

## **2. Methodik**

### **2.1 Ablauf der Studie**

Für die Studie wurden -mit Hilfe von Frau Dr. P. Britsch- 2 semistandardisierte Fragebögen entwickelt (siehe Anhang), der erste zur Auswertung der Krankengeschichten aller im Rahmen des Rooming-In behandelten Frauen (Gesamtstichprobe), der zweite zur Auswertung des persönlichen Gesprächs mit den nachuntersuchten Frauen (Katamnese-Stichprobe).

Insgesamt wurden 67 Patientinnen im Zeitraum von Dezember 1986 und Oktober 2000 stationär im Rahmen des Rooming-In in der Psychiatrischen Klinik der Freien Universität Berlin behandelt. Ihre Krankengeschichten wurden mittels eines semistandardisierten Fragebogens ausgewertet. Dabei ging es um die Erfassung von Aufnahmesymptomatik, Diagnose, Beginn der Symptomatik, Aufnahmemodus, Aufenthaltsdauer, soziodemografische Daten, gynäkologische Anamnese, psychiatrische Eigen- und Familienanamnese und die medikamentöse Therapie.

Die Gruppe der persönlich nachuntersuchten Patientinnen besteht aus 50 Frauen (Drop-Outs siehe Punkt 3.3.1). Der Katamnesezeitraum betrug 1-15 Jahre. Die Frauen wurden schriftlich zu einem Gespräch eingeladen und über dessen Inhalt informiert, telefonisch wurde ein Termin vereinbart. Die aktuellen Adressen wurden über das Krankenhaus-Archiv, die Telefonauskunft oder das Landeseinwohneramt erfasst. Die persönliche Nachuntersuchung fand von Januar 2001 bis Januar 2002 statt. Das Katamnesegespräch wurde meistens- auf Wunsch der Frauen- in deren Wohnung geführt. War dies von den Frauen nicht erwünscht, wurde es in der Klinik abgehalten. Zur Erfassung der katamnestischen Daten diente ein zweiter semistandardisierter Fragebogen. Die Frauen wurden nach dem weiteren Krankheitsverlauf (Art und Anzahl von Wiedererkrankungen), nach weiteren Therapiemaßnahmen (medikamentös, psychotherapeutisch oder stationäre Wiederaufnahmen), nach der aktuellen sozialen Situation, nach der Entwicklung ihrer Kinder, der Beziehung zu diesen und nach weiteren Schwangerschaften befragt. Darüber hinaus wurden die Mütter in einem weiteren Fragebogen (s. Anhang) gebeten, ihre Meinung über das Rooming-In-Angebot der Klinik zu äußern. Um das Befinden zum Katamnesezeitpunkt einschätzen zu können, diente der Beck's Depression Index (BDI) (s. Anhang).

## **2.2 Selbstbeurteilungstest**

### **2.2.1 Beck's Depression Index (BDI)**

Der Beck's Depression Index dient zur Messung des Schweregrades einer Depression. Er wird sowohl in allgemeinen Studien zu Depressionen, als auch in Studien zu postpartalen Depressionen eingesetzt (Cutrona, 1983; O'Hara et al., 1984). Der Autor A. T. Beck beobachtete im Zuge der psychoanalytischen Psychotherapie spezifisches Verhalten und Symptome depressiver Patienten und entwickelte auf dieser Basis einen aus 21 Symptomkomplexen (Items) bestehenden Test. Jede Kategorie besteht aus 4 Antwortmöglichkeiten, welche das Ausmaß der Depression anzeigen sollen. Der BDI wird überwiegend bei depressiven Patienten eingesetzt, ist aber auch bei psychotischen Patienten und bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen anwendbar (Beck, 1961). Der Beurteilung liegt ein Punktesystem zugrunde, welches die Depression in die Schweregrade: „nicht vorhanden“, „mäßig“ und „schwer“ einteilt. Die maximal erreichbare Punktzahl liegt bei 63 Punkten, dabei wird die Diagnose einer mäßigen Form der Depression bei 11-17 Punkten gestellt, die einer schweren Depression ab 18 Punkten.

Bei Untersuchungen zur Reliabilität ergibt sich nach Pearson ein Koeffizient von 0,86, nach Spearman von 0,93 (Guilfordt, 1956). Bezüglich der Validität besteht zwischen dem BDI und einer klinischen Beurteilung der Schwere von Depressionen eine hohe Korrelation von 0,65 bzw. 0,67 (Beck, 1961).

