

4 Diskussion

Psychische Erkrankungen nach der Entbindung sind kein seltenes Ereignis, jedoch bleiben sie häufig unentdeckt und deshalb unbehandelt. Für die rechtzeitige Behandlung ist es nötig, besonders gefährdete Frauen frühzeitig zu identifizieren und eventuell prophylaktisch zu behandeln. Weiterhin sollen den betroffenen Frauen Auskünfte über den wahrscheinlichen weiteren Verlauf ihrer Erkrankung gegeben werden, wie hoch das Rezidivrisiko nach weiteren Entbindungen ist und wie die Prognose insgesamt einzuschätzen ist.

Um diese Fragen zu beantworten wurden in der vorliegenden Arbeit verschiedene Faktoren hinsichtlich ihres Einflusses auf das Auftreten und den Verlauf von pppE untersucht.

Dazu wurden alle Patientinnen, die im Zeitraum von 1987- 2000 in der psychiatrischen Universitätsklinik der FU Berlin im Rahmen des Rooming-In-Angebots behandelt wurden, nachuntersucht. Einerseits wurden durch Akteneinsicht Einflussfaktoren auf das Auftreten von pppE untersucht, zur Klärung des Langzeitverlaufes wurde andererseits eine katamnestische Untersuchung durchgeführt. Um Aussagen zum momentanen Befinden machen zu können, wurde der Selbstbeurteilungstest BDI durchgeführt. Weiterhin wurden alle Frauen nach ihrer persönlichen Meinung zum Rooming-In befragt.

4.1 Zur Erkrankung

4.1.1 Diagnosen

Die Entlassungsdiagnosen der untersuchten Gruppe von Patientinnen wies folgende Häufigkeitsverteilung auf: 41,8 % schizophrene und wahnhafte Störungen (F20=16,4%, F23=9,0%, F25=16,4%), 43,3 % affektive Störungen (F31=4,5%, F32=13,4%, F33=25,4%), 3,0 % Angst- und Zwangserkrankungen (F41=1,5%, F42=1,5%) und 4,5% anderes (F43=3,0%, F44=1,5%). 5 Frauen (7,5%) litten im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung an depressiver bzw. Angstsymptomatik.

Diese Zahlen sind schwer mit anderen Untersuchungen zu vergleichen, da je nach Einschlusskriterien (zeitlich, diagnostisch, Behandlungs-Art) ein anderes Patientenkollektiv entsteht. So findet sich z.B. bei engen zeitlichen Einschlusskriterien ein relativ hoher Anteil

von schizophrenen bzw. schizoaffektiven Erkrankungen, wohingegen sich der Anteil der affektiven Erkrankungen mit zunehmender Dauer der Postpartum-Periode erhöht. (Klompener & van Hulst, 1991; Meltzer & Kumar, 1985) Auch bei stationärer im Vergleich zu ambulanter Behandlung verändert sich die Diagnosenverteilung zugunsten der schizophrenen und wahnhaften Störungen, da viele affektiv erkrankte Frauen ambulant behandelt werden können. Schließlich wurden in einer kanadischen Studie Unterschiede bezüglich des Diagnosespektrums von Rooming- In- Patientinnen gegenüber Nicht-Rooming- In- Patientinnen aufgezeigt. Dabei gab es in der Nicht-R.-I.- Gruppe einen großen Anteil von Frauen mit Persönlichkeitsstörungen und Alkohol-, bzw. Drogenabhängigkeit, die in der R.-I.- Gruppe nicht vorkamen, dafür wurden alle Frauen mit affektiven Störungen im Rahmen des R.-I. behandelt (Stewart, 1989).

Unsere Ergebnisse, die sowohl in der Querschnitts - wie auch in der Längsschnittsdiagnose ergeben, dass etwa die Hälfte der untersuchten Frauen an einer affektiven Störung und etwas über ein Drittel an schizophrenen und wahnhaften Störungen litt, stimmen in etwa mit anderen Studien überein, die Häufigkeiten von 44-69% für affektive Störungen und 27-45% für schizophrene und schizoaffektive Störungen erbrachten (Da Silva & Johnstone, 1981; Protheroe, 1969; Stewart, 1989).

