressiver Störungen in der ersten Woche post partum jedoch über den in der Literatur angegebenen Prävalenzraten liegen.

Lediglich fünf Arbeiten wurden gefunden, in denen die Prävalenzrate depressiver Störungen sechs bis acht Wochen post partum anhand des **BDI** ermittelt wurde und in denen der Erhebungszeitpunkt ungefähr mit dem der vorliegenden Arbeit übereinstimmte. Bei einem Schwellenwert von 10 bzw. 11 lagen die ermittelten Prävalenzraten postpartaler depressiver Störungen hier zwischen 13,4 % und 26 %, der Durchschnittswert betrug 19,8 %.

Die anhand des BDIs ermittelte Prävalenzrate der vorliegenden Arbeit fiel mit 12,7 % deutlich niedriger aus als die Ergebnisse der vergleichbaren Untersuchungen, mit der anhand der EPDS erfassten Prävalenzrate stimmte sie jedoch nahezu überein. Sie wird in der folgenden Diskussion wegen der unter (3.2.3.2.) erläuterten Schwierigkeiten, die die Anwendung des BDIs im Wochenbett betreffen, erst einmal zurückgestellt.

Bei einem Blick auf die in der eigenen empirischen Untersuchung gefundenen Ergebnisse ist auffällig, dass die Häufigkeit, die anhand der EPDS ermittelt wurde, in ihrem Wert deutlich abweicht von der Häufigkeit, die anhand der Kriterien der ICD ermittelt wurde. Es stellt sich die Frage, ob durch die Erfassung der Depressionswerte anhand der Depressionsbögen das Vorkommen depressiver Störungen entweder überschätzt oder durch die Methode der Interviews und der Diagnose anhand der Kriterien der ICD zu niedrig eingeschätzt wurde. Gegen die erst genannte Möglichkeit spricht die von verschiedenen Forschern nachgewiesene Validität der EPDS (Cox et al., 1987; Bergant et al., 1998; Beck, Steer und Garbin, 1988). Zweitens fallen die anhand der EPDS erfassten Prävalenzraten, die sechs bis acht Wochen post partum in der vorliegenden Arbeit gefunden wurden, in den Bereich der in der Literatur gemachten Angaben (siehe oben). Die Rate der postpartalen depressiven Störungen, die nach den Kriterien der ICD

diagnostiziert wurden, liegt mit 5 % hingegen in ihrem Wert deutlich unter den Prävalenzangaben der Literatur. In Anbetracht der Tatsache, dass anhand der EPDS eine Punktprävalenz ermittelt wurde, jedoch bei der Diagnosenvergabe nach den Kriterien der ICD-10 auch retrospektiv die gesamte Zeit seit der Entbindung berücksichtigt wurde, ergibt sich eine noch größere Diskrepanz zwischen den beiden Raten. Ein Grund für die geringe Anzahl der nach ICD-10 diagnostizierten postpartalen depressiven Störungen kann darin liegen, dass die Frauen im zweiten Interview vielleicht aufgrund der „Barriere“, die das Telefon zwischen der Teilnehmerin und der Interviewerin erzeugte, nicht alle Fragen wahrheitsgemäß beantworteten. Denkbar ist ebenso, dass die Frauen trotz des vorher vereinbarten Gesprächstermins aufgrund von Zeitdruck oder aufgrund von Stress mit dem Neugeborenen das Interview möglichst zügig beenden wollten und so über psychische Probleme nicht ausführlich berichteten.

Als ein grundlegender Punkt für die erheblichen Abweichungen zwischen den beiden Prävalenzraten sind sicherlich die unterschiedlichen Kriterien zur Erfassung postpartaler depressiver Störungen zu nennen: Die Diagnosen nach der ICD-10, deren Einordnung nach dem allgemeinen Klassifikationssystem für Depression erfolgte, wurden nach sehr strengen Kriterien gestellt. Erstens mussten für eine Diagnose sämtliche der in der ICD-10 aufgeführten Symptome vorliegen. Zweitens wurde die Zeitspanne, in der die Frauen unter den jeweiligen Symptomen litten, sorgfältig berücksichtigt. Die Diagnose einer psychischen Störung wurde nur gestellt, wenn die Symptome mindestens über den Zeitraum von zwei Wochen aufgetreten waren. Im Gegensatz hierzu bezieht sich die EPDS in ihrer Fragestellung hinsichtlich vorliegender Symptome nur auf den Zeitraum von einer Woche. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung geben Anlass noch einmal deutlich zu betonen, dass mit der EPDS depressive Symptome erfasst werden, dass aber dann eine strenge Prüfung der Kriterien für eine depressive Störung erfolgen muss. Die in der Praxis, aber auch in Studien häufig erfolgende Gleichstellung von postpartaler Depressivität mit postpartaler Depression (im Sinne depressiver Episoden) ist nicht zulässig.

Bei Betrachtung der oben aufgeführten Befunde fällt auf, dass auch nach einer differenzierteren Untersuchung ein Vergleich der eigenen Ergebnisse mit denen der Literatur schwierig ist. Insgesamt liegen nur sehr wenige Arbeiten vor, in denen die Häufigkeit postpartaler Störungen anhand der Klassifikationssysteme ICD und DSM erforscht wurde, und in denen gleichzeitig

auch die Messzeitpunkte und die untersuchte Population mit denen der vorliegenden Arbeit vergleichbar waren.

In der Literatur zeigt sich heute eine weitgehende Übereinstimmung dahingehend, dass die postpartale Depression keine spezifische diagnostische Entität ist (Cooper et al. 1988, Paykel et al. 1980, Riecher-Rössler 2003) und deshalb ihre Diagnose nach den Klassifikationskriterien der allgemeinen Depression (entweder ICD oder DSM) erfolgen soll. Angesichts der sehr voneinander abweichenden Häufigkeiten postpartaler depressiver Störungen, die in der vorliegenden Arbeit einerseits anhand der Klassifikationskriterien der ICD diagnostiziert und andererseits anhand der EPDS ermittelt wurden, muss - wie bereits erwähnt - von einer unkritischen Gleichsetzung der beiden angewandten Erfassungsmethoden abgeraten werden. Aufgrund des in der EPDS für die Diagnosenstellung nicht berücksichtigten Zeitfaktors ist davon auszugehen, dass die EPDS auch leichtere depressive Verstimmungen und Subsyndrome der postpartalen Depression erfasst und deshalb nur als Screeninginstrument für postpartale depressive Störungen eingesetzt werden kann. Folglich ist die Verwendung der EPDS eher dahingehend zu sehen, dass ihr Einsatz der Unterstützung der Diagnostik einer depressiven Störung in der Postpartalperiode dient. Die Autoren Wendt & Rohde (2003) berichteten in einer Publikation über eine erfolgreiche praktische Anwendung der EPDS und plädierten für deren verbreiteten und routinemäßigen Einsatz als Screeninginstrument im Rahmen der gynäkologischen Abschlussuntersuchung sechs Wochen nach der Entbindung.

Abschließend kann erklärt werden, dass die bisherigen Untersuchungen deutlich machen, dass einerseits postpartale Depressivität und postpartale depressive Episoden nicht unkritisch gleichgesetzt werden dürfen und dass andererseits die Häufigkeit postpartaler Depression auch vom Zeitpunkt der Erhebung abhängt.

5.3. Häufigkeit des Baby Blues

Der ermittelte Anteil der Frauen, bei denen in der ersten Woche nach der Entbindung ein Baby Blues auftrat, liegt mit 37 % in dem Bereich der in der Literatur angegebenen Häufigkeiten.

