

Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie, und -psychosomatik

Prof. Dr. M. Schulte-Markwort

Postpartale posttraumatische und depressive Belastungen bei Müttern und Vätern in den ersten sechs Monaten nach Reifgeburt ihres Kindes. Eine Untersuchung in zwei Hamburger Geburtszentren.

Dissertation

Zur Erlangung eines Grades des Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von:

Swantje Diercks-Kroschke
aus Lübeck-Travemünde

Hamburg 2011

Meinen Großmüttern

Angenommen von der Medizinischen Fakultät am: 17.10.2011

**Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität
Hamburg**

Prüfungsausschuss, der Vorsitzende: Prof. Dr. M. Schulte-Markwort

Prüfungsausschuss, 2. Gutachter: Prof. Dr. K. Hecher

Prüfungsausschuss, 3. Gutachter: Prof. Dr. F. Riedel

Inhalt

I	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis.....	7
II	Abkürzungsverzeichnis.....	8
1	Einleitung und Problemstellung.....	9
1.1	Literaturrecherche.....	12
1.2	Theoretischer Überblick.....	13
1.2.1	Definition des Traumas und der posttraumatischen Belastungsstörung.....	14
1.2.2	Postpartale posttraumatische Belastungsstörung.....	18
1.2.3	Definition der Depression.....	19
1.2.4	Postpartale Depression.....	20
1.2.5	Weitere psychische Störungen der Postpartalzeit.....	21
1.3	Empirischer Überblick.....	23
1.3.1	Postpartale posttraumatische Belastungsstörung.....	23
1.3.2	Paternale postpartale posttraumatische Belastungsstörung.....	28
1.3.3	Postpartale Depression.....	28
1.3.4	Paternale postpartale Depression.....	30
1.3.5	Einflussfaktoren für die Entwicklung postpartaler psychischer Störungen.....	32
1.4	Zusammenfassung der Einleitung.....	38
1.5	Fragestellungen und Hypothesen.....	40
1.6	Zielsetzung der Arbeit.....	41
2	Methoden.....	42
2.1	Studiendesign.....	42
2.2	Stichprobe.....	43
2.3	Untersuchte Merkmalsbereiche.....	45
2.4	Messinstrumente.....	45

2.4.1	Standardisierte Erhebungsbögen.....	46
2.4.2	Weitere Fragebögen	48
2.5	Beschreibung der statistischen Methoden.....	49
3	Ergebnisse	50
3.1	Soziodemografische Daten	50
3.2	Schwangerschaft- und Geburtserleben	52
3.2.1	Komplikationen	53
3.3	Angaben der Eltern zur Postpartalzeit.....	54
3.4	Posttraumatische Belastungsstörung	56
3.4.1	IES-R Auswertung bezüglich der Häufigkeit von PTBS in der Stichprobe	56
3.4.2	Mittelwertverlauf der IES-R – Subskalenwerte.....	57
3.4.3	Gruppenvergleiche der Schwangerschafts- und Geburtsdaten mit den IES-Summenscores zu T1.....	58
3.4.4	IES-R Gesamtscores in Beziehung zu den Merkmalen Bildung und erlebte Unterstützung durch die Partner und Klinikpersonal, T1	60
3.5	Postpartale Depression	61
3.5.1	EPDS Auswertung bezüglich der Häufigkeit von postpartaler Depression in der Stichprobe	61
3.5.2	EPDS Kennwerte der Mittelwertvergleiche an beiden Messzeitpunkten.....	61
3.5.3	Gruppenvergleiche der Schwangerschafts- und Geburtsdaten mit EPDS Summenscores zu T1	62
3.5.4	EPDS-Scores in Beziehung zu den Merkmalen Bildung und Unterstützung durch das Umfeld zu T1	63
4	Diskussion	64
4.1	Methodenkritik	64
4.2	Schwangerschaft- und Geburtserleben und Postpartalzeit.....	66
4.2.1	PTBS nach der Geburt zu T1 und T2.....	67

4.2.2	Abnahme der posttraumatischen Stresssymptomatik von T1 zu T2 .	68
4.2.3	Ausprägung des Stresserlebens bei Vorliegen oder Nicht-Vorliegen von dichotomen Merkmalen	69
4.2.4	Ausprägung des Stresserlebens bei rangkorrelierten Merkmalen.....	70
4.2.5	Postpartale Depression zu T1 und T2.....	71
4.2.6	Ausprägung der depressiven Symptomatik bei Vorliegen oder Nicht-Vorliegen der gewählten dichotomen und rangkorrelierten Merkmale.....	72
5	Zusammenfassung	73
6	Literaturverzeichnis	75
7	Anhang	89
8	Danksagung	95
9	Erklärung	98

I Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle		Seite
01	Stichprobe	44
02	Soziodemografische Daten	51
03	Geburtsverläufe	53
04	Angaben zur Unterstützung durch das Umfeld	55
05	Mittelwertvergleich IES-R-Subskalen, Mütter	57
06	Mittelwertvergleich IES-R-Subskalen, Väter	57
07	Vergleich dichotomer Merkmale mit IES-R Summenscore, T1, Mütter	59
08	Vergleich dichotomer Merkmale mit IES-R Summenscore, T1, Väter	59
09	Vergleich rangkorrelierter Merkmale mit IES-R Summenscore, T1,	60
10	EPDS Summenscore Vergleiche, beide Elternteile, T1 und T2	61
11	Vergleich dichotomer Merkmale mit EPDS Score, T1, Mütter	62
12	Vergleich dichotomer Merkmale mit EPDS Score, T1, Väter	62
13	Vergleich rangkorrelierter Merkmale mit EPDS Score, T1	63
Abbildung		
01	Diagnostischer Wert x der IES-R-Gesamtskalen	56

II Abkürzungsverzeichnis

DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
ICD	International Classification of Diseases
IES-R	Impact of Event Scale- Revised
PPD	Postpartale Depression
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung

1 Einleitung und Problemstellung

Die Geburt eines Kindes führt zu einschneidenden Veränderungen im Leben aller Eltern; körperlich für die Frau, psychologisch und sozial ebenso für den Mann. Diese Veränderungen können sowohl zum persönlichen Wachstum beitragen als auch eine psychische Krise oder sogar Störung auslösen oder die Neigung, an einer solchen zu erkranken, verstärken. Soziologische und kulturelle Faktoren beeinflussen die Einstellung der Eltern zu Schwangerschaft, Entbindung und Mutterschaft. Der heutige Wunsch werdender Eltern nach einer „natürlichen“ Geburt und einem „ungestörten“ Geburtserleben, verbunden mit dem Anspruch auf maximale Sicherheit für Mutter und Kind, bringt ein besonderes Spannungsfeld mit sich (Kentenich et al. 1999). Durch eine große Informationsdichte zum Thema Schwangerschaft und Geburt in der Literatur, den Medien und Vorbereitungskursen kommen die Eltern häufig mit konkreten Vorstellungen bezüglich Geburtsposition, Schmerzmittelgebrauch, Anwesenheit des Partners, Dammschnitt u.a. in die Klinik. Es kann ein Gefühl der Planbarkeit entstehen, auf das die Eltern mit Versagens- und/oder Schuldgefühlen reagieren können, wenn die Entbindung einen anderen Verlauf nimmt als vorgestellt (Pantlen und Rhode 2001).