4.1.2 Aufenthaltsdauer und Behandlung

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei unseren Patientinnen betrug 11,4 Wochen, dabei blieben Frauen mit affektiven Erkrankungen im Durchschnitt deutlich länger stationär (88,9 d) als schizophren oder schizoaffektiv erkrankte Frauen (68,0 d). Dies liegt etwas über der mittleren Aufenthaltsdauer von anderen R.-I.- Studien: 8,9 Wochen (Kumar et al., 1995) oder 7,9 Wochen (Buist et al., 1990). Auch in einer deutschen Studie von 1996 wird von einer mittleren Aufenthaltsdauer von 8,8 Wochen berichtet (Freyberger et al., 1996). Dieser Unterschied kann in der Tatsache begründet sein, dass an unserer Klinik zur Überprüfung der Belastbarkeit der Patientin und deren schrittweiser Eingewöhnung an die neue Situation gegen Ende des Aufenthaltes zunehmend Nacht- und Wochenendurlaube durchgeführt werden, während andere Städte, hauptsächlich in England, über ein gut ausgebautes Nachsorgekonzept verfügen (Brockington, 1996). Der Unterschied kann nicht durch eine

unterschiedliche Diagnosenverteilung begründet werden, da diesbezüglich kein Unterschied besteht.

Die Patientinnen wurden syndromabhängig mit Antidepressiva, Neuroleptika Phasenprophylaxe oder aus einer Kombination daraus behandelt. Phasenprophylaxe, Lithium oder Carbamazepin, wurde insgesamt- allein oder in Kombination- 17 Frauen verschrieben, 12 davon waren affektiv erkrankt, 4 litten an einer wahnhaften Störung und eine an einer Angststörung. Carbamazepin das eine relativ neue Indikation als Phasenprophylaktikum besitzt, wurde in anderen Studien zur Therapie pppE bisher nicht erwähnt, sonst entspricht unsere Therapie der anderer großer Studien (Kumar et al., 1995).

4.2 Diskussion der Risikofaktoren

4.2.1 Positive psychiatrische Eigenanamnese/Familienanamnese

Wie in den meisten anderen Studien auch, zeigt sich, dass Frauen mit positiver psychiatrischer Eigenanamnese und Familienanamnese ein höheres Risiko aufweisen, postpartal zu erkranken (O'Hara, 1986; Meltzer & Kumar, 1985; Davidson & Robertson, 1985; Appleby et al., 1993; Watson et al., 1984). In unserer Studie waren 73,1% schon mindestens einmal vorher psychisch erkrankt gewesen, was deutlich über den Raten der oben erwähnten Autoren liegt: Davidson: 28%; Meltzer & Kumar: 40%. Dieser Unterschied mag in den Einschlusskriterien für die Diagnosestellung einer früheren Episode liegen, so zählen einige Autoren nur die stationär behandelten Episoden, während wir alle von den Patientinnen angegebenen und als psychiatrische Erkrankung geschilderten Episoden zählten.

Durch intensives Nachfragen nach erkrankten Familienmitgliedern der Katamnesestichprobe konnte eine sehr ausführliche Familienanamnese aufgestellt werden. Es soll hier deshalb auch nur die Katamnesestichprobe diskutiert werden. Zählt man Familienangehörige 1.Grades (Eltern und Geschwister), so ergibt sich eine positive Familienanamnese bei 16% der Patientinnen, zählt man die 2. (Tanten, Onkel, Großeltern) und 3. (Cousinen und Cousins) Grades dazu, kommen wir auf 74%. Die je nach Autor variierenden diagnostischen Kriterien und Untersuchungsmethoden für psychisch erkrankte Angehörige erschweren den Vergleich der einzelnen Studien. In den Untersuchungen von Schöpf (1992) und Protheroe (1969) musste eine Erkrankung eines Verwandten mindestens teilweise invalidisierende Folgen