## **2.3 Diagnostische Kriterien**

### **2.3.1 Aufnahme- und Entlassungsdiagnose**

Die diagnostische Zuordnung der Erkrankungen der Frauen in einzelne Krankheitsgruppen erfolgte nach ICD-10 (10. Fassung der International Classification of Diseases, WHO, 1992). Dabei wurden die von den behandelnden Ärzten in den Krankengeschichten vermerkten Entlassungsdiagnosen verwendet. Zusätzlich wurde unter Berücksichtigung der psychopathologischen Symptomatik der Indexepisode zum Zeitpunkt der Aufnahme für jede Patientin eine Aufnahmediagnose erstellt. Folgende 7 Episodentypen wurden diagnostiziert:

- schizophrene Krankheitsepisode
- schizodepressive Krankheitsepisode
- schizomanische Krankheitsepisode
- depressive Krankheitsepisode
- manische Krankheitsepisode
- Angst/ Zwang-Störung
- uncharakteristische Krankheitsepisode

### **2.3.2 Beschreibung der ICD-Gruppen**

Die Erkrankungen der untersuchten Frauen entsprachen folgenden Diagnosen nach ICD-10:

#### **ICD-10 F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen**

Hierzu zählen Krankheiten, die mit Wahn, Halluzinationen, formalen Denkstörungen, Ich-Störungen, Affektstörungen und psychomotorischen Störungen einhergehen können.

- Dazu gehören:
- |     |   |
|-----|---|
| F20 | Schizophrenie                             |
| F21 | Schizotype Störung                        |
| F22 | anhaltende wahnhafte Störung              |
| F23 | akute vorübergehende psychotische Störung |
| F24 | Induzierte wahnhafte Störung              |
| F25 | Schizoaffektive Störung                   |

- F28 Sonstige nichtorganische psychotische Störung
- F29 Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose

### **ICD-10 F3 Affektive Störung**

Hier werden Krankheiten aufgeführt, die durch eine Veränderung der Stimmung (Affektivität) charakterisiert sind,

- Dazu gehören:
- F30 Manische Episode
  - F31 Bipolar affektive Störung
  - F32 Depressive Episode
  - F33 Rezidivierende depressive Störung
  - F34 Anhaltende affektive Störung
  - F38 Sonstige affektive Störung
  - F39 Nicht näher bezeichnete affektive Störung

### **ICD-10 F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen**

In diese Rubrik werden Störungen eingeordnet, die mit Phobien, Angst und Panik einhergehen. Zusätzlich sind hier Störungen aufgeführt, die Zwangssymptome oder körperliche Symptome zeigen, für die es keine ausreichenden organischen Befunde gibt, bei denen aber in der Pathogenese seelische Belastungssituationen eine Rolle spielen.

- Dazu gehören:
- F40 Phobische Störung
  - F41 Andere Angststörungen
  - F42 Zwangsstörung
  - F43 Reaktion auf schwere Belastung und Anpassungsstörungen
  - F44 Dissoziative Störungen (Konversionsstörung)
  - F45 Somatoforme Störungen
  - F48 Andere neurotische Störungen

### **ICD-10 F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen**

In diesem Kapitel sind die Störungen zusammengefasst, die sich auf Menschen beziehen, welche gegenüber der Mehrheit der jeweiligen Bevölkerungsgruppe deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in der Beziehung zu anderen zeigen, was oft mit persönlichem Leiden einhergeht.

Dazu gehören:	F60	Persönlichkeitsstörung
	F61	kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
	F62	Andauernde Persönlichkeitsänderung, nicht zurückzuführen auf Hirnschädigung oder Erkrankung des Gehirns
	F63	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
	F64	Störungen der Geschlechtsidentität
	F65	Störungen der Sexualpräferenz
	F66	Psychische und Verhaltensprobleme in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung
	F68	Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

## **2.4 Statistik/Auswertung**

1. Deskriptive Statistik: Für jede intervallskalierte Variable wurde Mittelwert, Minimum, Maximum, Median und Standardabweichung dargestellt.

2. Analytische Statistik: Zur Überprüfung von signifikanten Korrelationen einzelner Variablen mit dem Auftreten von Rezidiven und mit Ausgangsparametern wurde zunächst eine univariate Analyse durchgeführt. Dabei wurde der  $\chi^2$ -Test für ordinalskalierte Daten angewandt und der t-Test für intervallskalierte Daten. Danach wurde als multivariate Analyse zur statistischen Absicherung der diskriminierenden Bedeutung von unabhängigen Faktoren die schrittweise multiple Diskriminanzanalyse durchgeführt.

Die Auswertung erfolgte mittels des Statistikprogramms „SPSS 10.0“.