Hinsichtlich einer Interpretation dieses Ergebnisses ist darauf hinzuweisen, dass wegen mangelnder einheitlicher und allgemein akzeptierter Kriterien in der vorliegenden Arbeit das Kennzeichen Stimmungsschwankungen und emotionale Labilität über mindestens einen Tag als

Mindestkriterium für den Baby Blues gewählt wurde und damit möglicherweise viel strengere Kriterien angewendet wurden als in Studien, die höhere Zahlen fanden.

5.4. Zusammenhänge zwischen postpartalen depressiven Störungen und potentiellen Einflussfaktoren

Auch die bislang vorliegenden empirischen Ergebnisse zu den Einflussfaktoren postpartaler depressiver Störungen stellen nur in eingeschränktem Maße befriedigende Befunde dar. Die Faktoren, die nach den Ergebnissen einiger Studien Einfluss auf postpartale depressive Störungen hatten, konnten in anderen Untersuchungen nicht bestätigt werden. Auch beim Vergleich dieser Risikofaktoren mussten wieder die sehr unterschiedlichen Vorgehensweisen und Methoden berücksichtigt werden, anhand derer die Ergebnisse in den einzelnen Studien ermittelt wurden (siehe 4.1.2.).

Bei der statistischen Analyse der Zusammenhänge zwischen potentiellen Einflussfaktoren und postpartalen depressiven Störungen anhand der nach ICD-10 diagnostizierten Fälle erbrachte – wie oben erwähnt - die Anwendung des Chi-Quadrat-Tests keine signifikanten Ergebnisse. Die statistische Auswertung, für die eine gewisse Mindestfallzahl erforderlich ist, war hier aufgrund der geringen Fallzahl (10/205) nicht möglich, weshalb das Vorkommen der potentiell beeinflussenden Faktoren nur in Häufigkeitsverteilungen (siehe 4.2.2.7.) beschrieben wurde. Im Folgenden werden deshalb die Zusammenhänge zwischen potentiellen Einflussfaktoren und postpartalen depressiven Symptomen anhand der mit der EPDS ermittelten Fälle diskutiert.

5.4.1. Einfluss des EPDS Scores am 2. – 5. postpartalen Tag und des Baby Blues

Einerseits stützen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit die unter (1.5.) erhobene Hypothese, indem sie darauf hindeuten, dass Frauen, die in der ersten Woche nach der Entbindung erhöhte Depressionswerte in der EPDS aufgewiesen haben, sechs bis acht Wochen nach der Entbindung ebenfalls häufiger erhöhte Depressionswerte in der EPDS zeigen als Frauen mit unauffälligen Depressionswerten in der ersten Woche nach der Entbindung.

Andererseits geben sie der ersten Hypothese keinen Halt, indem sie keine signifikanten Werte hinsichtlich eines Zusammenhangs zwischen den Variablen „Baby Blues“ und „EPDS Score sechs bis acht Wochen postpartum“ zeigen.

Demgegenüber steht das hoch signifikante Ergebnis der Überprüfung des Zusammenhangs zwischen den Variablen „Baby Blues“ und „EPDS Score 2. – 5. postpartaler Tag“, das aufzeigt, dass die Frauen, die in der ersten Woche nach der Entbindung an einem Baby Blues litten, zum gleichen Zeitpunkt erhöhte Depressionswerte aufwiesen.

Ein Vergleich dieser Befunde mit Ergebnissen anderer Untersuchungen stellt sich als schwierig dar, weil zur Diagnose eines Baby Blues bislang keine einheitlich gültigen Kriterien vorlagen, der Baby Blues folglich anhand sehr unterschiedlicher Methoden diagnostiziert wurde. Bei einem Blick auf die in der Literatur zu findenden Untersuchungen zu diesem Thema wird jedoch deutlich, dass diese aufgrund ihrer Ergebnisse sowohl die frühen Depressionswerte (Carothers u. Murray 1990 und Lane et al. 1997) als auch den Baby Blues (Cox et al. 1982, Fossey et al. 1997, Hapgood et al. 1988, Paykel et al. 1980, Pitt 1968 und Playfair und Gowers 1981) als wichtige Indikatoren späterer postpartaler depressiver Störungen bezeichnen. Auffällig ist, dass in keiner einzigen Arbeit der aufgeführten Literatur hierzu widersprüchliche Aussagen getroffen wurden.

Bei der Diskussion der Ergebnisse ist es in Hinblick auf den signifikanten Zusammenhang zwischen dem frühen und dem späteren postpartalen Depressionsscore der EPDS notwendig, darauf hinzuweisen, dass es zu den 199 EPDS1 Scores des ersten Messzeitpunkts nur 155 entsprechende EPDS2 Scores am zweiten Messzeitpunkt gibt. Es muss berücksichtigt werden, dass möglicherweise Frauen, die am ersten Messzeitpunkt erhöhte EPDS Scores aufwiesen, ihre Fragebögen am zweiten Messzeitpunkt nicht zurückgaben und aufgrund dieser Tatsache bei einigen Risikofaktoren zwar ein signifikanter Zusammenhang mit dem ersten EPDS Score, jedoch nicht mit dem zweiten EPDS Score herausgestellt werden konnte.

Weiterhin stellt sich die Frage, ob ein Baby Blues möglicherweise anhand des EPDS Fragebogens diagnostiziert werden kann oder ob die Diagnose anhand eines anderen Erfassungsinstrumentes erfolgen muss. Zur Beantwortung dieser Frage sind weitere prospektive Untersuchungen notwendig, in denen Frauen in der ersten Woche nach der Entbindung sowohl hinsichtlich der Depressionswerte im EPDS Fragebogen als auch hinsichtlich einheitlich gültiger Kriterien bezüglich des Baby Blues befragt werden.

5.4.2. Einfluss psychischer Störungen in der Vorgeschichte

In Anbetracht der in den Abschnitten 4.1.3.5. und 4.1.3.6. erörterten Literatur ist davon auszugehen, dass psychopathologische Auffälligkeiten in der Vorgeschichte und in der

Schwangerschaft in Zusammenhang mit postpartalen depressiven Störungen ein häufig diskutiertes Thema darstellen. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zu diesem Thema können also mit zahlreichen Studien verglichen werden, in denen der Zusammenhang zwischen psychischen Störungen in der Vorgeschichte der Frauen und postpartalen depressiven Störungen untersucht wurde. In der Mehrzahl dieser Arbeiten wurde belegt, dass eine depressive oder eine andere psychische Störung in der Vorgeschichte einen signifikanten Risikofaktor für postpartale depressive Störungen darstellt (Areias et al. 1996, Carothers und Murray 1990, Danaci et al. 2001, Dennerstein et al. 1989, Fisch et al. 1997, Kurstjens und Wolke 2001, O'Hara et al. 1984, Paykel et al. 1980, Playfair und Gowers 1981, Watson et al. 1984). So gehörte die psychopathologische Störung in der Vorgeschichte nach Meinung zahlreicher Autoren zu den einflussnehmenden Faktoren, die immer wieder bestätigt wurden.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit stimmen jedoch mit den Ergebnissen *der* Autoren überein, die zu dem Schluss kamen, dass Frauen, die unter einer psychischen Störung in der Vorgeschichte gelitten haben, hinsichtlich der Entwicklung einer postpartalen depressiven Störung nicht gefährdeter sind als gesunde Frauen (Boyce et al. 1991, Blair et al. 1990, Dalton 1970, Kumar und Robson 1984, Pitt 1968 Troutman und Cutrona 1990 und Yoshida et al. 1996). So fanden sich in der vorliegenden Arbeit bei der statistischen Prüfung des Zusammenhangs zwischen psychischen Störungen in der Vorgeschichte und den Depressionswerten am 2.-5. postpartalen Tag als auch den Depressionswerten 6-8 Wochen post partum keine signifikanten Ergebnisse.