haben, bzw. stationär oder ambulant psychiatrisch behandelt werden, was dementsprechend niedrigere Morbiditätsrisiken hervorbringt: 11% bzw. 11,7%, während Dean et al. (1989) eine weitere Definition verwendeten und so zu einem höheren Morbiditätsrisiko von 50% gelangten. Häufig bleiben aber psychiatrische Erkrankungen –insbesondere Suchterkrankungen- wegen des Stigmas der Psychiatrie unbehandelt und unerwähnt, den Familienmitgliedern aber nicht verborgen, deshalb wurde in der vorliegenden Arbeit jedes von den Patientinnen berichtete Auftreten psychischer Erkrankungen berücksichtigt und den verschiedenen diagnostischen Gruppen zugeteilt. Um weitere Informationen zu erhalten, wurde in der vorliegenden Arbeit exakt nach Verwandten bis zum dritten Grad und deren eventuellen psychiatrischen Erkrankungen gefragt.

Der Vergleich mit Verwandten einer Kontrollgruppe nicht puerperal erkrankter Frauen wurde in der Literatur mehrfach angestellt, man kam allerdings zu unterschiedlichen Ergebnissen: Protheroe (1969) und Platz & Kendell (1987) fanden keinen Unterschied zwischen der Anzahl Angehöriger ausschließlich puerperal erkrankter und nicht puerperal erkrankter Frauen, während Schöpf et al. (1985) ein niedrigeres Morbiditätsrisiko für die Angehörigen ersten Grades der rein puerperal erkrankte Gruppe fand (2% zu 15,2%). Dean et al.(1989) dagegen fand ein höheres Morbiditätsrisiko für die Angehörigen der puerperalen Gruppe (50% zu 30%).

Die Mehrheit der Autoren geht aber davon aus, dass sich die puerperal erkrankten Frauen bezüglich Eigen- und Familienanamnese nicht von nicht- puerperal erkrankten Frauen der gleichen Diagnose unterscheiden. Der Anteil der positiven Eigen –und Familienanamnese liegt aber deutlich über der der Gesamtbevölkerung und kann somit als Risikofaktor angesehen werden (O`Hara, 1986; Bernazzani et al., 1997; Jones & Craddock, 2001).

4.2.2 Gynäkologische Anamnese

Über ein Drittel der Frauen gab an, schon in der Schwangerschaft an psychischen Problemen gelitten zu haben, wobei es sich in der Mehrheit um affektive Störungen handelte. Die Symptome traten bei über der Hälfte der Frauen schon im ersten Trimenon auf und hielten bis zur Entbindung an. Dies unterstützt die Aussage von anderen Autoren, nämlich dass psychiatrische Erkrankungen in der Schwangerschaft ein Risikofaktor für eine postpartale Exazerbation darstellen (Bernazzani et al., 1997; O`Hara & Swain, 1996; O`Hara et al., 1991).

Ein komplizierter Geburtsverlauf als Risikofaktor für eine pppE wird in der Literatur unterschiedlich diskutiert. Alle Mütter erfahren die Belastung der Geburt, jedoch gibt es sicherlich stärker belastende Geburtskomplikationen (z.B. HELLP-Syndrom, signifikante Blutungen). So fanden einige Autoren Zusammenhänge zwischen Geburtskomplikationen und dem Auftreten einer pppE: O'Hara & Swain (1996) fanden in ihrer Meta-Analyse in 13 Studien eine signifikante Aussage dahingehend, dass Geburtskomplikationen als Risikofaktoren für spätere pppE gelten. Dabei fanden sie eine stärkere Korrelation bei Studien, die Selbstbeurteilungstests einsetzten im Vergleich mit Studien, die (semi)strukturierte Interviews einsetzten. Auch spielte die Länge der untersuchten Zeit eine Rolle, in dem Sinne, dass Studien, welche den psychiatrischen Zustand der Mutter postpartal über einen längeren Zeitraum als die vergangenen 2 Wochen beurteilten, keine signifikante Korrelation zu Geburtskomplikationen erbrachten. Kumar & Robeson (1984) fanden in der Frühgeburtslichkeit einen Risikofaktor für pppE. Sie untersuchten 119 erstgebärende Frauen in festen Partnerschaften sowohl präpartal als auch 12, 52 Wochen und 4 Jahre postpartal mittels semistrukturierten Interviews. Die Studie von Kendell et al. (1981) erbrachte einen Zusammenhang zwischen der Sectio caesarea und pppE und O'Hara et al. (1984) fand in seiner prospektiven Arbeit von 99 Frauen pathologische BDI-Werte 9 Wochen postpartal bei signifikant mehr Frauen mit Geburtskomplikationen (eingeschlossen: Präeklampsie, signifikante Blutungen, Fieber während des Geburtsverlaufs, Meconium im Fruchtwasser, verzögertes fetales Wachstum).