Die Manifestation der postpartalen psychischen Erkrankungen bei Müttern kommt mit einer Prävalenz von 10 bis 15 % häufig vor (Brockington 2004, Confidential Enquiries into Maternal Deaths 2001, Oates et al 2004). Dazu zählt die postpartale Depression (im Folgenden auch PPD abgekürzt), die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Angststörungen und postpartale Psychosen. Im Vergleich zur postpartalen Depression, deren Vorkommen unter den genannten Störungen mit Prävalenzen von 6 bis 22 % am größten ist (Austin und Priest 2004 & 2005, Campbell 1991, O'Hara et al. 1990, Kumar und Robson 1984, Watson et al 1984), sind die posttraumatischen Belastungsstörungen sowie auch die Angststörungen weit weniger untersucht, aber insgesamt auch in den Fokus einiger Studien gerückt (Ayers und Pickering 2001, Creedy, Shochet und Horsfall 2000, Czarnocka und Slade 2000, Wijma, Soderquist und Wijma 1997). Im Rahmen dieser Arbeit wurde der Schwerpunkt auf die PTBS gelegt, um dieses

Forschungsfeld weiter zu vertiefen, Bei der Datenerhebung wurde depressive Symptomatik ebenfalls abgefragt und in die Wertung aufgenommen.

Viele Untersuchungen, die sich explizit mit einer postpartalen psychischen Störung befassten, betrachteten spezifisch die Risikosituationen, die ein für die Allgemeinheit verständliches Abweichen der Norm rund um Schwangerschaft und Geburt aufwiesen, wie zum Beispiel Frühgeburtslichkeit des Neugeborenen (Choi 1983, Gennaro 1988, Miles et al 1992, Singer et al 1996, Sarimski 2000), Fehlgeburten (Engelhard, Van den Hout, Arntz 2001) oder Totgeburten (Turton, Hughes, Evans, Fainman 2001). Es gibt mittlerweile jedoch eine stetig anwachsende Beschäftigung mit postpartalen psychischen Störungen bei Müttern reifgeborener, gesunder Kinder, so dass von Prävalenzen für die PTBS von 1 bis 7 % auszugehen ist (Beck 2006, Ayers & Pickering 2001, Czarnocka & Slade 2000, Reynolds 1997, Wijma, Wijma & Söderquist 1997).

Innerhalb dieser aufgeführten Untersuchungen wiederum liegt der Schwerpunkt meist auf den mütterlichen seelischen Beeinträchtigungen. Die Datenlage zu den betroffenen Vätern ist nur spärlich und fokussiert dann die postpartale Depression. Es liegen Zahlen für die Prävalenz von 1.2% bis 25 % für paternale postpartale Depression vor (Goodman 2004, Ramchandani 2005 und 2009). In einer aktuellen Untersuchung von Bradley und Slade (2008) zur posttraumatischen Belastungsstörung gab es keine Evidenzen für das Vorliegen einer solchen Störung bei den Vätern. Die Autoren sprechen sich dafür aus, den Begriff der posttraumatischen Störung im Zusammenhang mit dem Geburtserlebnis nicht zu verwenden.

Das Interesse an der Diagnosestellung einer postpartalen psychischen Erkrankung liegt nicht allein darin begründet, den betroffenen Eltern möglichst rasche kompetente Hilfe zukommen zu lassen und so den Leidensdruck zu vermindern oder eine komplette Remission zu erreichen. Vielmehr ist mit dem Wissen, dass elterliche postpartale psychische Störungen nachhaltig die kindliche Entwicklung beeinträchtigen können (Beebe et al 1992, Papousek 2001, Laucht et al 2002, Murray et al 1996, 2003, Austin 2004) eine frühzeitige Intervention beim Erkennen einer solchen Störung geboten. Ermutigende Ergebnisse zu

erfolgreichen Interventionsmaßnahmen gibt es bereits für den Bereich der interaktionszentrierten Mutter-Kind-Therapien (Wortmann-Fleischer, Downing, Hornstein 2006). Jardri und Maron (2008) sprechen sich in ihrer Arbeit deutlich für eine Verbesserung des Screenings nach PPD aus. Es gibt Untersuchungen, die belegen, dass die Diagnosestellung der PPD weitaus häufiger erfolgt, wenn routinemäßig ein Screening-Instrument angesetzt wird (Evins et al. 2000). Fachfremdes, also nicht psychiatrisch ausgebildetes medizinisches Personal sollte verstärkt fortgebildet werden bezüglich der Fragen, warum, wann, wo und wie ein sachgerechtes Screening umgesetzt werden kann. Für das Störungsbild der PTBS nach der Geburt gibt es bis heute keine Untersuchungsergebnisse zu einem routinemäßig durchgeführten Screening (Ayers 2008).

Die Betrachtung des familiären Umfeldes von Neugeborenen gewann in der Vergangenheit insofern an Bedeutung, als sich immer deutlicher die psychische Gesundheit der Eltern als zwingende Notwendigkeit für eine gesunde Entwicklung von sozialen, kognitiven und emotionalen Fertigkeiten der Kinder herausstellte. Psychiatrische Symptome nach einer Geburt wurden, seit ihrer Kenntnisnahme, traditionell in drei Gruppen eingeordnet: den sogenannten „Baby Blues“, postpartale Depression und postpartale Psychose. Erst in der kürzeren Vergangenheit wurde ein Augenmerk auf die posttraumatische Belastungsstörung nach einer Geburt gelenkt. Die „normale“ und termingerechte Geburt als ein möglicherweise traumatisches Ereignis für die Eltern zu betrachten ist relativ neuartig. Zwar wurden einzelne Fallbeispiele bereits Ende der 1970er beschrieben, aber insgesamt wird die elterliche Anpassung an die Postpartalzeit und Elternschaft als „natürlicher“, weitgehend störungsfreier Prozess betrachtet und in der Regel als Zeit der positiven Emotionen bewertet.

In einem Gemeinschaftsprojekt der Klinik- und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychosomatik des Universitätsklinikums Eppendorf unter der Leitung von Dr. C. Bindt und des Perinatalzentrums des Altonaer Kinderkrankenhauses unter der Leitung von Dr. A. v. Wense entstand diese Untersuchung zum Verlauf postpartaler psychischer Belastungen und Störungen von Eltern. Es wurden im Jahr 2006 Daten von Eltern und Kindern nach termingerechter Geburt mit der Frage nach der Prävalenz postpartaler psychischer Störungen wie der

postpartalen posttraumatischen Belastungsstörung und der postpartalen Depression erhoben und im Rahmen dieser Dissertation ausgewertet.

1.1 Literaturrecherche

Es wurde in den Datenbanken Medline (1) und Psynex (2) nach Beiträgen in englischer oder deutscher Sprache gesucht. Für posttraumatische Belastungsstörungen wurden die Erscheinungsjahrgänge 1950-2010 berücksichtigt, für postpartale Depression die 2007 bis 2010. In der Suche wurden die Schlüsselwörter „Postpartum Depression“ „Stress-Disorders-Post-Traumatic“, „Birth“, „Term-Birth“, „Parturition“, „Childbirth-related“ allein oder kombiniert verwendet. Während die Anzahl der Beiträge über posttraumatische Belastungsstörungen bei weit über 10 000 liegt, finden sich bei der kombinierten Suche nach „Childbirth-related“ und „Posttraumatic Stress Disorders“ um die 50 relevante Artikel. Es wurden die Arbeiten herausgesucht, die als Referenzen in den angezeigten Quellen jüngeren Datums genannt wurden (1995). Für die postpartale Depression lagen seit 2007 etwa 2700 Arbeiten vor. Weiterhin wurden Lehrbücher, Monografien und Dissertationen zur Informationssammlung hinzugezogen.