Auch bei der Überprüfung des Zusammenhangs zwischen psychischen Störungen in der Schwangerschaft und postpartalen Depressionswerten ergab sich kein signifikantes Ergebnis bezüglich der Variablen „EPDS Score 6-8 Wochen post partum“. Bezüglich der Variablen „EPDS Score 2.-5. postpartaler Tag“ hingegen stellte sich ein signifikanter Zusammenhang dar. Demnach ist davon auszugehen, dass Frauen, die in der Schwangerschaft psychische Störungen aufgewiesen haben, häufiger erhöhte Depressionswerte im frühen Wochenbett zeigen als Frauen ohne psychische Störungen in der Schwangerschaft. Sechs bis acht Wochen nach der Entbindung sind den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit zufolge diese Frauen jedoch hinsichtlich des Vorkommens depressiver Störungen nicht gefährdeter als andere Frauen. Dieses Ergebnis hebt das frühe Wochenbett als eine Phase hervor, die noch in engem Zusammenhang mit der Schwangerschaft steht.

Durchforscht man die Literatur nach Arbeiten, in denen der Zusammenhang zwischen einer depressiven Störung während der Schwangerschaft und einer postpartalen depressiven Störung untersucht wurde, so stößt man auf viele Untersuchungen, die anhand unterschiedlicher Methoden einen Zusammenhang zwischen einer depressiven Störung während der Schwangerschaft und einer postpartalen depressiven Störung feststellten (Atkinson et al. 1984, Dennerstein et al. 1989, Gotlib et al. 1989, 1991, Hobfoll und Ritter 1994, Josefsson et al. 2000, Matthey et al. 1999, O'Hara 1982, 1984, Playfair und Gowers 1981 und Whiffen 1988).

Im Gegensatz dazu konnten lediglich die Autoren Cutrona (1983), Dalton (1970) und Troutman und Cutrona (1990) *nicht* nachweisen, dass die schon in der Schwangerschaft an einer depressiven Störung erkrankten Frauen nach der Entbindung häufiger an einer depressiven Störung litten.

5.4.3. Einfluss der Persönlichkeit

Nach den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit unterscheiden sich Frauen in Abhängigkeit von ihrem Ausprägungsgrad auf der Neurotizismusskala signifikant im Hinblick auf das Vorhandensein erhöhter postpartaler Depressionswerte. So konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen überdurchschnittlichen Neurotizismuswerten und sowohl frühen als auch späteren erhöhten postpartalen Depressionswerten aufgezeigt werden.

Es stellt sich als einleuchtend dar, dass unsichere, ängstliche und nervöse Frauen weniger gut die mit einer Entbindung in Zusammenhang stehenden Belastungen verarbeiten als Frauen, bei denen diese Persönlichkeitsmerkmale nicht so ausgeprägt vorliegen. Nachvollziehbar ist ebenfalls, dass diese Frauen eher auch unter den psychosozialen Veränderungen leiden, die die Geburt eines Kindes mit sich bringt, und Probleme mit der Anpassung an die neue Mutterrolle haben.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit bestätigen die Befunde der verschiedenen Studien, die sich mit dem Einfluss der Persönlichkeit auf das Vorkommen postpartaler depressiver Störungen befassten: Boyce et al. 1991, Marks et al. 1992, Matthey et al. 1999, Pitt 1968 und Watson et al. 1984 stellten anhand von Persönlichkeitstests bei den an ihrer Studie teilnehmenden Frauen einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen hohen Neurotizismuswerten und dem Vorkommen postpartaler depressiver Störungen fest. Areias et al. (1996) und Kumar und Robson

(1984) konnten dagegen keine Beziehung zwischen hohen Neurotizismuswerten und depressiven Störungen nach der Entbindung nachweisen.

Betrachtet man die Ergebnisse der Zusammenhänge zwischen weiteren Persönlichkeitsausprägungen und postpartalen Depressionswerten, so stellt man außerdem fest, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen Extraversionswerten und frühen postpartalen Depressionswerten vorliegt. Die gemeinsame Häufigkeitsverteilung der beiden Variablen spricht jedoch gegen den in der Hypothese vermuteten Zusammenhang zwischen introvertierten Eigenschaften und erhöhten postpartalen Depressionswerten. Der von Pitt (1968) beobachtete Zusammenhang zwischen niedrigen Extraversionswerten im Persönlichkeitstest und einer postpartalen depressiven Störung konnte in der vorliegenden Arbeit also nicht bestätigt werden. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Werten für Offenheit für neue Erfahrungen und postpartalen Depressionswerten konnte aus den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit nicht abgeleitet werden.

5.4.4. Einfluss der Entbindungsart

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit lassen auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Entbindungsart der Frauen und ihren Depressionswerten am 2.-5. postpartalen Tag schließen. Sie deuten darauf hin, dass Frauen, die mit Hilfe von Saugglocke oder Zange oder durch eine Sectio entbunden werden, häufiger an depressiven Symptomen in der ersten Woche nach der Entbindung leiden als spontan entbindende Frauen.

Die erhöhten Depressionswerte in der ersten Woche nach der Entbindung lassen sich einerseits sicherlich durch den geschwächten Zustand der Frau und ihre möglichen Schmerzen nach einer komplizierten Entbindung bzw. einer Sectio erklären. Andererseits wird eine Sectio vorwiegend bei Risikopatientinnen durchgeführt, und es ist daher denkbar, dass bei diesen Frauen häufiger depressive Verstimmungen auftreten, weil Mutter und Neugeborenes aufgrund von Komplikationen oder Frühgeburt getrennt werden mussten.

Bei der Überprüfung des Zusammenhangs zwischen der Entbindungsart und den Depressionswerten 6-8 Wochen post partum ergab sich im Chi-Quadrat-Test dagegen kein signifikanter Wert, woraus sich ableiten lässt, dass eine Sectio zwar kurzfristige, aber keine langfristigen Auswirkungen auf das Vorkommen postpartaler depressiver Störungen hat. Campbell und Cohn (1991) wiesen als einzige der in der Übersichtstabelle aufgelisteten Autoren

nach, dass Komplikationen während der Entbindung mit einer erhöhten Rate postpartaler depressiver Störungen einhergingen. In zahlreichen weiteren Studien, in denen der Einfluss verschiedener mit der Entbindung in Zusammenhang stehender Faktoren auf das Vorkommen postpartaler depressiver Störungen untersucht wurde, konnte weder eine Abhängigkeit postpartaler depressiver Störungen von den Faktoren Komplikationen während der Entbindung (Pitt 1968, Playfair und Gowers 1981 und Stein et al. 1989), Wehendauer (Cox et al. 1982 und Pitt 1968) und Geburtsverlauf (Herz et al. 1997 und Jacobson et al. 1965), noch von dem Faktor Entbindungsart (Carothers und Murray 1990, Cox et al. 1982 und Lane et al. 1997) ermittelt werden.

5.4.5. Einfluss der medizinischen und der sozialen Unterstützung

Bezüglich der letzten Hypothese, dass Frauen, die einen Mangel an Unterstützung durch ihr primäres Umfeld sowohl während als auch nach der Entbindung verzeichneten, häufiger unter postpartalen depressiven Störungen litten als Frauen mit guter Unterstützung, ergaben sich bei der statistischen Überprüfung uneinheitliche Ergebnisse: Es konnte nur ein Einfluss der Variablen „Zufriedenheit mit der Unterstützung durch die Ärzte bei der Entbindung“ und „Unterstützung vom Partner *seit* der Entbindung“ auf die postpartalen Depressionswerte sechs bis acht Wochen post partum aufgezeigt werden.

So wiesen Frauen, die im ersten Interview angegeben hatten, dass sie unzufrieden waren mit der Unterstützung der Ärzte bei der Entbindung, 6-8 Wochen post partum häufiger EPDS-Gesamtsummenwerte von 10 und größer auf als mit der Unterstützung der Ärzte zufriedene Frauen.