Andere hingegen fanden keine Korrelationen in dieser Hinsicht, was zum Teil auf die Einschlusskriterien und die Stichprobengröße zurückgeführt werden kann: Kumar et al. (1995) untersuchten den Geburtsverlauf von 100 Frauen, die postpartal auf einer psychiatrischen Rooming-In-Station aufgenommen wurden, diese Gruppe unterscheidet sich natürlich in der Schwere der Symptomatik deutlich von den zuhause untersuchten Frauen der anderen Studien. Warner et al. (1996) untersuchte eine sehr große Stichprobe von 2375 Frauen 6-8 Wochen postpartal. Auch nutzte er neben einem Interview die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), welche als Selbstbeurteilungsskala speziell für postpartale Depressionen entwickelt wurde und somit eventuell sensitiver als der Beck's Depression Index ist. O'Hara et al. (1983) schließlich nutzte zur Beurteilung des Geburtsverlaufes eine recht grobe 3-Punkte-Skala, was im Vergleich zu den anderen

Untersuchungen nicht so differenzierte Ergebnisse erbringen kann. Auch hatte er eine sehr kleine Stichprobe von 30 Frauen.

Drei Autoren beschrieben sogar ein vermindertes Auftreten von pppE nach Geburtskomplikationen, was nach Ansicht von O`Hara et al. (1982), Pitt (1968) und Paykel et al. (1980) dadurch erklärt werden könnte, dass diesen Frauen eine intensivere medizinische Aufmerksamkeit postpartal zukommt.

In unserer Studie fanden sich 13 Frauen (19,4%), die per Kaiserschnitt entbanden. Diese Rate ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung leicht erhöht (Sektiorate in Westberlin zwischen 1975 und 1989: 11,9%; Remy et al., 1993). Bei 7 von diesen Frauen musste allerdings eine Notfallsektio durchgeführt werden, was deutlich über dem Erwartungsbereich liegt. Auch Boyce und Todd (1992) fanden in ihrer Untersuchung ein erhöhtes Risiko für Frauen, bei denen eine Notfallsektio durchgeführt werden musste, postpartal psychiatrisch zu erkranken. Dieser Befund könnte dafür sprechen, dass es sich bei pppE gelegentlich auch um eine Posttraumatische Belastungsstörung handeln kann. So kann die -traumatisch erlebte- Geburt selbst als dramatisches Ereignis oder negatives life-event angesehen werden (auf dem Boden einer entsprechenden Persönlichkeitsstruktur oder psychischen Vulnerabilität).

Die meisten pppE traten nach der ersten Entbindung auf (n=52, 77,6%), was mit den Befunden (75% bzw. 58% bzw. 61%) anderer Autoren übereinstimmt (Rhode & Marneros, 1993; Agrawall et al., 1997; Arentsen, 1968). In unserer Gruppe kamen aber auch Erkrankungen erst nach der 2., 3. und 4. Entbindung vor, die sich hinsichtlich der Diagnosen nicht von denen der Primiparae unterschieden. Rechnet man die Zweitgebärenden, die schon nach der ersten Entbindung an einer pppE litten dazu, so traten bei 57 Frauen (85,1%) die pppE nach der ersten Entbindung auf. Bei 5 Frauen war es der 2. Fall einer pppE, 2 von diesen erkrankten ausschließlich postpartal, während 3 auch noch unabhängig von Schwangerschaft und Wochenbett erkrankten.

