

# 1 Einleitung

## 1.1 Postpartale psychiatrische Erkrankungen

Die Zeit nach einer Entbindung ist im Leben einer Frau die Phase mit dem höchsten Risiko, an einer psychiatrischen Störung zu erkranken. Durch den Hormonumschwung, die höheren Anforderungen und ein oft neues Rollenverständnis kommt es bei Frauen mit genetischer Vulnerabilität zu einem erhöhten Risiko, psychiatrisch zu erkranken. Im Bewusstsein der Bevölkerung spielen diese Erkrankungen noch immer keine große Rolle, im Gegenteil, oft werden sie lange übersehen und bleiben deshalb unbehandelt. Denn viele betroffene Frauen versuchen, ihre Krankheit zu überspielen, um nicht als undankbare und schlechte Mütter angesehen zu werden.

Der intensive Kontakt von Frauen zum Gesundheitssystem in der Zeit um die Geburt würde es ermöglichen, besonders gefährdete Frauen frühzeitig zu identifizieren und eventuell prophylaktisch zu behandeln. Hierbei ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Gynäkologen und Psychiatern äußerst wichtig. Die frühzeitige Erkennung und Behandlung von postpartalen psychiatrischen Erkrankungen (pppE) ist von erheblicher Bedeutung, sowohl für die betroffene Mutter, als auch für das Kind, die Partnerschaft und die restliche Familie.

Eine erste Beschreibung von psychiatrischen Symptomen nach der Entbindung findet sich schon bei Hippokrates 400 v. C. (Deichgräber, 1933). Ab dem 19. Jahrhundert wurden psychiatrische Erkrankungen im Wochenbett Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen (Esquirol, 1838; Marcé, 1858). In der 8. Revision der ICD (WHO, 1967) wurde den postpartalen psychiatrischen Erkrankungen eine eigene Kategorie zugewiesen, doch schon in der ICD 9 (WHO, 1975) wurde wieder davon abgesehen. Weder die ICD 10 (WHO, 1992) noch das DSM 4 (American Psychiatric Association, 1994) sehen, außer für sonst nicht klassifizierbare Ausnahmen, eine separate Diagnose der pppE vor. Man geht heute davon aus, dass jegliche psychiatrische Erkrankung im Wochenbett auftreten kann, jedoch wird meistens ein Dominieren affektiver Störungen beschrieben (Terp & Mortensen, 1998).

Üblicherweise werden die pppE in Wochenbettdepressionen und Wochenbettpsychosen eingeteilt. Die Wochenbettdepressionen treten bei 10-15% aller Wöchnerinnen auf (Fallgatter et al., 2002; Kumar & Robeson, 1984; O'Hara et al., 1990), ihr Beginn ist oft schleichend, jedoch erkranken die meisten Frauen innerhalb des ersten Monats nach der Entbindung (Stowe et al., 1995; Kendell et al., 1987). Die Symptomatik der Wochenbettdepression ist formal nicht von einer depressiven Episode in anderen Lebensabschnitten zu unterscheiden. In Bezug auf die Prävalenz muss jedoch mit einer hohen Dunkelziffer gerechnet werden (Riecher-Rössler, 1997).

Die Wochenbettpsychose hingegen ist weitaus seltener, sie tritt bei 0,1-0,2% aller Wöchnerinnen auf (Pfuhlmann et al., 2000; Nonacs & Cohen, 1998; Kendell et al., 1987), ihr Beginn ist dramatisch, mit einem Einsetzen oft innerhalb der ersten 48-72 Stunden nach der Entbindung (Nonacs & Cohen, 1998). Es muss eine stationäre psychiatrische Behandlung erfolgen, da wegen der Schwere der Symptomatik eine Gefährdung von Mutter und Kind besteht. Für alle pppE zusammen besteht ein Suizidrisiko von 1-4% (Davidson & Robertson, 1985; Platz & Kendell, 1987), das Risiko eines Infantizids ist glücklicherweise extrem selten, es liegt bei ca. 1 auf 50.000 Geburten (Brockington & Cox-Roper, 1988).

Von diesen Erkrankungen abzugrenzen sind die so genannten „Heultage“, die bei 50-80% aller Wöchnerinnen auftreten (Fallgatter et al., 2002; O'Hara et al., 1990). Diese sind vorwiegend durch Affektlabilität gekennzeichnet und halten nur wenige Tage an. Per se besitzen sie keinen Krankheitswert (Handley et al., 1980; O'Hara et al., 1990; O'Hara, 1987).