Der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Zufriedenheit der Frauen mit den Hebammen bei der Entbindung und den Depressionswerten 6-8 Wochen post partum konnte im Chi-Quadrat-Test nicht bestätigt werden. Es zeigte sich jedoch, dass Frauen, die unzufrieden mit der Unterstützung durch die Hebamme waren, am 2.-5. *postpartalen Tag* häufiger EPDS-Gesamtsummenwerte von 10 und größer aufwiesen als mit der Unterstützung zufriedene Frauen. Für einen Vergleich mit der Literatur finden sich keine Untersuchungen, in denen die Entwicklung postpartaler depressiver Störungen hinsichtlich der geburtshilflichen Betreuung während der Entbindung erforscht wurde. Es ist jedoch zu erwähnen, dass Arbeiten vorliegen, in denen der Zusammenhang untersucht wurde zwischen der Betreuung durch das medizinische

Personal während der Entbindung und einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), die sich nach einer Entbindung entwickeln kann, wenn die Ereignisse während der Geburt von der Frau als extrem traumatisch erlebt wurden. Die Betroffenen leiden nach ICD-10 unter anhaltenden psychischen Symptomen wie Wiedererleben der Geburt, Alpträumen, Vermeidungsverhalten, Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen, Ängsten und auch Depressionen (Pantlen & Rohde 2001). In der Arbeit von Dorn (2003) z.B. stellte sich die Kritik an der Betreuung durch das medizinische Personal als einflussnehmend auf eine postpartale Belastungsstörung (PTBS) im Zusammenhang mit der Entbindung heraus. Die Frauen mit PTBS-Symptomen waren signifikant häufiger unzufrieden mit der geburtsbegleitenden Betreuung als die Restgruppe. Bei bestehender Unzufriedenheit mit der Betreuung traten bei den untersuchten Frauen auch häufiger postpartale depressive Symptome auf.

Diese Befunde stimmen weitgehend mit denen der Forschungsliteratur zu diesem Thema überein und deuten wie die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung darauf hin, dass eine nicht zufriedenstellende Betreuung durch die Ärzte bei der Entbindung mit späteren psychischen Störungen in Zusammenhang steht.

Dorn (2003) ermittelte in einer qualitativen Auswertung, welche Mängel bei der geburtshilflichen Betreuung zu dieser Unzufriedenheit führten. Beanstandet wurden fehlende Informationen, offene, ungeklärt gebliebene Fragen und Entscheidungen, die ohne das Einverständnis der Frau getroffen wurden. Frauen fühlten sich vom medizinischen Personal unter Druck gesetzt und unfreundlich behandelt.

Demzufolge leiden also Frauen, die objektiv eine schlechte Betreuung erlebt haben, aber auch Frauen, die in gesteigerten Maße Hilfe benötigten, die ihnen im Rahmen der Routineversorgung nicht gegeben werden konnte, häufiger an postpartalen depressiven Störungen als mit der Betreuung zufriedene Frauen.

Bei näherer Betrachtung der Ergebnisse bezüglich des signifikanten Zusammenhangs zwischen der „Unterstützung vom Partner *seit* der Entbindung“ und „postpartalen Depressionswerten sechs bis acht Wochen post partum“ wird deutlich, dass die Frauen, die nach eigener Aussage wenig bzw. keine Unterstützung durch den Partner seit der Entbindung erhalten hatten, häufiger EPDS-Gesamtsummenwerte von 10 und größer aufwiesen als die Frauen, die ausreichende oder viel Unterstützung erhalten hatten.

Die Variable „Einschätzung der Unterstützung durch den Partner *seit* der Entbindung“ stand dagegen in keinem signifikanten Zusammenhang mit den postpartalen Depressionswerten sechs bis acht Wochen post partum.

Dieses bemerkenswerte Ergebnis lässt sich dadurch erklären, dass Frauen einerseits häufig angaben, beruflich bedingt wenig Unterstützung vom Partner zu bekommen, diese Frauen sich andererseits jedoch nicht unzufrieden über diesen Umstand äußerten, da sie ihn ihrer Meinung nach akzeptieren mussten. Die geringe Unterstützung ist in diesem Falle also nicht als Ausdruck einer Partnerschaftsproblematik zu verstehen, die ihrerseits wieder als Risikofaktor für postpartale Depression gilt.

Bezüglich der Frage, ob das Maß an sozialer Unterstützung das psychische Wohlbefinden der Frau nach der Entbindung beeinflusst, finden sich in der Literatur sehr ungleiche Ergebnisse: So stellten Bagedahl-Strindlund und Monsen (1998), Barnet et al. (1995), Paykel et al. (1980) und Thorpe et al. (1991) tatsächlich einen signifikanten Zusammenhang zwischen geringer sozialer Unterstützung und dem Vorkommen postpartaler depressiver Störungen heraus. Herz et al. (1997) fanden eine enge Beziehung zwischen fehlender Unterstützung speziell durch den Kindsvater und postpartalen depressiven Störungen. Fisch et al. (1997) konnten diese Ergebnisse in ihrer Studie hingegen nicht bestätigen. Auch Playfair und Gowers (1981) und Blair et al. (1990) kamen zu dem Ergebnis, dass die „Abwesenheit des Partners während der Entbindung“ keinen Risikofaktor für postpartale depressive Störungen darstellt.

Bei O`Hara et al. (1982) hatte die Größe des sozialen Netzwerkes keinen signifikanten Einfluss auf das Auftreten postpartaler depressiver Störungen.

6. Schlussfolgerung

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass die „Postpartale depressive Störung“ in der internationalen Literatur ein häufig beschriebenes Thema darstellt. Anhand einer umfangreichen Literaturrecherche veranschaulicht sie, dass hinsichtlich Häufigkeit und Risikofaktoren bislang keine einheitlichen Ergebnisse vorliegen, in den meisten Studien jedoch eine Häufigkeit von 10-15 % angegeben wird.

Sie versucht selbst auch der Antwort auf die Frage nach der Häufigkeit und den Risikofaktoren der postpartalen depressiven Störungen näher zu kommen, indem sie ihre Ergebnisse mit den schon vorhandenen aus der geprüften Literatur vergleicht. Dabei wurden, wie die Diskussion aufzeigt, einerseits Übereinstimmungen in einigen Ergebnissen, andererseits aber auch Abweichungen festgestellt. Will man eindeutigere Ergebnisse in Zukunft erzielen, muss die Ermittlung der Häufigkeit und der beeinflussenden Faktoren in weiteren prospektiven Studien unter standardisierten Bedingungen durchgeführt werden. Da sich in der Literatur heute eine weitgehende Übereinstimmung dahingehend zeigt, dass die postpartale Depression keine spezifische diagnostische Entität ist, soll ihre Diagnose deshalb nach den Klassifikationskriterien der allgemeinen Depression (entweder ICD oder DSM) erfolgen. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit und der erörterten Literatur deuten darauf hin, dass die EPDS nur als Screeninginstrument zur Unterstützung der frühzeitigen Diagnostik einer postpartalen Depression eingesetzt werden kann. Aufgrund dessen, dass sie sich bei ihrer Symptomabfrage u.a. nur auf eine Zeitspanne von einer Woche und nicht auf zwei Wochen (Kriterien der ICD) bezieht, ist davon auszugehen, dass durch die EPDS auch leichtere depressive Verstimmungen und Subsyndrome der postpartalen Depression erfasst werden.