1.2 Theoretischer Überblick

Zwei Klassifikationssysteme für psychiatrische Erkrankungen sind in Deutschland gegenwärtig gebräuchlich:

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) ist herausgegeben von der American Psychiatric Association (APA, 2000) und klassifiziert psychiatrische Störungen.

2. International Classification of Diseases (ICD-10) wird von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben (World Health Organisation, WHO 1992) und erfasst alle Erkrankungen.

Die Systeme sind prinzipiell unterschiedlich konzipiert, weisen aber einige Gemeinsamkeiten auf. Beide Klassifikationssysteme sind empirisch und deskriptiv orientiert. Sie besitzen einen übersichtlichen Aufbau, ein Kodierungssystem und sie erheben differenziert ausgearbeitete Kriterien. Weiterhin arbeiten diese Systeme mit dem Komorbiditätsprinzip, d.h. multiple Diagnosen sind möglich. Störungskategorien sind erweiterbar und es wird der Begriff „Störung“ statt „Krankheit“ verwendet. Das DSM-IV gleicht einem psychopathologischen Lehrbuch und findet häufiger seinen Einsatz im angloamerikanischen Sprachraum und insofern auch im Forschungskontext. Die Kriterien sind darin genauer definiert als in der ICD-10. Psychosoziale Bedingungen werden darin grundsätzlich und weitreichender berücksichtigt. Die aktuelle Version DSM-IV-TR (Text Revision) existiert seit 2000 und beinhaltet 297 Kategorien. Die ICD-10 bleibt allgemeiner und weniger ausführlich, der Aufbau ist kategorial. Sie wird maßgeblich in Deutschland und dem europäischen Sprachraum verwendet.

1.2.1 Definition des Traumas und der posttraumatischen Belastungsstörung

Ein Trauma ist ein Erlebnis, das ein Individuum nicht adäquat verarbeiten kann. Nach Fischer und Riedesser (1998) handelt es sich bei einem Trauma um ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht, und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“.

Als Posttraumatische Belastungsstörung (im weiteren Verlauf als PTBS abgekürzt) werden unterschiedliche psychische und psychosomatische Symptome zusammengefasst, die als Langzeitfolgen eines Traumas oder mehrerer Traumata auftreten können. Früher wurde der Akzent auf die Schwere des Ereignisses gelegt, in der heutigen Zeit geht man davon aus, dass das Erleben und die Bewältigungsmöglichkeiten entscheidender für den Verlauf sind.

Die ICD-10 und auch das DSM-IV-TR gliedert die PTBS in fünf Hauptkriterien:

- Erlebnis eines Traumas (A),
- Intrusionen (B),
- Vermeidungsverhalten und emotionale Betäubung (C),
- anhaltende vegetative Übererregung (D),
- Symptombdauer und Zeitpunkt des Auftretens (E).

Im DSM-IV-TR wird noch das Kriterium (F) genannt, das beinhaltet, dass die Störung ein in klinischer Weise bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursacht.

Im DSM-IV-TR werden traumatische Erfahrungen (Kriterium A) in direkt erlebte und beobachtete Ereignisse unterteilt. Zu den direkt erlebten gehören:

kriegerische Auseinandersetzungen, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführungen, Geiselnahmen, Folterungen, Gefangenschaft (Konzentrationslager), Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, schwere Autounfälle und Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit. Beobachtete Ereignisse umfassen gewalttätige Angriffe, Unfälle oder schwere Verletzungen, die einem Familienmitglied oder einer nahestehenden Person zugestoßen sind, plötzlicher unerwarteter Tod eines Familienmitglieds oder zu erfahren, dass das eigene Kind an einer lebensbedrohlichen Erkrankung leidet. Allen gemein ist, dass es sich um belastende Situationen handelt, die üblicherweise mit Gefühlen von intensiver Angst, Schrecken und Hilflosigkeit erlebt werden, wobei die Gewichtung auf dem Gefühl der Hilflosigkeit liegt. Ob sich nach einem solchen Ereignis eine PTBS entwickelt, hängt von der Schwere der Belastung, der biographischen Erfahrung und der Persönlichkeit des Betroffenen ab. Neben objektiven Gründen scheinen aber subjektive Einflüsse die entscheidende Rolle für ein traumatisches Erleben zu spielen.

Das Spektrum hinsichtlich der Klassifikation von Traumatisierungen ist breit. Es lassen sich frühe Traumatisierungen während Kindheit und Jugend von späteren Traumatisierungen nach Abschluss der Persönlichkeitsentwicklung unterscheiden. Während direkte Traumatisierungen das Opfer selbst betreffen, bezieht sich der Begriff indirekte Traumatisierung auf die Beteiligung anderer Personen (z.B. Helfer, Zeugen etc.). Komplexe, intentionale Traumata sind von nonintentionalen, singulären Traumata abzugrenzen. Weiterhin wird auch zwischen familiären und außerfamiliären Traumatisierungen unterschieden. Eine häufig verwendete Einteilung ist die nach Typ-I-Traumata und Typ-II-Traumata, wobei sich erstere auf kurz dauernde, heftige und zweite auf komplexe, lang andauernde Traumatisierungen beziehen.

Die vielgestaltigen Symptome der PTBS können in drei Gruppen eingeordnet werden, die nachfolgend erläutert werden.

Intrusionen (Kriterium B): Hypermnestische, sich aufdrängende Erinnerungen von Traumaanteilen, vor allem in Form von Flashbacks oder auch Alpträumen. Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiedergekehrt wäre. Dazu

gehören auch Wahnideen, Halluzinationen, dissoziative episodische Rückblenden, intensives psychisches Leiden oder auch körperliche Reaktionen bei Konfrontationen mit Reizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder diesem ähnlich sind.

Vermeidung (Kriterium C): Furcht vor Stichworten, Vermeidung von Aktivitäten, Orten und Situationen die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, selektive Erinnerungslücken, d.h. Unfähigkeit, wichtige Aspekte des Traumas wiederzugeben. Ein vermindertes Interesse oder Teilnahme an wichtigen Aktivitäten, Gefühl der Isolierung oder Entfremdung von anderen zählen ebenso dazu wie ein eingeschränkter Affekt, z.B. die Unfähigkeit, Liebe zu empfinden. Ebenfalls in diese Untergruppe gehört das sogenannte „numbing“, das mit emotionaler Taubheit übersetzt werden kann.

Vegetative Übererregung (Kriterium D): Anhebung des vegetativen Erregungsniveaus mit allen Konsequenzen, wie Einschlaf- und Durchschlafschwierigkeiten, übersteigerte Schreckhaftigkeit, Konzentrationsstörungen, übersteigerte Vigilanz, Reizbarkeit oder intermittierende Aggressionsanfälle. (Anmerkung: im weiteren Verlauf der Arbeit wird der englische Begriff „Hyperarousal“ verwendet werden, da sich dieser im Bereich der Forschung im deutschsprachigen Raum häufig durchgesetzt hat).

Das Störungsbild tritt klassischerweise mit einer Latenz von Tagen bis Monaten nach dem traumatischen Ereignis auf (Kriterium E), muss nach ICD-10 aber innerhalb der ersten sechs Monate erkennbar werden und bleibt für mindestens einen Monat bestehen (DSM-IV). Sehr selten kann sich eine PTBS aber auch erst nach Jahrzehnten als sog. verzögerte PTBS einstellen.

Das DSM-IV fordert noch ein Kriterium F, das heißt, das Leiden muss in klinischer Weise wichtige Funktionsbereiche, z. B. soziale oder berufliche, beeinträchtigen.

