

von Ballestrem C-L, Strauss M, Häfner S, Kächele H (2004): Screening und Versorgungsmodalitäten von Müttern mit postpartaler Depression. In: *Wollmann-Wohlleben V, Knieling J, Nagel-Brotzler A, Neises M (Hrsg): Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 2003 der DGPF. Psychosozial-Verlag, Gießen, S 303-306*

Screening und Versorgungsmodalitäten von Müttern mit postpartaler Depression

C.L. v. Ballestrem, M. Strauß, S. Häfner, H. Kächele
*Forschungsstelle für Psychotherapie, Christian-Belser-Straße 79a,
70597 Stuttgart (Leiter: Prof. Dr. H. Kächele)*
und
*Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin
(Ärztl. Direktor: Prof. Dr. H. Kächele) , Universität Ulm, Am Hochsträß 8,
89081 Ulm*

Kurztitel

Postpartale Depression, Screening, Versorgungsmodalitäten

Summary

Screening and utilization of treatment in mothers with postnatal depression

Objectives: The prevalence of postnatal depression during the first three months after delivery and utilization of treatment in mothers with postnatal depression.

Methods: Using a longitudinal screening-model, 772 mothers were screened for postnatal depression after delivery. This model contains the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the Hamilton Depression Scale (HAMD). The first screening was 6 - 8 weeks after delivery with the EPDS. Mothers with high scores in first screening had a second screening 9 - 12 weeks after delivery with the EPDS. Time between first and second screening was at least three weeks. Mothers with high scores in both screenings were investigated with the Hamilton Depression Scale (HAMD). Classification was performed with the DSM-IV. Treatment was offered to mothers with postnatal depression.

Results: After observation until the 3rd month after delivery 3.6 % (N = 28) of the 772 mothers were diagnosed with postnatal depression. Different methods of therapy were offered to those mothers. 18 % (N = 5) of them accepted one or more of these methods of treatment. The rest of the mothers with postnatal depression refused – mostly for factual or practical reasons. 13.4 % (N = 104) of all mothers showed high scores in the first screening (EPDS 1) but not in the second (EPDS 2).

Conclusion: Observation until the third month after delivery shows that prevalence of postnatal depression in the area of Stuttgart (Germany) is lower than in many anglo-american studies. Often mothers with postnatal depression refused offers of treatment. This observation was also done in other studies with postnatal depressive mothers or depressions at all. Many mothers have depressive episodes after delivery, that do not fulfill criteria of the DSM-IV. For those mothers a follow-up observation is currently being performed to distinguish between a depressive episode and a depression with oscillating symptoms.

Keywords

Postnatal Depression, Screening, Utilization of treatment

Zusammenfassung

Fragestellung: Wie häufig kommen postpartale Depressionen in den ersten drei Monaten nach der Geburt vor und wie gehen betroffene Mütter mit therapeutischen Hilfsangeboten um?

Methode: Mit einem longitudinalen Screening-Modell wurden 772 Mütter nach der Geburt auf postpartale Depressionen untersucht. Dieses Modell enthält die Edinburgh Postnatale Depressions Skala (EPDS) und die Hamilton Depressions Skala (HAMD). Das erste Screening fand 6 - 8 Wochen postpartum mit der EPDS statt. Mütter mit auffälligen Werten wurden 9 - 12 Wochen postpartum nochmal mit der EPDS untersucht. Der Mindestabstand zwischen dem ersten und dem zweiten Screening betrug 3 Wochen. Mütter, die zu beiden Screening-Zeitpunkten auffällige Werte zeigten, wurden mit der Hamilton Depressions Skala (HAMD) interviewt. Es erfolgte eine Klassifizierung nach dem DSM-IV. Klinisch betroffenen Müttern wurde therapeutische Hilfe angeboten.

Ergebnisse: 3,6 % (N = 28) der 772 Mütter zeigten nach Beobachtung bis zum dritten Monat nach der Geburt eine postpartale Depression. Diesen Müttern wurden therapeutische Möglichkeiten angeboten. 18 % (N = 5) nahmen eines oder mehrere dieser Angebote an. Die restlichen betroffenen Mütter lehnten alle Möglichkeiten ab - meist aus sachlichen oder organisatorischen Gründen. 13,4 % (N = 104) aller Mütter zeigten bei der ersten Screening-Untersuchung (EPDS 1) einen auffälligen und beim zweiten Screening (EPDS 2) einen unauffälligen Wert.