Die in der ersten Woche anhand der EPDS ermittelten Depressionswerte stellen nach den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit einen wichtigen Indikator für das Auftreten späterer postpartaler Störungen dar. Deshalb wäre eine Routineuntersuchung anhand der Edinburgh Postnatal Depression Scale bei Frauen in der ersten Woche und auch noch einmal sechs bis acht Wochen nach der Entbindung zur frühzeitigen Identifizierung gefährdeter Frauen und Einleitung entsprechender Interventionsmaßnahmen sinnvoll.

Um weitere Kenntnisse über die möglicherweise die postpartalen depressiven Störungen beeinflussenden Faktoren zu erhalten, wären weitergehende statistische Analyseverfahren notwendig.

7. Zusammenfassung

In dieser Arbeit wurde erstens in einer Literaturübersicht der aktuelle Forschungsstand zum Thema „Postpartale depressive Störung“ dargestellt. Es wurde untersucht, anhand welcher Methoden in den einzelnen Studien die Häufigkeiten ermittelt und welche psychosozialen Risikoindikatoren für die Entstehung einer postpartalen depressiven Störung jeweils abgeleitet wurden.

Zweitens wurden in dem empirischen Teil der Arbeit 205 Frauen nach ihrer Entbindung in dem Zeitraum vom 5. Dezember 2000 bis 7. Mai 2001 unter Verwendung verschiedener standardisierter Instrumente hinsichtlich des Vorkommens depressiver postpartaler Symptome untersucht. Die Datenerhebung fand an zwei Messzeitpunkten statt: Am 2. – 5. postpartalen Tag und sechs bis acht Wochen nach der Entbindung.

Die dabei anhand der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ermittelte Prävalenzrate von 12,9 % und die anhand des Beck-Depressions-Inventars (BDI) gefundene Prävalenz von 12,7 % lagen im Bereich der in der Literatur angegebenen Prävalenzraten. Die anhand eines Interviews und nach den Kriterien der ICD-10 ermittelte Prävalenzrate postpartaler depressiver Störungen wich mit 5 % dagegen von den Angaben der Literatur deutlich ab.

Diese unterschiedlichen Ergebnisse der Häufigkeiten postpartaler depressiver Störungen zeigten ebenso wie die der geprüften Literatur, dass die verschiedenen Erfassungsinstrumente nicht unkritisch gleichgesetzt werden dürfen. Aufgrund des in der EPDS und im BDI für die Diagnosenstellung nicht berücksichtigten Zeitfaktors muss davon ausgegangen werden, dass anhand der EPDS bzw. des BDIs auch leichtere depressive Verstimmungen und Subsyndrome der postpartalen Depression erfasst werden. EPDS und BDI können deshalb nur als Screeninginstrumente für postpartale depressive Störungen eingesetzt werden. Die Diagnose einer postpartalen Depression erfolgt jedoch anhand der Kriterien der ICD-10 für die allgemeine Depression.

Fernerhin wurden in der vorliegenden Untersuchung anhand der in den Interviews und Fragebögen erhobenen Angaben Variablen erstellt, die in Kreuztabellierung und Chi-Quadrat-Test hinsichtlich ihres Einflusses auf die Entwicklung postpartaler depressiver Störungen untersucht wurden. Bei der statistischen Überprüfung stellten sich für die sechs bis acht Wochen post partum erhöhten Depressionswerte einerseits die anhand der Edinburgh Postnatal Depression Scale am 2.-5. postpartalen Tag ermittelten erhöhten frühen Depressionswerte und

andererseits die anhand des NEO-Fünf-Faktoren-Inventars ermittelten überdurchschnittlichen Neurotizismuswerte als Risikoindikatoren heraus. Die Einflussnahme dieser beiden Faktoren wurde auch in der Forschungsliteratur genannt.

Ebenfalls zeigte sich, dass das Ausmaß der „Zufriedenheit mit der Unterstützung der Ärzte während der Entbindung“ einflussnehmend war auf das Vorkommen erhöhter Depressionswerte in der Edinburgh Postnatal Depression Scale sechs bis acht Wochen post partum.

Für einen Vergleich mit der Literatur finden sich keine Untersuchungen, in denen die Entwicklung postpartaler depressiver Störungen hinsichtlich der geburtshilflichen Betreuung während der Entbindung erforscht wurde. Es liegen jedoch Studien vor, in denen ein Zusammenhang gefunden wurde zwischen der Unzufriedenheit mit der Betreuung durch das medizinische Personal während der Entbindung und einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nach der Entbindung.

Bezüglich der Frage, ob das Maß an sozialer Unterstützung das psychische Wohlbefinden der Frau nach der Entbindung beeinflusst, weist die Forschungsliteratur sehr ungleiche Ergebnisse auf. In der vorliegenden Arbeit zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Variable „Unterstützung durch den Partner seit der Entbindung“ und „EPDS-Score 6-8 Wochen post partum“.

Erhöhte *frühe* Depressionswerte in der Edinburgh Postnatal Depression Scale am 2.-5. postpartalen Tag zeigten häufiger *die* Frauen, bei denen in der ersten Woche nach der Entbindung auch die Symptome eines Baby Blues auftraten oder bei denen psychische Störungen in der Schwangerschaft vorgelegen hatten.

Weiterhin fand sich in der vorliegenden Untersuchung ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Variablen „EPDS Score 2. – 5. postpartaler Tag“ und den Variablen „Neurotizismuswerte“, „Extraversionswerte“, „Entbindungsart“ und „Zufriedenheit mit der Unterstützung der Hebammen während der Entbindung“.

Anhang

Fragebogen zur PPD-Selbsteinschätzung

Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale

Bitte markieren Sie die Antwort, die am ehesten beschreibt, wie Sie sich in den letzten sieben Tagen gefühlt haben, nicht nur, wie Sie sich heute fühlen. Bei einer Gesamtpunktzahl von 12 und darüber liegt die Vermutung nahe, daß Sie an einer postpartalen Depression leiden.

- I. **Ich konnte lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen.**
 [0] So wie immer.
 [1] Nicht ganz so wie früher.
 [2] Deutlich weniger als früher.
 [3] Überhaupt nicht.
- II. **Ich konnte mich so richtig auf etwas freuen.**
 [0] So wie immer.
 [1] Etwas weniger als sonst.
 [2] Deutlich weniger als früher.
 [3] Kaum.
- III. **Ich habe mich grundlos schuldig gefühlt, wenn Dinge schief gingen.**
 [3] Ja, meistens.
 [2] Ja, gelegentlich.
 [1] Nein, nicht sehr oft.
 [0] Nein, niemals.
- IV. **Ich war ängstlich oder besorgt aus nichtigen Gründen.**
 [0] Nein, gar nicht.
 [1] Selten.
 [2] Ja, gelegentlich.
 [3] Ja, sehr oft.
- V. **Ich erschrak leicht oder geriet in Panik aus unerfindlichem Grund.**
 [3] Ja, sehr häufig.
 [2] Ja, gelegentlich.
 [1] Nein, kaum.
 [0] Nein, überhaupt nicht.
- VI. **Ich fühlte mich durch verschiedene Umstände überfordert.**
 [3] Ja, meistens konnte ich die Situationen nicht meistern.
 [2] Ja, gelegentlich konnte ich die Dinge nicht so meistern wie sonst.
 [1] Nein, meistens konnte ich die Situation meistern.
 [0] Nein, ich bewältigte die Dinge so gut wie immer.
- VII. **Ich war so unglücklich, daß ich nur schlecht schlafen konnte.**
 [3] Ja, meistens.
 [2] Ja, gelegentlich.
 [1] Nein, nicht sehr häufig.
 [0] Nein, gar nicht.
- VIII. **Ich habe mich traurig oder elend gefühlt.**
 [3] Ja, meistens.
 [2] Ja, gelegentlich.
 [1] Nein, nicht sehr häufig.
 [0] Nein, gar nicht.
- IX. **Ich war so unglücklich, daß ich weinte.**
 [3] Ja, die ganze Zeit.
 [2] Ja, sehr häufig.
 [1] Nur gelegentlich.
 [0] Nein, nie.
- X. **Ich hatte den Gedanken, mir selbst Schaden zuzufügen.**
 [3] Ja, recht häufig.
 [2] Gelegentlich.
 [1] Kaum jemals.
 [0] Niemals.