Als partielle PTBS wird die Reaktion auf traumatischen Stress bezeichnet, wenn die Symptome aus nur einem oder zwei der oben genannten Kriterien bestehen. Trotzdem können diese Symptome ein sehr beeinträchtigendes Niveau erreichen und lange anhalten. Dieses wurde in Studien an Vietnamveteranen beschrieben

und in der Folge dann für andere traumatisierte Gruppen bestätigt (Weiss et al 1992, Carlier und Gerson 1995, Blanchard, Hickling, Tayler et al. 1995).

Die an einer posttraumatischen Störung erkrankten Personen haben eine hohe Anfälligkeit für eine Vielzahl anderer psychischer Störungen. Häufige Komorbiditäten sind affektive Störungen wie Depressionen und Angststörungen, aber auch Suchtmittelabusus, psychotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen und wurden in Studien mit Prävalenzen von bis zu 80 % angegeben (Brady 1997, Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, Nelson 1995).

Differentialdiagnostisch ist die akute Belastungsreaktion zu nennen, die sich im Wesentlichen durch den unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang unterscheidet. Das bedeutet, bei dieser Störung liegen nur wenige Stunden zwischen dem Ereignis und dem Beginn der Symptome. Als vorübergehende Störung bei einem psychisch sonst stabilen Menschen können nach einer außergewöhnlichen körperlichen und/oder seelischen Belastung, die nach Stunden oder Tagen wieder abklingt, folgende Symptome auftreten: Desorientierung, Betäubung, Überaktivität oder vegetative Erregtheit. Festzuhalten ist hier, dass die akute Belastungsreaktion eine normale und natürliche Reaktion auf abnorme Ereignisse ist. Die akute Belastungsreaktion unterscheidet sich von der PTBS durch den kürzeren Verlauf, ihre Symptome sind innerhalb von einigen Tagen bis spätestens vier Wochen völlig reversibel.

Eine andere Differentialdiagnose ist die Anpassungsstörung. Ihr gehen häufig belastende Ereignisse, Situationen oder Lebenskrisen von nicht außergewöhnlichem Ausmaß voraus. Es gibt eine zeitliche Abhängigkeit des Beginns der Symptome vom Stressor. Innerhalb eines Monats können sich Symptome von affektiven Störungen, Angststörungen, somatoformen Störungen oder dissoziativen Störungen manifestieren, ohne dass die Kriterien der jeweiligen Störungen komplett erfüllt werden. Die Symptome dauern nicht länger als sechs Monate an.

1.2.2 Postpartale posttraumatische Belastungsstörung

Im DSM-III (1980) waren die nachfolgend genannten belastenden Ereignisse aufgelistet, die der Diagnose einer PTBS vorausgehen mussten. Nach der damaligen Definition würde die Geburt eines Kindes nicht als potentiell traumatischer Stressor gelten, weil es für einen großen Teil der Bevölkerung als normales Ereignis betrachtet werden kann. Im DSM-IV (1994) wurden die Kriterien für Stressoren angepasst, so dass sie jetzt auch einen tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzungen oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen oder anderer Personen beinhalten, auf die der Betroffene mit großer Hilflosigkeit und Entsetzen reagiert. Diese Definition kann man nun sehr wohl auf die Erfahrungen mancher Frauen und Männer bei der Geburt anwenden, auch wenn in DMS-IV die Geburt sich nicht in der Aufzählung der Stressoren direkt findet.

Nachdem die im vorangegangenen Absatz zitierten Änderungen bezüglich der Kriterien der Stressoren erweitert wurden und damit deutlich wurde, dass die Geburt von den Eltern als traumatisches Ereignis erlebt werden kann, eröffnete sich ein neues Forschungsfeld. Im Verlauf der Untersuchungen der letzten Jahre zu dieser Thematik hat sich abgezeichnet, dass bei betroffenen Frauen die Symptome über Jahre bestehen bleiben können, wenn keine adäquate Behandlung erfolgt. Oder aber es kann nach einem symptomfreien Intervall zu einer Reaktivierung bei einer Folgeschwangerschaft kommen, was zu sexuellen Funktionsstörungen oder Vermeidung weiterer Schwangerschaften führen kann. Je später eine posttraumatische Störung nach dem Trauma noch besteht, desto geringer ist die Chance auf eine Remission, es droht die Chronifizierung. Diese kann neben der Mutter-Kind-Bindung das ganze Familienleben negativ beeinflussen. Darüber hinaus können Komorbiditäten einer PTBS wie eine Depression oder ein Alkoholmissbrauch verhindern, dass richtige Diagnosen gestellt werden und statt dessen die sekundäre Psychopathologie behandelt wird (Kersting 2006).

1.2.3 Definition der Depression

Laut DSM-IV-TR ist das wesentliche Merkmal einer Episode einer sogenannten *Major Depression* (Engl.) eine mindestens zweiwöchige Zeitpanne mit Symptomen aus folgenden Kriterien: depressiver Stimmung (Kriterium A1) oder Verlust des Interesses oder der Freude an fast allen Aktivitäten (Kriterium A2). Weiterhin müssen mindestens vier zusätzliche Symptome bestehen:

- Appetit- oder Gewichtsänderung, meist verminderter Appetit mit Gewichtsverlust, jedoch in einigen Fällen auch Heißhunger auf bestimmte Nahrungsmittel mit konsekutiver Gewichtszunahme (Kriterium A3),
- Schlafstörungen, typischerweise Durchschlafstörungen oder aber Früherwachen, weniger häufig ist vermehrter Schlaf, entweder am Tag oder in der Nacht (Kriterium A4),
- Psychomotorische Veränderungen wie Unruhe und Agitiertheit, aber auch psychomotorische Verlangsamung der Sprache, des Denkens und der Bewegungen. Alle Phänomene müssen von anderen bemerkt werden und dürfen nicht nur die rein subjektive Empfindung der Person widerspiegeln (Kriterium A5),
- Vermindertes Energieniveau, Müdigkeit und Ermattung sind meist vorhanden, kleinste Aufgaben können nur mit enormer Anstrengung bewältigt werden (Kriterium A6),
- Gefühle der Wertlosigkeit oder Schuld bei einer depressiven Episode äußert sich in unrealistisch negativer Selbsteinschätzung, Selbstvorwürfen und Grübeln um kleine Fehler und Versäumnisse (Kriterium A7),
- Viele Betroffene berichten über eine verminderte Fähigkeit zu denken, sich zu konzentrieren oder Entscheidungen zu treffen, wirken leicht ablenkbar und zerstreut (Kriterium A8).

Die Symptome müssen über einen Zeitraum von mindestens zwei aufeinanderfolgenden Wochen an fast jedem Tag die meiste Zeit des Tages anhalten. Das Ausmaß der Beeinträchtigung durch eine depressive Episode ist variabel, aber auch in leichten Fällen muss entweder in klinisch bedeutsamer Weise Leiden bestehen oder es müssen Einschränkungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen vorliegen (Kriterium C).

1.2.4 Postpartale Depression

Für die oben erklärte „Major Depression“ kann sowohl im ICD-10 also auch im DSM-IV die Zusatzkodierung „mit postpartalem Beginn“ verwendet werden. Im DSM-IV-TR wird noch auf das Zeitkriterium verwiesen, das heißt, wenn der Beginn der Symptomatik innerhalb vier Wochen postpartum liegt. Nach ICD-10 kann der Beginn einer solchen Störung innerhalb der ersten sechs Wochen liegen. Neuere Untersuchungen belegen aber, dass sich die Symptomatik auch erst innerhalb des ersten Jahres manifestieren kann (Goodman 2004). Die PPD ist eine Störung im emotionalen und seelisch-geistigen Gleichgewicht, die bei Frauen nach der Geburt einsetzen kann.