4.2.3 Soziodemografische Daten

In der Literatur werden sehr unterschiedliche Angaben zum Einfluss soziodemografischer Faktoren gemacht. Einige Autoren sehen signifikante Korrelationen zu negativen Lebensereignissen in der Schwangerschaft und dem Puerperium (Cutrona, 1984; Righetti-Veltima et al., 1998), andere zu Ausmaß und Güte der sozialen Unterstützung (O`Hara, 1986;

Cutrona, 1984), andere sehen den Familienstand oder die Qualität der Partnerbeziehung als Risikofaktor an (Lane et al., 1997; Marks et al., 1996) und wieder andere halten Frauen mit niedriger Bildung als besonders gefährdet (O'Hara, 1986; Bernazzani et al., 1997).

Unsere Stichprobe enthält einen überdurchschnittlich großen Anteil an höher gebildeten Frauen (46,3% Abitur, 20,9% abgeschlossenes Hochschulstudium). Es wäre aber nicht korrekt, von diesen Zahlen darauf zu schließen, dass eine höhere Bildung einen Risikofaktor darstellt, da es sich bei der untersuchten Gruppe um eine selektierte Stichprobe handeln könnte. Die Klinik ist zum einen eine Universitätsklinik mit spezifischer Patientenselektion, zum anderen setzten sich Frauen oder deren Angehörige aus anderen Bezirken oder sogar Bundesländern aktiv dafür ein, auf der Rooming-In Station aufgenommen zu werden. Das Wissen von dieser Einrichtung und das Durchsetzen der Ziele sind vielleicht bei Frauen mit höherem Bildungsstand mehr vertreten.

Die Rate von 13,4% alleinstehender Mütter in unserer Stichprobe ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (1991: 13,3%, 1999: 17,8%) nicht erhöht. Bei diesen Angaben vom Statistischen Bundesamt liegt allerdings eine statistische Ungenauigkeit vor, in dem Sinne, dass Alleinerziehende, die Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft sind, in den Prozentangaben enthalten sind. Es handelt sich also bei unserer Stichprobe doch um eine eher hohe Zahl alleinstehender Mütter. Auch andere Autoren sehen den „Single-Status“ als Risikofaktor für die Entwicklung einer pppE an (Lane et al., 1997). Dies könnte dadurch begründet werden, dass diese Frauen zum großen Teil schon vorher erkrankt waren, der Familienstand also eher Folge der Erkrankung als Auslöser dafür ist. Als andere Erklärung kann die geringere emotionale und soziale Unterstützung dieser Frauen gelten.

Weitere untersuchte demografische Daten wie Alter, Geschlecht des Kindes, berufliche Tätigkeit stimmen im Wesentlichen mit Stichproben anderer Autoren überein und geben keinen weiteren Hinweis auf einen kausalen Zusammenhang zum Auftreten der pppE.

4.3 Katamnese

Von den insgesamt 67 Patientinnen, welche im Rahmen des Rooming-In behandelt wurden, konnten 50 Frauen nachuntersucht werden. Bei der Diagnosenverteilung war auffällig, dass fast die Hälfte der Frauen in der Drop-Out-Gruppe an einer Schizophrenie litt, während es in der Katamnesestichprobe nur 10% waren. Dies kann einerseits auf den in der Literatur oft

beschriebenen schlechteren Ausgang von schizophrenen Erkrankungen und somit auf den schlechteren Zustand der betroffenen Frauen zurückgeführt werden (Stewart, 1989; Terp et al., 1999). Andererseits kann dafür aber auch der höhere Ablehnungsgrad schizophrener Patienten im Vergleich zu depressiven Patienten an wissenschaftlichen Untersuchungen teilzunehmen verantwortlich gemacht werden.