Diskussion: Nach Untersuchungen bis zum 3. Monat nach der Geburt liegt die Prävalenz postpartaler Depressionen im Raum Stuttgart niedriger als in vielen anglo-amerikanischen Studien errechnet wurde. Betroffene Mütter sind oft nicht an therapeutischen Hilfen interessiert. Diese Beobachtung entspricht anderen Untersuchungen an postpartal depressiven Müttern oder bei Depressionen allgemein. Viele Mütter erleben nach der Geburt depressive Verstimmungen, die nach den Kriterien des DSM-IV zunächst nicht als Depression bezeichnet werden können. Ob sich bei diesen Müttern zu einem späteren Zeitpunkt eine depressive Erkrankung entwickelt, wird durch eine Follow-up-Beobachtung untersucht.

Einleitung und Fragestellung

Postpartale Depressionen sind zu unterscheiden von den sogenannten „Heultagen“, die im englischen Sprachraum als Baby Blues bezeichnet werden. Die Hauptsymptome eines Baby Blues sind Traurigkeit und Affektlabilität. Bis zu 50 % aller Wöchnerinnen erleben nach der Geburt solche Phasen (*Lanczik u. Brockington, 1999*). Die Symptome tauchen meist zwischen dem 2. und dem 5. postpartalen Tag auf und verschwinden in den ersten 10 Tagen nach der Geburt wieder. Persistieren die Symptome oder tauchen nach den ersten 10 Tagen postpartum depressive Symptome auf, können diese über wenige Wochen oder auch Monate, wenn nicht sogar Jahre dauern. Für die Diagnose einer postpartalen Depression sollte der Beginn der depressiven Symptomatik innerhalb der ersten 2 Monate nach einer Geburt nachgewiesen werden.

Postpartale Depressionen kommen nach Angaben in der – meist anglo-amerikanischen - Literatur bei etwa 10 % aller gebärenden Mütter vor (*Cooper u. Murray, 1998*). Manche Autoren gehen von höheren Prävalenzraten aus. Harris fand Ende des zweiten Monats postpartum bei 15 % der Mütter depressive Zustände (*Harris et al., 1989*). *Reighard u. Evans (1995)* fanden bei 19,9 % der untersuchten Mütter postpartale Depressionen am Ende des zweiten Monats nach der Geburt. Andere Untersuchungen kamen zu niedrigeren Häufigkeiten. So berichteten zum Beispiel *Lee et al. (1998)* bei einer Untersuchung in Hong Kong, daß 5,5 % aller Frauen eine postpartale Depression erleben. *Riecher-Rössler (1997)* geht in einer Literaturübersicht davon aus, daß 10 – 15 % aller entbindenden Mütter in den ersten Monaten nach der Geburt an einer Depression leiden oder eine solche entwickeln.

Zum Screening von postpartal depressiven Müttern wird meist die Edinburgh Postnatale Depressions Skala (EPDS) verwendet. Dieser Fragebogen umfaßt 10 Items, die von der Mutter selbst auszufüllen sind. Er wurde 1987 von *Cox et al. (1987)* zum erstenmal vorgestellt. Die Sensitivität des Original-Fragebogens betrug 86 %, die Spezifität 78 %. *Harris et al. (1989)* konnten nachweisen, daß die Edinburgh Postnatale Depressions Skala beim Screening von postpartalen Depressionen eine wesentlich höhere Sensitivität und Spezifität zeigt als das Beck Depressions Inventar (BDI). In einigen Ländern der Welt existieren Übersetzungen, die sich ebenfalls als genügend valide erwiesen haben (*Bergant et al., 1998; Carpinello et al., 1997*). *Bergant et al. (1998)* verwendeten für die Validierung der deutschen Übersetzung die Forschungskriterien des ICD-10 für eine depressive Erkrankung (*Dilling et al., 1994*).

Postpartale Depressionen unterscheiden sich hinsichtlich der Symptomatik nicht von Depressionen, die zu anderen Lebenszeitpunkten auftauchen. Der Zusatz „postpartal“ ist sowohl im amerikanischen DSM-IV (postpartaler Beginn) (Saß *et al.*, 1996) als auch im deutschsprachigen ICD-10 (F53.0, F53.1) (Dilling *et al.*, 1994) als gängiger Subtyp von Depressionen erwähnt.

Die Fragestellung der Untersuchung war: Wie häufig kommen postpartale Depressionen in den ersten drei Monaten nach der Geburt in Deutschland vor und wie gehen betroffene Mütter mit therapeutischen Hilfsangeboten um?