In der gynäkologischen Medizin erstreckt sich die Postpartumperiode auf einen Zeitraum von 6 Wochen nach der Entbindung (Pfleiderer et al., 2001). In der psychiatrischen Medizin wird die postpartale Zeit, in der eine psychiatrische Erkrankung der Entbindung zugeschrieben wird, unterschiedlich angegeben. Je nach Einschlusskriterien reicht sie von 2 Wochen (Dean et al., 1989) bis zu 1 Jahr (Da Silva & Johnstone, 1981).

### 1.1.1 Thesen zur Ätiologie

Bereits Anfang des 20. Jahrhunderts ging man davon aus, dass es sich bei den im Wochenbett auftretenden Psychosen nicht um ein eigenes Krankheitsbild handelt (Aschaffenburg, 1901), vielmehr geht man von einer multifaktoriellen Verursachung aus, wobei das Zusammenspiel von verschiedenen Faktoren verantwortlich gemacht wird. Die inzwischen in der Literatur diskutierten Risikofaktoren (RF) können im Wesentlichen in folgende Gruppen eingeteilt werden:

- Soziodemografische Risikofaktoren:

In der Literatur werden unterschiedliche, zum Teil widersprüchliche Angaben zu soziodemografischen Risikofaktoren wie Alter, Familienstand, Bildungsstand, finanzieller Lage, Parität und Geburtsverlauf gemacht (Paykel et al., 1980; Warner et al., 1996; Righetti-Veltima et al., 1998; O'Hara et al., 1983; O'Hara et al., 1982).

- Genetische Risikofaktoren:

Als genetische Risikofaktoren werden die positive Familienanamnese (Kendell et al., 1985; Meltzer & Kumar, 1985; Buist et al., 1990; O'Hara et al., 1986) und das Vorliegen eines Prämenstruellen Dysphorischen Syndroms (Boyle & Boucher, 2000; Critchlow et al., 2001; Vega-Dienstmaier et al., 1999) genannt.

Auch die positive psychiatrische Eigenanamnese zählt als genetischer Risikofaktor. Verschiedene Autoren sehen das Risiko postpartal psychiatrisch zu erkranken, um das mehrfache erhöht an, wenn im Leben der Frau schon vorher psychiatrische Erkrankungen aufgetreten waren. Das Risiko, bei positiver psychiatrischer Eigenanamnese, postpartal zu erkranken wird mit 20-50% angegeben (Kendell et al., 1987; Davidson & Robertson, 1985; Stowe & Nemeroff, 1995; Paykel et al., 1980).

- Biologische bzw. hormonelle Risikofaktoren

Der Einfluss der hormonellen Faktoren als Auslöser der pppE ist umstritten, bisher wurden u.a. untersucht:

- Schilddrüsendysfunktion, bzw. thyreoidale Antikörper (Nemeroff et al., 1985)
- rascher Abfall von Östrogen, Progesteron, Tryptophan (Stein et al., 1976; Handley et al., 1977)

- niedrige Adrenalin-, Cortisol- und Noradrenalin- Konzentrationen (Kuevi et al., 1983)

### **1.1.2 Prognose**

Verschiedene Studien über den Langzeitverlauf von pppE haben ergeben, dass diese im Vergleich zu unabhängig von einer Entbindung auftretenden psychiatrischen Erkrankungen eine bessere Prognose haben (Rhode, 1993; Wilson, 1972). Die Rezidivraten in den meisten Untersuchungen liegen zwischen 42% und 80% (Arentsen, 1968; Schöpf et al., 1984; Philipps & O'Hara, 1991). Allerdings gibt es je nach Untersuchungsschwerpunkt und Methode erhebliche Unterschiede hinsichtlich des Langzeitverlaufes. So sind die zeitlichen Einschlusskriterien der Postpartum-Periode, sowie auch der Beobachtungszeitraum je nach Untersuchung anders definiert. Auch der Begriff „Prognose“ wird unterschiedlich aufgefasst und untersucht. So werden in einigen Studien nur stationäre Wiederaufnahmen als Rezidiv gezählt, in anderen stationär und auch ambulant behandelte Wiedererkrankungen. Das puerperale Rezidivrisiko wird in verschiedenen Studien mit 1:5 bis 1:3 veranschlagt (Davidson & Robertson, 1985; Kendell, 1985; Arentsen, 1968).