Die Symptome einer depressiven Episode mit postpartalem Beginn unterscheiden sich prinzipiell nicht von denen einer Episode ohne Schwangerschaft- oder Geburtsassoziation, allerdings macht der natürlicherweise durch das Neugeborene gestörte Schlafrhythmus der Mutter es schwierig, eine echte Schlafstörung abzugrenzen. Frauen mit postpartalen depressiven Episoden weisen häufig schwere Ängste und sogar Panikattacken auf. Die Einstellungen der Mütter zu ihrem Kind sind sehr unterschiedlich, können aber Desinteresse, Angst, mit dem Kind allein zu sein oder Überfürsorglichkeit, die die Ruhe des Kindes stört, umfassen. Schwere Formen von Depression können zu Suizid oder Infantizid führen (Lewis 2007). Risikofaktoren, Rezidivraten und Symptome postpartaler depressiver Episoden sind vergleichbar mit denen nicht-postpartaler depressiver Episoden. Allerdings unterscheidet sich die postpartale Phase hinsichtlich des Ausmaßes an neuroendokrinen Veränderungen und

psychosozialer Anpassung, des Einflusses von Stillen auf die Behandlungsplanung und der Langzeitimplikationen einer postpartalen affektiven Störung auf die zukünftige Familienplanung (DSM-IV-TR). Almond (2009) fordert aufgrund der weitreichenden Folgen der PPD, nämlich in Bezug auf die Partner und die Kinder, die Bezeichnung des „Public-Health-Problems“ auf die PPD anzuwenden.

1.2.5 Weitere psychische Störungen der Postpartalzeit

Um einen Überblick der weiteren bekannten postpartalen psychischen Störungen zu geben, folgen knapp gehaltene Erläuterungen zu diesen Störungen, ohne den Anspruch, diese vertieft darzustellen. Einen guten Einblick in diese Formen der psychischen Störungen geben Rohde und Marneros (2007) in ihrem Handbuch der geschlechtsspezifischen Psychiatrie und Psychotherapie.

Postpartale Dysphorie: Der sogenannte „Babyblues“ oder „Maternity Blues“ beinhaltet eine Affektlabilität, die nicht als Störung im eigentlichen Sinne, sondern als physiologische Folge des Hormonspiegelabfalls in den ersten Tagen nach der Geburt betrachtet werden muss. 50-70 % aller Mütter unterliegen extremen Stimmungsschwankungen, die drei bis fünf Tage nach der Geburt beginnen und meist nach zwei bis drei Tagen wieder abklingen, jedoch spätestens nach vierzehn Tagen komplett remittiert sind. Postpartale Angststörung: Hier können Panikstörungen führend sein, aber auch generalisierte Ängste in Bezug auf das Kind und dessen Pflege, die Gesundheit und Sicherheit des Kindes und den plötzlichen Kindstod kommen vor. Das Auftreten der Symptomatik ist zeitlich nicht näher festgelegt, sondern beginnt nach der Entbindung. Häufig tritt eine Angststörung als Teil der postpartalen Depression auf und ist dann mit Abklingen der Depression ebenfalls rückläufig. Psychosen/Bipolare Störungen: Insgesamt am seltensten erscheinende Störung nach der Geburt. Postpartale Psychosen kommen nach der Geburt des ersten Kindes häufiger vor als bei Multiparae und beginnen in der Regel sehr zeitnah, d.h. innerhalb der ersten zwei Wochen. Häufig sind bipolare, affektive oder schizoaffektive Psychosen mit ausgeprägter manischer Komponente.

Postpartale Psychosen können bei Männern ebenfalls vorkommen, am ehesten als Rezidiv einer vorbestehenden psychiatrischen Erkrankung, also bei erhöhter Vulnerabilität. In kleinen Fallserien bzw. Kasuistiken wurde darüber berichtet (Harvey und McGrath 1988, Shapiro und Nass 1986). Auch Angst- und Zwangsstörungen können erstmals auftreten oder sich bei vorbestehender Erkrankung verschlechtern. Systematische Untersuchungen zu diesem Thema fehlen.

1.3 Empirischer Überblick

1.3.1 Postpartale posttraumatische Belastungsstörung

Fallstudien, wie die von Bydlowsky und Raoul-Duval (1978) waren die ersten Beschreibungen des Phänomens der geburtsassoziierten posttraumatischen Störungen bei Müttern. Die beiden Franzosen hatten aus einer Gesamtzahl von 4400 Geburten im Verlauf von zwei Jahren zehn Fälle beschrieben, bei denen ihnen anhaltende oder wiederkehrende psychopathologische Befunde im Sinne der heutigen posttraumatischen Belastungsstörung nach einer Geburt aufgefallen waren. In einer Untersuchung dieser Fallstudien stellen Ballard et al. (1995) vier Fälle davon vor, die nach den DSM-III-R Kriterien die Kategorien B, C und D erfüllen. In diesen vier Fällen, die ausführlich in der Anamneseerhebung und Verlaufskontrolle behandelt wurden, stellte sich heraus, dass die PTBS-Symptomatik eindeutig geburtsassoziiert war, es bei jeder Mutter auch zu einer depressiven Erkrankung kam und die Beschwerden lange anhielten. Weiterhin entwickelten zwei der Mütter Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung zu ihren Kindern.

Wijma et al. (1997) untersuchten in Schweden im Verlauf eines Jahres an 1640 Frauen im Alter von 17 bis 45 Jahren die Prävalenz einer PTBS. Sie verwendeten dabei den Fragebogen "Traumatic-Event-Scale", der sich an den diagnostischen Kriterien des DSM-IV orientierte. Weiterhin baten sie die Frauen mit dem "Delivery Expectancy/Experience Questionnaire" um eine Einschätzung des erlebten Geburtsverlaufs. Sie fanden bei 28 der Teilnehmerinnen Symptome im Sinne einer subsyndromalen PTBS. Dabei wurden unter anderem Zusammenhänge zwischen den Ergebnissen der Fragebögen gefunden, d.h. Frauen, die den Geburtsvorgang und die Zusammenarbeit mit dem Klinikpersonal negativ bewerteten, erreichten höhere Werte auf den Beurteilungsskalen zur posttraumatischen Stress-Symptomatik.

Bei Lyons (1998) wurden 42 Mütter, alle Primiparae, im Alter zwischen 20 und 39 Jahren zu ihren Gefühlen bezüglich des Geburtsverlaufs und der Angst um körperliche Versehrtheit oder gar vor dem Tod befragt. In dieser Studie, die Frauen zu zwei Zeitpunkten erfasste, nämlich ein bis vier Tage und einen Monat nach der Geburt zeigte sich eine kleine Untergruppe von Frauen, die nach IES - Fragebögen Symptome von posttraumatischem Stress in mittlerer bis hoher Ausprägung angaben. Hier wurde auch ein gleichzeitiges Auftreten von depressiven Symptomen und posttraumatischem Stress gefunden.

In einer qualitativen Analyse betrachtete Allen (1998) den Verlauf der Entwicklung und das Ausmaß bzw. die Folgen in der Postpartalzeit von PTBS-Symptomen, sowie Faktoren, die Einfluss auf diesen Verlauf nehmen können. Sie begleitete eine Gruppe von 20 Frauen über zehn Monate postpartum mittels PTBS - Fragebögen und Interviews. Das Ausmaß des empfundenen Stresses wurde hier maßgeblich von dem Gefühl des Kontrollverlustes unter der Geburt bestimmt, das unterhalten wurde durch die Schmerzen, die Angst um das Kind, vorangegangene Erfahrungen, besonders, wenn praktische und emotionale Hilfen von Personal und Partner als negativ bewertet wurden. Im Verlauf reduzierte sich das empfundene Stressniveau, wenn die Mütter Möglichkeiten fanden, sich im sozialen Umfeld auszutauschen und zu beraten, wenn es ihnen gelang, die Geburt, auch wenn sie traumatisch erlebt wurde, im gewissen Sinne positiv neu zu bewerten und wenn sie Zeit für die Verfolgung von eigenen Interessen fanden.