Unsere Katamnesedauer von durchschnittlich 4,9 Jahren entspricht der vieler anderer Studien (4,5 Jahre, bzw. 1-6 Jahre) (Philipps & O`Hara, 1991; Da Silva & Johnstone, 1981). Andere Studien (Protheroe, 1969; Rhode, 1993) haben jedoch eine wesentlich längere Katamnesedauer von durchschnittlich über 20 Jahren. Es zeigt sich aber, dass die Rezidivrate bei den meisten Untersuchungen zwischen 50 und 70% liegt (Davidson & Robertson, 1985; Rhode, 1993; Bell et al., 1994; Protheroe, 1969). In unserer Untersuchung liegt sie bei 56%. Zu erwarten wäre eine höhere Rezidivrate bei längerer Katamnesedauer.

4.3.1 Diskussion des Verlaufs

Wichtig für die Beratung und Aufklärung der betroffenen Patientinnen ist es, eine Aussage über die Wahrscheinlichkeit von Remanifestationen machen zu können. Dabei ist einerseits das Auftreten von Rezidiven insgesamt von Interesse, andererseits das von Rezidiven nach weiteren Entbindungen.

Es stellte sich für uns jetzt die Frage, welche Faktoren Einfluss auf den Verlauf nehmen.

Dazu haben wir zunächst alle untersuchten Faktoren einer univariaten Analyse unterzogen und danach eine stufenweise Diskriminanzanalyse durchgeführt. Dabei war die abhängige Variable zunächst das Auftreten von Rezidiven.

Von den 50 nachuntersuchten Frauen kam es bei 56 % nach einer durchschnittlichen Katamnesedauer von 4,9 Jahren (Minimum 1 J., Maximum 14 J.) mindestens einmal zu einem Rezidiv. Dabei erkrankten 20% noch einmal, 16% noch zweimal und 12% mehr als zweimal. 4 Frauen blieben chronisch krank.

Signifikante Ergebnisse:

Nach der vorwärts und rückwärts durchgeführten schrittweisen Diskriminanzanalyse zeigten sich als signifikant mit dem Auftreten von stationären Rezidiven korrelierend folgende Faktoren: Frauen, die an einer schizophrenen oder wahnhaftes Störung erkrankt waren,

erlitten häufiger Rezidive als Frauen mit der Diagnose einer affektiven- oder einer Angststörung. Weiterhin beeinflusst auch der Familienstand das Auftreten von Rezidiven, das bedeutet, verheiratete bzw. in einer festen Beziehung lebende Frauen erleiden weniger häufig ein Rezidiv als alleinstehende Frauen. Dies kann auf die fehlende soziale und emotionale Unterstützung wie auch auf die größeren Anforderungen an diese Frauen zurückgeführt werden. Außerdem kann die Tatsache, dass die Frau in einer festen Beziehung lebt, eventuell auf eine stabilere prämorbid Persönlichkeit hinweisen. Damit zusammen hängt wohl auch der Einfluss der Beziehung zwischen Mutter, Vater und Kind, in dem Sinne, dass Frauen, die angaben, die Beziehung zwischen Mutter, Vater und Kind sei nicht gleich gut, ein erhöhtes Rezidivrisiko aufwiesen.

Zählt man die ambulant wie stationär behandelten Rezidive, so erweisen sich als signifikant Einfluss nehmend: die Berufsausbildung, dabei zeigte sich, dass ein abgeschlossenes Hochschulstudium negativ mit dem Auftreten von Rezidiven korreliert. Dies könnte damit erklärt werden, dass diese Frauen eine bessere Compliance aufweisen oder auch dadurch, dass die Frauen, die schon ein Hochschulstudium abgeschlossen haben, keine sehr schweren Vorerkrankungen haben konnten.