Auszug aus dem Interview „Entbindungserleben 1“

16. Wie zufrieden waren Sie mit der Betreuung durch die Hebamme(n) im Zusammenhang mit der Entbindung?

sehr zufrieden zufrieden teils-teils etwas unzufrieden sehr unzufrieden

Erläuterung _____

17. Wie zufrieden waren Sie mit der ärztlichen Betreuung im Zusammenhang mit der Entbindung?

sehr zufrieden zufrieden teils-teils etwas unzufrieden sehr unzufrieden

Erläuterung _____

18. Wer war bei der Entbindung dabei?

Partner/Ehemann Freundin Familienmitglied Niemand

Sonstige _____

19. Wie zufrieden waren Sie mit der Unterstützung durch ihren Partner (Familienmitglied, Freundin etc.) im Zusammenhang mit der Entbindung?

sehr zufrieden zufrieden teils-teils etwas unzufrieden sehr unzufrieden

nicht zutreffend

Erläuterung _____

Auszug aus dem Interview „Entbindungserleben 2“

Pat.Nr. _____ Datum _____ Interviewer _____

Name / Vorname _____ Geb.-Datum _____

1. Wie Sie vielleicht wissen, erleben manche Frauen kurz nach der Geburt die sogenannten „Heultage“. Möglicherweise war das bei Ihnen ähnlich. Deshalb möchten wir nachfragen, ob sich innerhalb der ersten 3-7 Tage nach der Entbindung eines oder mehrere der folgenden Phänomene in deutlicher Ausprägung bei Ihnen eingestellt haben?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> häufigeres Weinen | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen | <input type="checkbox"/> stärkere Empfindlichkeit
<small>(gegenüber Kritik / Abweisungen)</small> |
| <input type="checkbox"/> Glück | <input type="checkbox"/> Freude | <input type="checkbox"/> freudige Erregung |
| <input type="checkbox"/> Reizbarkeit | <input type="checkbox"/> Traurigkeit / Deprimiertheit | <input type="checkbox"/> stärkeres Mitfühlen mit anderen |
| <input type="checkbox"/> Verunsicherung | <input type="checkbox"/> emotional labiler als gewöhnlich | |

Ggfs. a) Beginn: _____ b) Dauer: _____

c) wie stark?

- ausserordentlich stark sehr stark stark mässig stark ein wenig

20. Haben Sie nach der Entbindung einige der nachfolgenden Gedanken und Gefühle gehabt?

Wenn ja, welche?

- (0) Depressive Stimmung
- (1) Interessenverlust, auch an angenehmen Dingen
- (2) Appetitveränderungen
- (3) Änderungen des Schlafs
- (4) Unfähigkeit, still zu sitzen oder völlig verlangsamte Reaktionen
- (5) Ständige Müdigkeit oder fehlende Energie
- (6) Schuldgefühle, schlechtes Denken über sich selbst
- (7) Unfähigkeit oder Schwierigkeit, Entscheidungen zu treffen / sich zu konzentrieren
- (8) Hoffnungslosigkeit, schwarz sehen
- (9) Gedanken an Tod, sich etwas anzutun
- Besondere Belastung bevor Symptome auftraten, nämlich _____

Erläuterung: _____

Wie lange haben die Symptome angehalten ?

- weniger als zwei Wochen mehr als zwei Wochen

Erläuterung _____

Gab es Unterbrechungen ?

- Nein Ja, und zwar _____

Haben Sie das Gefühl, seit der Entbindung an Depressionen zu leiden?

- Nein Ja, etwas Ja, deutlich

Kriterien für ICD 10 erfüllt: F _____ Kriterien für DSM IV erfüllt: _____

21. Kennen Sie depressive Phasen aus der Zeit vor oder während der Schwangerschaft?

- Nein
- Ja, vor Schwangerschaft. Zeitliche Einordnung: _____
Symptome (s. Frage 20) _____
- Ja, während Schwangerschaft. Zeitliche Einordnung: _____
Symptome (s. Frage 20) _____

Falls Sie schon depressive Phasen erlebt haben, wie lange dauerte die längste Zeit, in der Sie sich nicht depressiv oder niedergeschlagen fühlten?

Kriterien für ICD 10 erfüllt: F _____ Kriterien für DSM IV erfüllt: _____

Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität



Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde
Allgemeine Geburtshilfe und Frauenheilkunde (Direktor: Prof. Dr. T. Bauknecht)

Funktionsbereich Gynäkologische Psychosomatik
Leitung: Prof. Dr. med. Anke Rohde

Gynäkologische Psychosomatik UFK - 53105 Bonn

53105 Bonn (53127 f. Paketpost)
Sigmund-Freud-Str.25
Rufnummer (0228) 287-4737
Telefax (0228) 287-4738
e-mail: anke.rohde@meb.uni-bonn.de

Patientenaufklärung / Einverständniserklärung

zur Studie „Zum Erleben der Entbindung unter besonderer Berücksichtigung traumatischer Erfahrungen“

Sehr geehrte Patientin!

Sie haben in der Universitätsfrauenklinik Bonn vor kurzem ein Kind geboren. Aus praktischen Erfahrungen und wissenschaftlichen Untersuchungen weiß man, daß es nach der Geburt eines Kindes zu verschiedenen unterschiedlich lang andauernden psychischen Problemen kommen kann, z.B. Stimmungsveränderungen, Störungen des körperlichen Wohlbefindens, aber auch Ängsten und Alpträumen, die mit Schwangerschaft und Entbindung zu tun haben. Auch der Geburtsvorgang als solcher wird von manchen Frauen als sehr belastend und in Einzelfällen sogar längerfristig traumatisierend empfunden.

Wir führen zu diesem Thema in Zusammenarbeit mit dem Psychologischen Institut der Universität Bonn eine wissenschaftliche Untersuchung durch, für die wir Ihre Mithilfe erbitten. Wir würden Sie gerne in einem persönlichen Gespräch zu verschiedenen Aspekten Ihres Erlebens während und nach der Geburt befragen und diese Befragung auch nach einigen Wochen noch einmal wiederholen. Wir möchten mit dieser Befragung Hinweise auf die Häufigkeit und Art der oben genannten Probleme bekommen. Deshalb bitten wir Sie um Ihre Bereitschaft zu einem solchen persönlichen Gespräch.

Es wird gewährleistet, dass Ihre personenbezogenen Daten nicht an Dritte weitergegeben werden. Bei der Veröffentlichung in einer wissenschaftlichen Zeitung wird aus den Daten nicht hervorgehen, wer an dieser Untersuchung teilgenommen hat. Ihre persönlichen Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz.

Wenn Sie mit diesem Vorgehen einverstanden sind, bitten wir Sie, diese Einverständniserklärung zu unterschreiben. Ein Exemplar dieser Einverständniserklärung wird Ihnen für Ihre Unterlagen ausgehändigt.

Für eventuelle Rückfragen stehen wir auch gerne zur Verfügung.
Wir danken Ihnen bereits jetzt für Ihre Mithilfe.

Prof. Dr. med. Anke Rohde

Ich wurde für mich ausreichend mündlich und schriftlich über die wissenschaftliche Untersuchung informiert und darüber, dass ich meine Einwilligung ohne Angaben von Gründen jederzeit widerrufen kann, ohne dass dies für mich nachteilige Folgen hat.