Czarnocka und Slade (2000) erfassten bei einer Gruppe von 264 Müttern innerhalb einer Woche postpartum potenzielle prädiktive Faktoren, um dann im Folgenden nach sechs Wochen postpartum die Ausprägung von Intrusionen, Vermeidung und Übererregung, sowie depressiver und ängstlicher Symptomatik zu messen und in Zusammenhang zu bringen. In drei Prozent der Fälle wurde anhand der Fragebögen klinisch signifikante posttraumatische Symptomatik in allen drei Kategorien B, C, und D gemessen, bei weiteren 24 % immerhin noch eine dieser Kategorien. Auch hier fanden sich Zusammenhänge zwischen erlebtem Kontrollverlust und dem Gefühl der nicht ausreichenden Unterstützung durch Partner und Personal. Außerdem zeigten sich Zusammenhänge zwischen den Ergebnissen und psychischen Störungen in der Anamnese und ängstlichen

Persönlichkeitsstrukturen. Diese Merkmale stellten sich hier möglicherweise als ebenfalls relevant für postpartale Angsterkrankungen und Depression heraus.

Unter der Annahme, dass postpartale psychische Störungen möglicherweise eine Fortsetzung von vorbestehenden Symptomen sein könnten, haben Ayers und Pickering (2001) die Daten von 289 Frauen an drei Messzeitpunkten erfasst, davon erstmalig in der 36. Schwangerschaftswoche, dann 6 Wochen und 6 Monate postpartum. Die Prävalenz von PTBS wurde mittels Fragebögen erhoben. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass 2.8 % der Frauen nach sechs Wochen die Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung erst nach der Geburt entwickelten und nicht ein bereits in der Schwangerschaft bestehender Befund erfasst wurde. Diese Zahl reduzierte sich im Verlauf der sechs Monate auf 1.5 %. Im Rahmen der Dissertation von Stafford (2002) wurden 81 Frauen mittels strukturierten klinischen Interviews nach DSM-IV Kriterien sowie Selbsteinschätzungsfragebögen befragt. Die Teilnehmerinnen waren in vier Gruppen aufgeteilt worden: die, die entweder ein hohes oder eine niedriges Geburtsrisiko (engl.: low/high-level-delivery risk) hatten, eine Gruppe mit Schwangeren und eine Gruppe mit Frauen im fruchtbaren Alter, die aber kürzlich nicht schwanger gewesen waren. Diese beiden zuletzt genannten fungierten als Kontrollgruppe. Hier wurde in keinem Fall eine postpartale PTBS nachgewiesen. Der einzige signifikante Unterschied stellte sich in Bezug auf Angst, Depression und allgemeinen psychischen Gesundheitszustand heraus: die Frauen, der "high-level-delivery-risk"-Gruppe berichteten von einem schlechteren psychischen Funktionsniveau postpartum. Die Autorin nimmt an, dass sogar in der "high-level-delivery-risk" - Gruppe die Voraussagbarkeit des Geburtsergebnisses und das positive Resultat, sprich das Kind, die mögliche traumatische Verarbeitung der Geburt deutlich verringert wenn nicht sogar verhindert.

Bei einer Gruppe von 64 Frauen, die von DiBlasio et al. (2002) bezüglich posttraumatischer Stressreaktionen untersucht wurde, stellte sich heraus, dass die eine Hälfte der Gruppe, die aufgefordert worden war, ihre Geburtserlebnisse in schriftlicher Form festzuhalten unter signifikant weniger Symptomen litt als die Gruppe, die keine Möglichkeit wahrgenommen hatte, sich mit ihren Gefühlen im Geburtsgeschehen nachträglich auseinander zu setzen. Die Zielsetzung für eine

Untersuchung von Soet et al. (2003) war die Feststellung der Häufigkeiten von Frauen mit einem psychischen Trauma nach der Geburt und herauszufinden, was die Gründe dafür sein könnten. Dafür wurden 103 Frauen im Großraum Atlanta/USA aus Geburtsvorbereitungskursen rekrutiert und in der späten Schwangerschaft untersucht sowie circa vier Wochen postpartum interviewt. 34 % dieser Frauen schilderten die Geburt als traumatisch, 1.9 % (zwei Frauen) entwickelten alle Symptome einer PTBS und noch 31 Frauen waren auf einer subsyndromalen Ebene betroffen.

Beck setzte 2004 in ihrer Untersuchung den Schwerpunkt auf die qualitative Erforschung der als traumatisch erlebten Geburten von 40 Frauen aus Neuseeland, den USA, Australien und England. Die Ergebnisse machten dort deutlich, wie stark die subjektive Sichtweise der Mütter in Einschätzung der Geburt dazu beitrug, im späteren Verlauf an posttraumatischen Stresssymptomen zu leiden. Geburten, die als traumatisch geschildert wurden, wurden durch das Klinikpersonal als routinemäßig erlebt.

Bei der Untersuchung von 140 Müttern durch Olde et al. (2005) fanden sich 2.1 % der Teilnehmerinnen, die die Kriterien für eine PTBS erfüllten, wobei insgesamt 24 % von traumatischen Geburtserlebnissen berichteten.

In der ebenfalls von Olde et al. 2006 erstellten Literaturübersicht machen die Autoren nochmal deutlich, dass die Geburt ihres Kindes für eine Minderheit von Frauen ein traumatisches Erlebnis darstellt, dass sechs Wochen postpartum die Prävalenzen für PTBS zwischen 2.8 % bis 5.6 % liegen und bei ca. 1.5 % sechs Monate postpartum. Am Beispiel der Niederlande verweisen die Autoren auf die absoluten Zahlen, d.h. bei einer Geburtenrate von 200 000 jährlich leiden 3000 Frauen nach sechs Monaten unter einer PTBS.

In den Jahren 2006 und 2007 hat es mehrere Veröffentlichungen diverser Autoren zum Thema postpartale PTBS, Angst und akutem Stress gegeben (Olde et al., Ross und McLean, Beck, White et al., Ayers et al., Soderquist et al., Alder et al., Slade et al. Stadlmayr et al.) In diesen Arbeiten werden Ergebnisse von quantitativen, qualitativen Studien und Literaturdurchsichten bezüglich

Prävalenzen, Krankheitsverläufen, Auswirkungen auf die Mutter-Kind Beziehung und Risikofaktoren dargestellt. Es wurden unterschiedliche Methoden, zum Teil psychometrische Fragebögen und Interviews angewandt. Der Schwerpunkt der Untersuchungen lag bei den Müttern. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass es in der westlich-industrialisierten Welt eine nicht zu unterschätzende Anzahl von Frauen mit postpartaler PTBS gibt, mit Prävalenzen von 1-2 %, eine ungleich viel größere Anzahl an Frauen, bis zu 30%, mit mittlerer bis schwerer Symptomatik und, dass es auf diesem Gebiet Handlungs- bzw. Forschungsbedarf gibt, insbesondere auch mit Hinblick auf die Ehepartner.