Methodik und untersuchte Frauen

Von August 1998 bis Februar 2000 wurden konsekutiv deutschsprachige Mütter im Raum Stuttgart nach der Entbindung in einer innerstädtischen Frauenklinik oder durch niedergelassene Hebammen auf postpartale Symptome untersucht. Das erste Screening wurde mit der Edinburgh Postnatalen Depressions Skala (EPDS) im 2. Monat nach der Geburt durchgeführt. Bei auffälligem Wert (> 9,5 Punkte) wurde im 3. Monat postpartum ein erneutes Screening mit der EPDS durchgeführt. Bei wiederum auffälligem Wert wurde ein diagnostisches Interview an der Forschungsstelle für Psychotherapie oder im Hause der betroffenen Mutter durchgeführt und die Hamilton Depressions Skala (HAMD) (CIPS, 1986) erhoben. Dadurch war eine Einklassifizierung nach den Kriterien des DSM-IV möglich. Die Abbildungen 1 und 2 zeigen den genauen Ablauf. Die betroffenen Mütter wurden dann über mögliche therapeutische Hilfen informiert. Die verschiedenen therapeutischen Hilfsmöglichkeiten bestanden aus einer Selbsthilfegruppe, ambulanter Psychotherapie, ambulanter Psychiatrie und stationärer Behandlung. Die Reaktion der betroffenen Mutter und der Hauptgrund im Falle einer Ablehnung wurden festgehalten.

Ergebnisse

Für die Erhebung wurden 1102 Mütter angesprochen. 772 Mütter entschlossen sich teilzunehmen. Dies entspricht einer Teilnahmequote von 70%. Die soziodemographischen Daten der untersuchten 772 Mütter zeigt Tabelle 1. Es zeigten 17% (N = 132) von diesen Müttern beim ersten Screening 6 - 8 Wochen postpartum depressive Symptome. Bei 3,6% (N = 28) bestanden diese Symptome über den 3. Monat postpartum hinaus. Bei all diesen Müttern konnte eine depressive Erkrankung nach den Kriterien des DSM-IV festgestellt werden (siehe Abbildung 3). Diesen

Müttern wurde therapeutische Hilfe angeboten. Die Mütter konnten auch mehrere Möglichkeiten in Anspruch nehmen, wenn sie wollten. 5 der 28 Mütter (18%) nahmen Versorgungsangebote an. Die restlichen 23 Mütter lehnten ab. 39% dieser Mütter gaben sachliche Gründe für die Ablehnung an (Beispiel: „Ich halte nichts von Psychotherapie oder Psychiatrie.“). 26% hatten organisatorische Gründe für die Nichtannahme (Beispiel: „Ich habe keine Zeit für sowas.“). Die restlichen 35% lehnten ohne genaue Angabe von Gründen therapeutische Möglichkeiten ab.

13,4 % (N = 104) der Mütter zeigten bei der ersten Screening-Untersuchung (EPDS 1) einen auffälligen und beim zweiten Screening (EPDS 2) einen unauffälligen Wert. Bei diesen Müttern konnte somit zunächst eine depressive Verstimmung festgestellt werden, die nicht den Kriterien für eine depressive Erkrankung nach dem DSM-IV entspricht.

Diskussion

Häufigkeit von Depressionen

Depressionen sind nach Angaben der WHO mit eine der wichtigsten Erkrankungen in den entwickelten Ländern. Das „Kompetenznetz Depressionen“ geht davon aus, dass in Deutschland circa 5 % (d.h. 4 Millionen der Bevölkerung) an einer behandlungsbedürftigen Depression leiden (Hegerl, 2002). Werden für die Berechnung der Häufigkeit Selbsteinschätzungsskalen verwendet, liegen die Angaben insgesamt zwischen 11 % und 26 % (Eaton u. Kessler, 1981). Bei Anwendung klinischer Interviews liegt die Häufigkeit deutlich niedriger und bewegt sich zwischen 2 % und 13 % (Hautzinger u. Bailer, 1993). Dabei liegen die Angaben für Frauen etwa doppelt so hoch wie diejenigen für Männer. Wittchen und v. Zerssen geben für Männer eine 6-Monats-Prävalenz von 3 % an, für Frauen von 4,5 % bis 9,3 % (Wittchen u. v. Zerssen, 1988).