Einverstanden: _____
(Datum) (Unterschrift)

Literaturverzeichnis

Aderibigbe Y A, Gureje O, Omigbodun O. Postnatal Emotional Disorders in Nigerian Women A Study of Antecedents and Associations. *British Journal of Psychiatry* 1993; 163: 645-650

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994

Areias M E G, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Comparative Incidence of Depression in Women and Men, During Pregnancy and after Childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese Mothers. *British Journal of Psychiatry* 1996; 169: 30-35

Areias M E G, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Correlates of Postnatal in Mothers and Fathers. *British Journal of Psychiatry* 1996; 169: 36-41

Atkinson A K, Rickel A U. Postpartum Depression in Primiparous Parents. *Journal of American Psychology* 1984; 93: 115-119

Bagedahl-Strindlund M, Monsen Börjesson K. Postnatal depression: a hidden illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998; 98: 272-275

Ballard C G, Davis R, Cullen P C, Mohan R N & Dean C. Prevalence of Postnatal Psychiatric Morbidity in Mothers and Fathers. *British Journal of Psychiatry* 1994; 164: 782-788

Barnet B, Joffe A, Duggan A K, Wilson M D, Repke J T. Depressive Symptoms, Stress and Social Support in Pregnant and Postpartum Adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150: 64-69

Beck A T, Ward C H, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 1961; 4: 561-571

Beck A T, Steer R A, Garbin M G. Psychometric properties of the Beck-Depression-Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review* 1988; 8: 77-100

- Bergant A M, Nguyen T, Heim K, Ulmer H & Dapunt O. Deutschsprachige Fassung und Validierung der „Edinburgh postnatal depression scale“. Deutsche Medizinische Wochenschrift 1998; 123: 35-40
- Blair R A, Gilmore J S, Playfair H R, Tisdall M W, O`Shea C. Puerperal depression. Journal of the Royal College of General Practitioners 1970; 19: 22
- Borkenau P, Ostendorf F. NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) von Costa und McCrae: Handanweisung. Göttingen: Hofgreve, 1993
- Boyce P, Parker G, Barnett B, Cooney M, Smith F. Personality as a Vulnerability Factor to Depression. British Journal of Psychiatry 1991; 159: 106-114
- Brockington I F. Motherhood and Mental Health. Oxford: Oxford University Press, 1996
- Brockington I F, Cernik K F, Schofield E M, Downing A R, Francis A F, Keelan C. Puerperal Psychosis: phenomena and diagnosis. Archives of General Psychiatry 1981; 38: 829-833
- Brown S, Lumley J. Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1998; 105: 156-161
- Campbell S B, Cohn J F. Prevalence and Correlates of Postpartum Depression in First-Time Mothers. Journal of Abnormal Psychology 1991; 100: 594-599
- Carothers A D, Murray L. Estimated psychiatric morbidity by logistic regression: application to post-natal depression in a community sample. Psychological Medicine 1990; 20: 695-702
- Cooper P J, Campbell E A, Day A, Kennerley H, Bond A. Non-Psychotic Psychiatric Disorder After Childbirth. A Prospective Study of Prevalence, Incidence, Course, and Nature. British Journal of Psychiatry 1988; 152: 799-806
- Cox J L, Connor Y, Kendell R E. Prospective Study of the Psychiatric Disorders of Childbirth. British Journal of Psychiatry 1982; 142: 111-117
- Cox J L. Postnatal depression: A comparison of African and Scottish women. Soc. Psychiatry 1983; 18: 25-28

- Cox J L, Holden J M, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression, Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 1987; 150, 782-786
- Cox J L, Murray D, Chapman G. A Controlled Study of the Onset, Duration and Prevalence of Postnatal Depression. *British Journal of Psychiatry* 1993; 163: 27-31
- Cutrona C E. Causal Attributions and Perinatal Depression. *Journal of Abnormal Psychology* 1983; 2: 161-172
- Dalton K. Prospective Study Into Puerperal Depression. *British Journal of Psychiatry* 1971; 118: 689-692
- Danaci A E, Dinc G, Deveci A, Sen F S, Icelli I. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 125-129
- Dean C, Kendell R E. The symptomatology of puerperal illnesses. *British Journal of Psychiatry*. 1981; 139: 128-133
- Deichgräber K. *Corpus Hippocraticum*. 3. Buch der Epidemien. In: APAW, 1933
- Dennerstein L, Lehert P, Riphagen F. Postpartum depressions – risk factors. *Journal Psychosomatic and Obstetric Gynecology*. 1989; 10: 53-65
- Dilling H, Mombour W, Schmidt H & Schulte-Markwort E. *Internationale Klassifikation Psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F), Forschungskriterien*. Bern: Huber, 1994
- Dorn A. Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nach Entbindung: Ein Modellentwurf zu subjektiven und objektiven Einflussfaktoren auf der Grundlage einer explorativen Studie. Universität Mannheim: Dissertation. Aachen: Shaker, 2003
- Fisch R Z, Tadmor O P, Dankner R, Diamant Y Z. Postnatal Depression: A Prospective Study of Its Prevalence, Incidence and Psychosocial Determinants in an Israeli Sample. *Journal Obstetric Gynaecology* 1997; 23: 547-554
- Fossey L, Papiernik, Bydlowski. Postpartum blues: a clinical syndrome and predictor of postnatal depression? *Journal Psychosomatic and Obstetric Gynecology* 1997; 18: 17-21

Georgiopoulos A M, Bryan T L, Wollan P & Yawn B. Routine Screening for Postpartum Depression. *The Journal of Family Practice* 2001; 50, No. 2

Glasser S, Barell V, Shoham A, Ziv A, Boyko V, Lusky A, Hart S. Prospective study of postpartum depression in an Israeli cohort: prevalence, incidence and demographic risk factors. *Journal Obstetric Gynaecology* 1998; 19: 155-164

Gordon R E, Gordon K K. Social factors in the prediction and treatment of emotional disorders of pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1959; 77: 1074-1083

Gordon R E, Gordon K K. Social factors in prevention of postpartum emotional problems. *Obstetrics and Gynecology*. 1960; 15: 433-438

Gotlib I H, Whiffen V E, Mount J H, Milne K, Cordy N I. Prevalence Rates and Demographic Characteristics Associated With Depression in Pregnancy and the Postpartum. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989; 2: 269-274

Gotlib I H, Whiffen V E, Wallace P M, Mount J H. Prospective Investigation of Postpartum Depression: Factors Involved in Onset and Recovery. *Journal of Abnormal Psychology* 1991; 2: 123-132

Hapgood C C, Elkind G S, Wright J J. Maternity Blues: Phenomena and Relationship to later post partum depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1988; 22: 299-306

Harris B, Huckle P, Thomas R, Johns S, Fung H. The Use of Rating Scales to Identify Postnatal Depression. *British Journal of Psychiatry* 1989; 154: 813-817

Hautzinger M, Bailer M, Worall H & Keller F (Bearb. der dt. Ausg.). Beck Depressions – Inventar (BDI): Testhandbuch (2. überarb. Aufl.). Bern: Huber

Hayworth J, Little B C, Bonham Carter S, Raptopoulos P, Priest R G, Sandler M. A predictive study of post-partum depressions: Some predisposing characteristics. *British Journal of Medical Psychology* 1980; 53: 161-167

Herz E, Thoma M, Umek W, Gruber K, Linzmayer, Walcher W, Philipp T & Putz M. Nicht-psychotische postpartale Depression. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 1997; 57: 282-288