Veröffentlichungen aus den Jahren 2007 und 2008 von Navarro et al., Zaers et al. und Fairbrother und Woody gehen nicht spezifisch auf die PTBS ein, sondern konzentrierten sich in ihren Untersuchungen auf die Komorbidität von postpartalen psychischen Störungen bei Frauen und verweisen in diesem Kontext ebenfalls auf die hohe Prävalenz und insbesondere auch die Heterogenität von psychischen Störungen sechs Wochen nach der Geburt. Navarro untersuchte Prävalenzen und Komorbiditäten von psychiatrischen Störungen nach DSM-IV-Kriterien. Sechs Wochen postpartum wurden 1453 Frauen bei einer Routineuntersuchung mit der Edinburgh-Scale of Depression (EPDS, genauer erläutert unter 2. „Methoden“) einem Screening unterzogen. Es wurde nach EPDS-Ergebnissen und Beschäftigungsstatus eine neue Stichprobe ausgewählt, aus dieser wurden dann zufällig gewählte 428 Teilnehmerinnen mit einem klinischen Interview nach DSM-IV befragt. Es zeigte sich, dass sechs Wochen postpartum 18 % der Frauen eine psychiatrische Störung aufwiesen und zwei Prozent der Frauen die Kriterien für mehr als eine Störung erfüllten. Affektive Störungen waren die am meisten vertretene Gruppe, gefolgt von Anpassungsstörungen und Angststörungen.

Bei Zaers (2008) wurden 60 Frauen mit einer Reihe von psychometrischen Fragebögen in der späten Schwangerschaft, ein bis drei Tagen postpartum, sechs Wochen und sechs Monate postpartum befragt. Obwohl bei den 47 Teilnehmerinnen, die letztendlich bis zum Ende der Untersuchung dabei blieben, die psychiatrischen und somatischen Probleme innerhalb der Untersuchungszeit rückläufig waren, zeigte sich doch, dass posttraumatische und depressive Symptomatik nicht signifikant abnahm. Sechs Wochen postpartum wurden 22 %

der Frauen mit depressiven Symptomen verzeichnet und sechs Prozent litten unter klinisch signifikanten posttraumatischen Stressreaktionen.

1.3.2 Paternale postpartale posttraumatische Belastungsstörung

Seit ca. zwei Jahrzehnten sind auch die Väter zunehmend in den Fokus der Betrachtung bezüglich postpartaler psychischer Störungen gerückt. Seit ungefähr diesem Zeitraum hat sich in der westlich-industrialisierten Welt die Praxis durchgesetzt, dass die Väter häufig im Kreißsaal bei der Geburt anwesend sind. Insgesamt finden sich aber nur wenige Untersuchungen von Vätern, die sich mit den Zusammenhängen von PTBS und der Geburt eines Kindes befassen. Dass die Väter die Geburt des Kindes als traumatisch erleben können, besonders bei dem Auftreten von Komplikationen, ist plausibel und aus der Praxis auch bekannt. In einer Untersuchung von Johnson (2002) wurde eine Gruppe von 53 Vätern bezüglich ihres Stressniveaus während der Schwangerschaft ihrer Partnerin, bei der Geburt des Kindes und sechs Wochen postpartum untersucht. Es zeigte sich, dass diese Väter höhere Werte auf der IES Skala erreichten, als man für eine Gruppe von psychisch gesunden Personen erwarten würde. Es gibt diesbezüglich weitere Untersuchungen bzw. Fallbeschreibungen (van Pampus et al. 2004, Skari et al. 2002, Engelhard et al. 2002). In einer der jüngsten Untersuchungen dazu, von Bradley et al. (2008), fanden sich jedoch kaum Hinweise auf posttraumatische Stressreaktionen bei den Vätern, vielmehr wurden die dort aufgetretenen Symptome, besonders in der Kategorie D (Übererregung), einem um die Geburt herum erhöhtem Anspannungsniveau zugeordnet und nicht als Krankheitssymptom gewertet.

1.3.3 Postpartale Depression

Da die PPD weitaus länger Gegenstand der Forschung ist als die PTBS und insofern eine größere Datenmenge existiert, wird ein Überblick aus der Literaturrecherche der letzten Jahre gegeben. Untersuchungen aus

Großbritannien, den USA und Australien dominieren die PPD-Forschung, wobei mittlerweile Untersuchungen aus allen Kontinenten und aus den unterschiedlichsten Kulturen vorliegen.

Kumar (1994) untersuchte 21 Studien und fand Inzidenzraten von sieben bis zwölf Prozent. In einer häufig zitierten Meta-Analyse von 59 Untersuchungen zeigen sich 13 % von Müttern zwölf Wochen postpartum betroffen (O'Hara und Swain 1996). Eine aktuellere Übersicht von Gaynes et al. (2005) beschreibt 15 % betroffener Frauen. Bei Lee und Chung (2007) sind zehn bis 20 % kürzlich entbundener Frauen von einer depressiven Episode betroffen. Diese Zahlen gründen sich überwiegend auf den Kriterien des DSM-IV unter einer Population von Frauen der westlichen Industriegesellschaft mit sozialem Mittelklassestatus.

Eine Übersicht für den asiatischen Raum, die eine Zeitspanne von 1998 bis 2008 umfasste, durch Klainin und Arthur (2009) ergab Prävalenzen von 3.5 % in Malaysia bis 63 % in Pakistan und weisen damit darauf hin, dass diese Störung in der östlichen Kultur genauso vorhanden und beachtenswert ist wie im westlichen Raum. Almond bestätigt in seiner Übersicht zur globalen Situation der PPD das weltweite Vorkommen dieser Störung (2009), dabei schwanken die Inzidenzraten von 15- 32 % erheblich.

Die unterschiedlichen Zahlen kommen am ehesten durch die Stichprobenauswahl, verschiedene Messzeitpunkte, kulturelle, sozioökonomische, genetische, ethische Faktoren und unterschiedliche diagnostische Kriterien zustande. Außerdem weisen Dennis und Hodnett (2007) in ihrer Arbeit darauf hin, dass retrospektive Untersuchungen niedrigere Zahlen und prospektive Untersuchungen meist höhere Zahlen ergeben.

In einer Untersuchung von Munk-Olson et al. (2006) bei der eine Stichprobe von 2.3 Millionen gebürtigen dänischen Einwohnern über Einsicht in das Meldewesen erhoben wurde, suchten die Autoren nach Krankenhauseinweisungen oder ambulanten psychotherapeutischen Kontakten bei Müttern und Vätern innerhalb des ersten Jahres nach der Geburt des ersten Kindes. Es zeigte sich, dass Mütter das höchste Risiko für eine stationäre Behandlung innerhalb von 31- 60 Tagen

postpartum hatten, darunter waren Primiparae gefährdeter als Mütter, die bereits Kinder hatten.

In einer Übersicht von Scrandis et al. (2007) wird die Punktprävalenz der PPD mit 5.7 % benannt und berichtet, dass sich keine schlüssigen Inzidenzraten finden lassen. Die Autoren weisen ebenfalls darauf hin, dass sich in vielen Studien die Prävalenzraten durch depressive Symptome ergeben, die durch die Frauen berichtet wurden, bei denen aber keine für die Postpartalzeit spezifische Diagnostik angewandt wurde.