Häufigkeit von postpartalen Depressionen

Bei vielen Untersuchungen zur Häufigkeit von postpartalen Depressionen wird das Screening auf einen Zeitpunkt beschränkt. Dieser Zeitpunkt liegt bei den meisten Arbeitsgruppen am Ende des zweiten Monats nach der Geburt. In der hier vorliegenden Untersuchung wird im Verlauf des dritten Monats postpartum ein zweites Screening durchgeführt. Dieses Procedere wird von Cox et al. (1987) empfohlen. In unserem Untersuchungskollektiv zeigte sich, daß der Großteil der Mütter mit auffälligen Werten zum Zeitpunkt 1 (EPDS 1) im Verlauf des dritten postpartalen Monats (EPDS 2) wieder Normalwerte zeigt. Auch diese Beobachtung

ist von *Cox et al.* (1987) beschrieben worden. Unserer Ansicht nach ist dieses zweite Screening wichtig, um Mütter mit depressiven Verstimmungen von Müttern mit postpartalen Depressionen zu unterscheiden (*Ballestrem et al.*, 2001).

Eine depressive Verstimmung könnte auch ein Hinweis auf einen oszillierenden Symptomverlauf sein. Dies wird momentan durch eine Follow-up-Beobachtung bei Müttern mit auffälligem EPDS 1 und unauffälligem EPDS 2 geklärt.

Die Prävalenz von postpartalen Depressionen nach den Kriterien des DSM-IV betrug nach Beobachtung bis zu 3 Monaten nach der Geburt 3,6%. Dies könnte darauf hindeuten, dass postpartale Depressionen in Deutschland seltener vorkommen als in anglo-amerikanischen Ländern, wo die Prävalenzangaben meist bei etwa 10 % (*Cooper u. Murray*, 1998) oder höher (*Kumar u. Robson*, 1984) liegen. Die jüngsten Angaben aus Bayern errechneten eine Prävalenz von 3,3 % nach DSM-IV-Kriterien (*Kurstjens u. Wolke*, 2001). Diese errechnete Häufigkeit liegt unter der unserer Studie vor allem auch deswegen, da hier alle Depressionen im ersten Jahr nach der Geburt einbezogen wurden. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass die Diagnose erst 7 Jahre nach der Geburt retrospektiv gestellt wurde.

Inanspruchnahme von therapeutischen Angeboten

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Möglichkeiten bei psychischen Erkrankungen ist in verschiedenen versorgungsepidemiologischen Untersuchungen überprüft worden. Im Mannheimer Kohortenprojekt zu Häufigkeit und Verlauf psychogener Erkrankungen wurde durch eine Untersuchung in der Allgemeinbevölkerung festgestellt, dass von den als behandlungsbedürftig eingestuften Personen sich 3% auf Eigeninitiative zu psychotherapeutischen Maßnahmen entschlossen. Nach motivierenden Gesprächen lag die Quote bei 33% (*Franz et al.*, 1990; *Franz*, 1997). In der oberbayerischen Feldstudie wurde unter anderem die Inanspruchnahme von psychiatrischer Therapie von Personen mit einer depressiven Störung untersucht (*Meller et al.*, 1989). Dabei stellte sich heraus, dass nur 23,9 % der Betroffenen psychiatrische Behandlung beanspruchten.

Möglicherweise ist die Akzeptanz therapeutischer Hilfe bei Müttern mit postpartaler Depression auf Grund ihrer speziellen Situation nach der Geburt noch geringer. In einer amerikanischen Untersuchung nahmen 21,4 % der Mütter, die eine postpartale Depression hatten, Therapie in Anspruch (*Campbell u. Cohn*, 1997). Dies entspricht in etwa den 18 % Müttern in unserem Kollektiv, die therapeutische Möglichkeiten nutzten.

Das Projekt wird von der Dr. Nelly-Hahne-Stiftung und der Stiftung für Bildung und Behindertenförderung unterstützt.

Literatur

- Ballestrem C.L.v., Strauß M., Häfner S., Kächele H. (2001):*
Ein Modell für das Screening von Müttern mit postpartaler Depression.
Nervenheilkunde 6 (20), 352 –355
- Bergant A.M., Nguyen T., Heim K., Ulmer H., Dapunt O. (1998):*
Deutschsprachige Fassung und Validierung der „Edinburgh Postnatal Depression Scale“
Deutsche Medizinische Wochenschrift 123, 35 - 40
- Campbell S.B., Cohn J.F. (1997):*
The timing and chronicity of postpartum depression: implications for infant development.
In: Murray L., Cooper P.J. (Hrsg.): Postpartum Depression and Child Development. Guilford Press
- Carpiniello B., Pariante C.M., Serri F., Costa G., Carta M.G. (1997):*
Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Italy.
Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology 18, 280 – 285
- Collegium Internationale Psychiatriae Sclerum (1986):*
Internationale Skalen für Psychiatrie
Beltz Test, Weinheim
- Cooper P.J., Murray L. (1998):*
Postnatal Depression. Clinical review.
British Medical Journal 316, 1884 - 1886
- Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. (1987):*
Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale.
British Journal of Psychiatry 150, 782 - 786
- Dilling H., Mombour W., Schmidt M.H., Schulte-Markwort E. (1994):*
Internationale Klassifikation Psychischer Störungen ICD - 10, Forschungskriterien.
Verlag Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle

- Eaton W.W., Kessler L.G. (1981):*
 Rates of depression in a national sample.
 American Journal of Epidemiology 114, 528 – 538
- Franz M., Schiessl N., Manz R., Fellhauer R., Schepank H., Tress W. (1990):*
 Zur Problematik der Psychotherapiemotivation und der
 Psychotherapieakzeptanz.
 Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 40,
 369 – 374
- Franz M. (1997):*
 Der Weg in die psychotherapeutische Beziehung.
 Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- Harris B., Huckle P., Thomas R., Johns S., Fung H. (1989):*
 The use of rating scales to identify postnatal depression.
 British Journal of Psychiatry 154, 813 - 817
- Hautzinger M., Bailer M. (1993):*
 Allgemeine Depressions Skala.
 Beltz Test, Weinheim
- Hegerl U. (2002):*
 Kompetenznetz Depression, Suizidalität
 Presseinformation
 Available <http://www.kompetenznetz-depression.de>
- Kumar R., Robson K.M. (1984):*
 A prospective study of emotional disorders in childbearing women.
 British Journal Psychiatry 144, 35 – 47
- Kurstjens S., Wolke D. (2001):*
 Postnatale und später auftretende Depressionen bei Müttern: Prävalenz
 und Zusammenhänge mit obstetrischen, soziodemographischen sowie
 psychosozialen Faktoren.
 Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 30 (1), 33 – 41
- Lanczik M., Brockington I.F. (1999):*

Das postpartale dysphorische Syndrom.
Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie 67, 60 - 67

*Lee D.T., Yip S.K., Chiu H.F., Leung T.Y., Chan K.P., Chau I.O.,
Leung H.C., Chung T.K. (1998):*
Detection of postnatal depression in Chinese women. Validation of the
Chinese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale.
British Journal of Psychiatry 172, 433 - 437

Meller I., Fichter M., Weyerer S., Witzke W. (1989):
The use of psychiatric facilities by depressives: results of the Upper
Bavarian Study.
Acta Psychiatr Scand 79 (1), 27 – 31

Reighard F.T., Evans M.L. (1995):
Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in a southern, rural
population in the United States.
Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry 19 (7), 1219 - 1224

Riechler-Rössler A. (1997):
Psychische Störungen und Erkrankungen nach der Entbindung.
Fortschritte in Neurologie und Psychiatrie 65, 97 – 107

Saß H., Wittchen H.U., Zaudig M. (1996):
Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen.
Hogrefe, Göttingen

Wittchen H.U., v. Zerssen D. (1988):
Verläufe unbehandelter und behandelter Depressionen und
Angsterkrankungen.
Springer-Verlag, Berlin – Heidelberg – New York – London – Paris –
Tokyo

Anschr. d. Verf.: Dr. med. C.L. v. Ballestrem
Forschungsstelle für Psychotherapie
Christian-Belser-Straße 79a
D - 70597 Stuttgart
Tel: +49/711/6781400
Fax: +49/711/6876902

Email: ballestr@psyres-stuttgart.de

Tabelle 1:

Soziodemographische Daten der untersuchten Mütter (N = 772)

Gesamtzahl der untersuchten Mütter	772
Nationalität	Deutsch: 84,2 % Ausländer: 15,8 %
Erstgravidae	47,7 %
Durchschnittsalter (Mittelwert)	31,3 Jahre (Minimum 17, Maximum 45)
Entbindungen im Krankenhaus	96 %
Entbindungen zuhause	4 %
Spontangeburt	64 %
Entbindung durch Saugglocke/Forceps	7 %
Kaiserschnittentbindungen	29 %
Verheiratet	83 %
Nicht verheiratet - in eheähnlicher Partnerschaft	11,8%
Alleinstehend	5,2 %
Geschlecht Neugeborene	Männlich: 49,2% Weiblich: 50,8%