Auch die Aussage, dass die Beziehung zwischen Mutter, Vater und Kind nicht gleichgut ist, korreliert signifikant mit dem Auftreten von Rezidiven. Zu dieser Aussage kamen wohl am ehesten alleinstehende Frauen oder Frauen mit Partnerschaftsproblemen, so dass auch hier die fehlende emotionale und soziale Unterstützung verantwortlich gemacht werden kann.

Bisher wurde der detaillierten Betrachtung der einzelnen Diagnosegruppen hinsichtlich ihres Verlaufes nicht viel Beachtung geschenkt. In unserer Untersuchung kam es zu keinen signifikanten Unterschieden in Hinsicht auf die Rezidivrate der einzelnen Diagnosegruppen, dennoch kann man Tendenzen aufzeigen, auch wenn man bei der geringen Fallzahl keine definitive Aussage machen kann.

Auffallend ist, dass 81,8% der schizoaffektiv erkrankten Frauen ein Rezidiv erlitten und 80,0% der schizophren erkrankten Frauen.

Für die anderen Diagnosen besteht ein Rezidivrisiko von 66,7 % für bipolar affektive Erkrankungen, von 45,0 % für unipolare Depressionen und von 20,0% für akute polymorph psychotische Störungen. 2 von den 4 nachuntersuchten Frauen mit Persönlichkeitsstörungen entwickelten im Katamnesezeitraum ein depressives Rezidiv.

Davidson & Robertson (1985), wie auch Terp et al. (1999) fanden die höchste Rate an Rezidiven bei der schizophren erkrankten Gruppe (85%, bzw. 98%). Auch die Untersuchungen von Protheroe (1969) und Da Silva & Johnstone (1981) ergaben einen schlechteren Ausgang der Erkrankung schizophrener Mütter im Vergleich zu affektiv Erkrankten (66% zu 14%, bzw. 83,3% zu 30%). Dagegen ergaben Untersuchungen von anderen Autoren das Ergebnis, dass bipolar affektive Wochenbettkrankungen verglichen mit schizophrenen oder schizoaffektiven Wochenbettkrankungen bezüglich der Rezidivrate einen eher ungünstigen Verlauf haben: 25% bis 100% im Vergleich zu 13,3% bis 67,9% (Rhode, 1993; Schöpf et al., 1984; Arentsen, 1968; Martin, 1958). Diese Unterschiede lassen sich einerseits durch verschiedene Einschlusskriterien erklären, so zählten Terp et al. nur die stationär behandelten Rezidive, was sicherlich zu einer Überrepräsentation von schizophrenen Rezidiven führte. Bei der Langzeit-Studie (1927-1961) von Protheroe waren zum Katamnesezeitpunkt bereits 16,4% der Patientinnen verstorben, 10,5% schon während der Index-Hospitalisierung, ihr Krankheitsverlauf konnte somit nicht weiter verfolgt werden. Auch muss gesagt werden, dass mit dem Fortschritt der therapeutischen Möglichkeiten in den neueren Studien ein anderes Ergebnis zu erwarten ist. Auch muss der unterschiedlich langen Katamnesedauer von 1-6 Jahren (Da Silva & Johnstone, 1981) bis zu 2-35 Jahren (Protheroe, 1969) oder durchschnittlich 25,6 Jahren (Rohde, 1993) Rechnung getragen werden.

Der Vergleich von Patientinnen mit Erstmanifestation im Wochenbett mit Patientinnen mit schon vorher aufgetretenen Episoden psychischer Erkrankungen ergab bei uns keinen signifikanten Unterschied in der Rezidivhäufigkeit, während die meisten anderen Studien eine deutlich erhöhte Rezidivrate bei der schon vorher nicht-puerperal erkrankten Gruppe fand (Bell et al., 1994; Dean et al., 1989). Bei größeren Fallzahlen der einzelnen diagnostischen Untergruppen und einer längeren Katamnesedauer in unserer Untersuchung wäre ein signifikanter Unterschied wohl auch zu erwarten gewesen.