- Hobfoll S E, Ritter C, Lavin J, Hulsizer M R, Cameron R P. Depression Prevalence and Incidence Among Inner-City Pregnant and Postpartum Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995; 63: 445-453
- Jacobson L, Kaij L, Nilsson A. Post-partum Mental Disorders in an Unselected Sample: of Symptoms and Predisposing Factors. *British Medicine Journal*. 1965; 1: 1640-1643
- Janssen J, Laatz W. *Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows*. Berlin, Heidelberg: Springer, 1999
- Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001; 80: 251-255
- Kapfhammer H P. Psychische Störungen im Wochenbett. In: H J Möller, G Laux & H P Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie*: S. 1472-1487. Berlin: Springer, 2000
- Kendell R E, Rennie D, Clarke J A, Dean C. The social and obstetric correlates of psychiatric admission in the puerperium. *Psychological Medicine* 1981; 11: 341-350
- Kit L K, Janet G, Jegasothy R. Incidence of Postnatal Depression in Malaysian Women. *Journal Obstetric Gynaecology*. 1997; 23: 85-89
- Kok L P, Chan P S L, Ratnam S S. Postnatal depression in Singapore women. *Singapore Medicine Journal* 1994; 35: 33-35
- Kumar R, Robson K M. A Prospective Study of Emotional Disorders in Childbearing Women. *British Journal of Psychiatry* 1984; 144: 35-47
- Kumar R, Robson K M. Neurotic disturbance during pregnancy and the puerperium: preliminary report of a prospective survey of 119 primiparae. 1983; 11: 40-51
- Kurstjens S, Wolke D. Postnatale und später auftretende Depressionen bei Müttern: Prävalenz und Zusammenhänge mit obstetrischen, soziodemographischen sowie psychosozialen Faktoren. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 2001; 30 (1): 33-41

- Lane A, Keville R, Morris M, Kinsell A, Turner M, Barry S. Postnatal depression and elation among mothers and their partners: prevalence and predictors. *British Journal of Psychiatry* 1997; 171: 550-555
- Langenscheidts Großes Schulwörterbuch. English-Deutsch. Berlin: Langenscheidt KG, 1992, 1996
- Manly P C, McMahon R J, Bradley C F, Davidson P O. Depressive Attributional Style and Depression Following Childbirth. *Journal of Abnormal Psychology* 1982; 4: 245-254
- Margraf J, Schneider S, Ehlers A. (Hrsg.). Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS). Berlin: Springer, 1991a
- Margraf J (Hrsg.). Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen: Mini-DIPS. Berlin: Springer, 1994
- Marks M N, Wieck A, Checkley S A, Kumar R. Contribution of psychological and social factors to psychotic and non-psychotic relaps after childbirth in women with previous histories of affective disorder. *Journal of Affective Disorders* 1992; 29: 253-264
- Matthey S, Barnett B, Ungerer J, Waters B. Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders* 2000; 60: 75-85
- O'Hara M W. Social Support, Life Events, and Depression During Pregnancy and the Puerperium. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 569-573
- O'Hara M W. Postpartum Depression: Causes and consequences. Berlin: Springer, 1996
- O'Hara M W, Campbell S B, Rehm L P. Predicting Depressive Symptomatology: Cognitive-Behavioral Models and Postpartum Depression. *Journal of Abnormal Psychology* 1982; 6: 457-461
- O'Hara M W, Neunaber D J, Zekoski E M. Prospective Study of Postpartum Depression: Prevalence, Course, and Predictive Factors. *Journal of Abnormal Psychology* 1984; 2: 158-171

O'Hara M W, Zekoski E M, Phillips L H, Wright E J. Controlled Prospective Study of Postpartum Mood Disorders: Comparison of Childbearing and Nonchildbearing Women. *Journal of Abnormal Psychology* 1990; 1: 3-15

O'Hara M W, Swain A. Rates and risks of postpartum depression- A meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996; 8: 37-54

Pantlen A, Rohde A. Psychische Auswirkungen traumatisch erlebter Entbindungen. *Zentralbl Gynakol* 2001 ; 123 : 42-47

Paykel E S, Emms E M, Fletcher J, Rassaby E S. Life Events and Social Support in Puerperal Depression. *British Journal of Psychiatry* 1980; 136: 339-346

Pitt B. "Atypical" Depression Following Childbirth. *British Journal of Psychiatry* 1986; 114: 1325-1335

Playfair H R, Gowers J I. Depression following childbirth – a search for predictive signs. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1981; 31: 201-208

Pop V J M, de Rooy H A M, Vader H L, van der Heide D, van Son M, Komproe I H, Essed G G M, de Geus C G. Postpartum Thyroid Dysfunction And Depression In An Unselected Population. *The New England Journal Of Medicine* 1991; 25: 1815-1816

Riecher-Rössler A, Rohde A, Steiner M. Postpartum depression – do we still need this diagnostic term. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2003; 108 (suppl. 418): 51-56

Rohde A. Psychiatrische Erkrankungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett. *Der Gynäkologe* 2001; 34: 315-323

Rohde A, Marneros A. Psychosen im Wochenbett: Symptomatik, Verlauf und Langzeitprognose. *Geburtsheilkunde u. Frauenheilkunde*. 1993; 53: 800-810

Rohde A, Marneros A. *Die vielen Gesichter der Depression*. Bremen: UNI-MED, 2001

Ryle A. The psychological disturbances associated with 345 pregnancies in 137 women. *Journal of Mental Science* 1961; 107: 279-286

Statistisches Bundesamt Wiesbaden: Statistisches Jahrbuch , Fachserie 1, Reihe 3. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 1999

Stein A, Cooper P J, Campbell E A, Day A, Altham P M E. Social adversity and perinatal complications: their relation to postnatal depression. *British Medicine Journal* 1989; 298: 1073-1074

Stuart S, Couser G, Schilder K, O'Hara M & Gorman L. Postpartum Anxiety and Depression: Onset and Comorbidity in a Community Sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1998; 186: 420-424

Sugawara M, Sakamoto S, Kitamura T, Toda M A, Shima S. Structure of depressive symptoms in pregnancy and the postpartum period. *Journal of Affective Disorders* 1999; 54: 161-169

Thorpe K J, Dragonas T, Golding J. The Effects of Psychosocial Factors on the Mother's Emotional Well-being During Early Parenthood: A Cross-Cultural Study of Britain and Greece. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 1992; 10: 205-217

Tod E D M, Edin M B. Puerperal Depression. A Prospective Epidemiological Study. *The Lancet* 1964; 1264-1266

Troutman B R, Cutrona C E. Nonpsychotic Postpartum Depression Among Adolescent Mothers. *Journal of Abnormal Psychology* 1990; 1: 69-78

Watson J P, Elliott S A, Rugg A J, Brough D I. Psychiatric Disorder in Pregnancy and the First Postnatal Year. *British Journal of Psychiatry* 1984; 144: 453-462

Webster M L, Thompson J M D, Mitchell E A & Werry J S. Postnatal depression in a community cohort. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1994; 28: 42-49

Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien. In: H Dilling (Übers. und Hrsg.) 1999; Bern: Huber

Wendt A, Rohde A. Die Edinburgh Postnatal Depression Scale zur Erfassung postpartaler Depressionen. *Gynäkologische praxis* 2003; 27: 693-701

Whiffen V E. Vulnerability to Postpartum Depression: A Prospective Multivariate Study. *Journal of Abnormal Psychology* 1988; 4: 467-474

Wickberg B, Hwang C P. Screening for postnatal depression in a population-based Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997; 95: 62-66

Wrate R M, Rooney A C, Thomas P F, Cox J L. Postnatal Depression and Child Development. A three-year follow-up study. *British Journal of Psychiatry* 1985; 146: 622-627

Yoshida K, Marks M N, Kibe N, Kumar R, Nakano H, Tashiro N. Postnatal depression in Japanese women who have given birth in England. *Journal of Affective Disorders* 1997; 43: 69-77

Zelekowitz P, Milet T H. Screening for Post-Partum Depression in a Community Sample. *Canadian Journal of Psychiatry* 1995; 40: 80-86