## **1.2 Rooming-In**

Dieser Begriff stammt aus der Gynäkologie und Geburtshilfe und bedeutet die gemeinsame Aufnahme von Müttern mit ihren Neugeborenen in einem Zimmer der Entbindungsstation. Seit Einführung von Entbindungskliniken Ende des 19. Jhds wurden Kinder hauptsächlich aus hygienischen Gründen (Infektionsprävention) strikt von ihren Müttern getrennt. In England wurden Kinder erstmals zusammen mit ihren Müttern in den 40er Jahren des 20. Jahrhunderts aufgenommen (Milgrom et al., 1998). Der Psychoanalytiker T. F. Main begann 1948 gerade aus „psychohygienischen“ Gründen, Mütter mit psychiatrischen Krankheiten im Wochenbett gemeinsam mit ihren Kindern aufzunehmen. War auch der Vater krank, nahm Main gelegentlich sogar ganze Familien auf (Main, 1958). 1959 wurde die erste speziell ausgestattete Mother-Baby-Unit in St. Albans, nördlich von London eröffnet. Auch in den USA, Kanada, Australien und in Frankreich waren seit den 60er Jahren vereinzelt Mutter-Kind-Behandlungen in der Psychiatrie möglich. In Deutschland entstand das erste Rooming-In-Projekt 1981 mit 11 Patientinnen in Göttingen (Hartmann, 1981), mittlerweile gibt es die

Möglichkeit der gemeinsamen Aufnahme von Mutter und Kind an vielen psychiatrischen Krankenhäusern, ohne dass diese über eine spezielle Ausstattung verfügen. In Berlin wurde das Rooming-In 1986 in der Psychiatrischen Universitätsklinik der Freien Universität durch Frau Dr. Bolk- Weisedel eingeführt. Es können jeweils 2 Frauen mit bis zu einem Jahr alten Kindern in 2 Einzelzimmern, die über die zur Kindsversorgung nötige Einrichtung verfügen, aufgenommen werden. Ziel der gemeinsamen Aufnahme ist es, die wichtige frühe Bindung zwischen Mutter und Kind aufrecht zu erhalten oder durch die Behandlung erst zu ermöglichen. Außerdem sollen die Mütter bei der Versorgung ihres Kindes durch das Pflegepersonal unterstützt, angeleitet und, wenn nötig, entlastet werden. Viele psychiatrisch erkrankte Mütter, die eine stationäre Behandlung benötigen, würden bei einer Trennung von ihren Kindern unter schweren Schuldgefühlen leiden oder aus sozialen Gründen teilweise nur widerwillig zur Aufnahme kommen. Oft verstärkt sich die depressive Symptomatik durch die Schuldgefühle, und die betroffene Mutter gerät so in einen Teufelskreis.

### **1.3 Fragestellung und Ziel der Arbeit**

Um die Frauen, die ein erhöhtes Risiko für eine pppE aufweisen, frühzeitig identifizieren zu können, ist es nötig, diejenigen Faktoren zusammenzustellen, die auf ein erhöhtes Erkrankungsrisiko hinweisen. Durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Gynäkologen, Psychiatern und Psychotherapeuten könnten diese Frauen rechtzeitig informiert, beraten und präventiv betreut und gegebenenfalls behandelt werden. In der vorliegenden Arbeit wurden einerseits postpartal psychiatrisch erkrankte Frauen auf Risikofaktoren untersucht. Hierfür wurden Daten zur Diagnose, zum Beginn der Symptomatik, zur Demografie, zur gynäkologischen Anamnese und zur psychiatrischen Eigen- und Familienanamnese von allen Frauen, die im Rahmen des Rooming-In-Konzeptes zwischen 1987 und 2000 an der Psychiatrischen Klinik der Freien Universität Berlin behandelt wurden, erhoben und nach folgender Fragestellung untersucht:

- **Gibt es Faktoren, die die Häufigkeit des Auftretens von pppE beeinflussen?**

Andererseits war das Ziel der Arbeit, Aussagen über den Verlauf von pppE zu machen und prognostische Kriterien für das Rezidivrisiko zu erstellen. Dazu wurde in einer persönlichen

Nachuntersuchung dieser Patientinnen der katamnestische Verlauf erfasst. Die Patientinnen wurden nach ambulanten und stationären Wiedererkrankungen, nach medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung und nach aktuellen soziodemografischen Daten befragt. Das aktuelle psychiatrische Befinden wurde durch den Beck's Depression Index (BDI) erfasst (Cutrona, 1983; O'Hara et al., 1984). Die den Verlauf beeinflussenden Faktoren wurden nach folgenden Fragestellungen untersucht:

- **Welche Erkrankungen weisen ein erhöhtes bzw. erniedrigtes Rezidivrisiko auf?**
- **Gibt es weitere Faktoren, die das Auftreten von Rezidiven beeinflussen?**

Als Verlaufsparemeter diene das Vorkommen und die Häufigkeit von ambulanten und stationären Rezidiven im Katamnesezeitraum (1-15 Jahre).