Von den 11 Frauen, die nach der Indexentbindung erneut schwanger wurden, entbanden 5 erneut jeweils einmal. Von diesen erkrankten 2 (40%) postpartal erneut. Das puerperale Rezidivrisiko liegt also bei 1:2,5. Zählt man die 14 Frauen dazu, die vor der Indexerkrankung insgesamt 19 mal entbanden und von denen 5 puerperal erkrankten, so ist die Relation 1:3,4. Diese Zahlen sind vergleichbar mit Angaben aus der Literatur, bei denen das puerperale

Rezidivrisiko mit 1:5 bis 1:3 veranschlagt wird (Davidson & Robertson, 1985; Wilson et al., 1972; Protheroe, 1969).

Die Diagnosen der Frauen, die wiederholt im Wochenbett erkrankten setzen sich wie folgt zusammen: eine Frau mit der Diagnose Schizophrenie, zwei Frauen mit der Diagnose akute vorübergehende psychotische Störung, 2 Frauen hatten die Diagnose einer schizoaffektiven Störung und zwei Frauen litten an einer rezidivierenden Depression.

Auf Grund dieser Ergebnisse kann gesagt werden, dass Frauen mit pppE nicht generell von weiteren Schwangerschaften abzuraten ist. Es besteht zwar ein erhöhtes Risiko wieder zu erkranken, jedoch muss gesagt werden, dass dieses Risiko auch unabhängig von Schwangerschaften und Geburten besteht (Arentsen, 1968).

Insbesondere muss auf das spezifische Risiko der einzelnen Diagnosen eingegangen werden. Bei uns lässt sich aufgrund der geringen Fallzahl keine definitive Aussage machen, unter Berücksichtigung der Literatur kann jedoch gesagt werden, dass das Rezidivrisiko einer bipolar affektiv oder schizophren erkrankten Frau wesentlich höher als das der unipolar affektiv erkrankten Frau (Schöpf, 1992; Dean et al., 1989; Arentsen, 1968; Davidson & Robertson, 1985).

Wichtiger ist, dass die Frau auf ihr erhöhtes Risiko hingewiesen wird und eventuell prophylaktisch in Schwangerschaft und im Anschluss an die Geburt psychiatrisch betreut und behandelt wird.

4.4 Vergleich des Verlaufs von Rooming-In-Patientinnen mit dem von Nicht-Rooming-In-Patientinnen

Zur Beantwortung der Frage, ob das Rooming-In einen positiven Effekt auf den Verlauf und die Prognose der Erkrankung hat, wäre ein direkter Vergleich mit einer Kontrollgruppe postpartal erkrankter Frauen, die nicht im Rahmen des Rooming-Ins behandelt wurden, angebracht gewesen. Dies war aber aus organisatorischen Gründen nicht möglich. Da pppE weder nach ICD-10 noch nach DSM-4 separat verschlüsselt werden, war es uns nicht möglich, aus den Krankenhausregistern eine entsprechende Kontrollgruppe zu rekrutieren. Deshalb haben wir unsere Daten zum Verlauf und Ausgang der Erkrankung mit Daten aus der Literatur verglichen. Zum Vergleich muss man allerdings wieder die unterschiedlichen zeitlichen Einschlusskriterien beachten.

Bei einer durchschnittlichen Katamnesedauer von 4,9 Jahren haben unsere –im Rooming-In behandelten- Frauen ein etwas niedrigeres Rezidivrisiko im Vergleich mit Studien ähnlicher Katamnesedauer ohne Rooming-In (Philipps & O`Hara, 1991; Da Silva & Johnstone, 1981).

Baker et al. (1961) führten einen Vergleich von schizophrenen Müttern mit Rooming-In und schizophrenen Müttern ohne Rooming-In durch und kamen zu dem Ergebnis, dass die Rooming-In- Gruppe eine niedrigere Rezidivrate, einen kürzeren Krankenhausaufenthalt und eine bessere Mutter-Kind-Beziehung bei der Nachuntersuchung aufwies.