Schuhmacher (2008) verweist in ihrer Arbeit darauf, dass die Diagnose der PPD trotz der signifikanten Erkrankungsrate zu selten gestellt wird. Die Ursache dafür wird in der Tatsache vermutet, dass die depressive Symptomatik durch die Anpassungsperiode in der Postpartalzeit bezüglich der physiologischen Vorgänge, Umstellung im sozialen Leben und anderen Verhaltensumstellungen maskiert wird. Dieser Ansicht ging bereits eine Literaturübersicht durch Halbreich und Karchun (2006) voraus, die nach kritischer Durchsicht von 143 Studien aus 40 Ländern feststellten, dass die herkömmlich zitierte Inzidenzrate von 15 % global eine erhebliche Unterschätzung darstellt, insbesondere in den Ländern mit mittlerem bis niedrigem Einkommen.

1.3.4 Paternale postpartale Depression

Bei der allgemeinen Tendenz der letzten zwei Jahrzehnte, das seelische Befinden von Vätern in der Postpartalzeit zu erforschen, wurden Häufungen von Symptomen wie Erschöpfung, Reizbarkeit und Hoffnungslosigkeit festgestellt. Diese Ergebnisse wurden als paternale postpartale Depression bezeichnet. Depressive Episoden bei postpartalen Vätern sind meist deswegen so schwer zu identifizieren, weil die Phänomene als natürliche Anspannung bezüglich der Änderung der sozialen und finanziellen Verhältnisses interpretiert werden könnten (Spector 2006).

In einer Studie von Matthey et al. (2000) fanden sich bei den Vätern sechs Wochen postpartum auffällige Werte in einem Selbstbeurteilungsbogen zum Erfassen von depressiver Symptomatik, was dazu führte, dass die gleiche Autorengruppe 2001 erstmalig eine validierte Version der Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale (EPDS, siehe auch Methodik) als Screening-Instrument für Väter vorstellte. Die so untersuchten Stichproben lagen mit vier bis 25 % in den Cut-Off-Werten über der Grenze für den Verdacht auf PPD

Eine prospektive Untersuchung von Condon (2004) zeigte auf, dass es kein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer postpartalen depressiven Episode nach dem Geburtseignis des ersten Kindes gab, dass jedoch die Mehrheit der Männer signifikanten Stress erlebte, als die Partnerinnen schwanger waren. Die Zeit der größten Stressempfindung stellte sich bei „first-time-fathers“ als der Beginn des dritten Trimesters der Schwangerschaft heraus. Es erschien hier, dass an dieser Stelle die Schwangerschaft viel mehr als die Postpartalzeit die am meisten Stress verursachende Zeit bei den Männern war, die mit dem Erleben des Rückgangs von sexueller Aktivität einherging.

In einer Literaturübersicht zur postpartalen Depression von Goodmann (2004), die auch die väterliche Depression im ersten Jahr postpartum mit einbezog, zeigten sich Inzidenzen von 1.2 % bis 25.5 %. Bei den Männern, deren Partnerinnen an einer depressiven Episode litten, lagen die Zahlen bei 24 bis 50 %. Bei Matthey (2003) fanden sich Zahlen für Angst- und andere Affektive Störungen, wie auch Anpassungsstörungen bei Vätern sechs Wochen postpartum in der Größenordnung von zwei bis fünf Prozent. Diese, zu Goodmann sehr unterschiedlichen Zahlen, spiegeln die Ergebnisse verschiedener Untersuchungsmethoden und „Cut-Off“-Werte wieder (Madsen 2007).

Die aktuellste Meta-Analyse von Paulsen und Bazemore (2010) berichtet von zehn Prozent der Väter, die pre- und postpartal depressive Symptomatik zeigten, die Werte stiegen drei bis sechs Monate postpartal an und zeigten moderate Korrelationen mit mütterlichen Depressionen.

1.3.5 Einflussfaktoren für die Entwicklung postpartaler psychischer Störungen

1.3.5.1 Postpartale posttraumatische Belastungsstörung

Der Wunsch nach der Benennung von Risikofaktoren für die Entstehung von postpartalen psychischen Störungen ist leicht nachzuvollziehen, denn es eröffnet beim Auftreten von psychischen Auffälligkeiten nach einer Geburt Möglichkeiten zur gezielteren Diagnosefindung und damit eine kürzere Dauer bis zu einer therapeutischen Intervention sowie die Entwicklung präventiver Maßnahmen.

In den letzten Jahren haben sich verschiedene, zum Teil in den vorangegangenen Kapiteln zitierte, Autoren mit dieser Thematik befasst und festgestellt, dass es einige beeinflussende Faktoren für die Entwicklung einer postpartalen posttraumatischen Stressreaktion gibt. Bereits zu Beginn der Erforschung dieses Feldes wurden durch mehrere Autoren (Ballard et al. 1995, Wijma et al. 1997, Lyons 1998, Pantlen und Rohde 2001) einige Faktoren als mögliche Risikofaktoren benannt. Dazu zählen eine lange Geburtsdauer, extremer Wehenschmerz, das Gefühl des Ausgeliefertseins und des Kontrollverlusts, Verletzung der Schamgefühle und eine Betreuung durch medizinisches Personal, das als unbeteiligt, gefühllos oder rücksichtslos wahrgenommen wird.

Engelhard et al. (2002) suchten nach Zusammenhängen zwischen dem Auftreten von einer Gestose in der Schwangerschaft und PTBS bei Frauen und ihren Partnern. Eine Gruppe von 114 Primiparae und die Mehrheit ihrer Partner bearbeiteten Fragebögen zur Erfassung posttraumatischer Belastungsreaktionen und Depression. Die Schwangerschaftsverläufe waren unterschiedlich, zum Teil mit unkomplizierten termingerechten Geburten, zum Teil aber auch mit Frühgeburten. Rund ein Viertel der Mütter entwickelte nach einer Frühgestose Symptome aus dem Komplex der posttraumatischen Belastungsstörungen. Eine Minderheit der Partner war ebenfalls betroffen. Die PTBS-Symptome zeigten klare

Zusammenhänge zwischen den individuellen Persönlichkeitsstrukturen und ihren Möglichkeiten zur Stressverarbeitung. Hier wurde postuliert, dass eine Schwangerschaftsgestose für eine PTBS prädisponieren kann, auch ohne, dass eine Frühgeburt erfolgt sein muss.

Keogh et al. (2002) hatten sich ebenfalls für die Zeit vor der Geburt interessiert und untersucht, ob ein erhöhter Wert von Angstsensitivität eine PTBS vorhersagen kann. Die Angstsensitivität (engl.: Anxiety Sensitivity) bezeichnet die Neigung einer Person dazu, Angst vor eigenen Angstreaktionen zu empfinden, wie z.B. schnellem Herzschlag, Schweißausbrüchen, Panikanfällen und Kurzatmigkeit. Die Angstsensitivität lässt sich mit Hilfe des Fragebogens ASI (Anxiety Sensitivity Index, S. Reiss, 1985) erfassen, wobei sowohl die Einschätzung der Gefährlichkeit der Angstreaktionen als auch das Ausmaß der Angst erfasst werden. Es wird angenommen, dass es sich hierbei um eine relativ stabile Persönlichkeitseigenschaft handelt, die vom Ausmaß und der Häufigkeit von der tatsächlichen Angst unabhängig ist. Eine Gruppe von 40 Teilnehmerinnen hatte eine Reihe von Selbsteinschätzungsfragebögen inklusive des ASI in der 36. Schwangerschaftswoche erhalten. Dann wurden sie zwei Wochen postpartum erneut durch Selbsteinschätzungen zu den Geburtserlebnissen und Symptomen von PTBS befragt. In dieser Untersuchung wurden Zusammenhänge zwischen pränataler Angstsensitivität und postpartaler posttraumatischer Belastungsreaktion deutlich, so dass die Autoren die Angstsensitivität als veritablen prädisponierenden Faktor bezeichneten.

Bei Soet et al.(2003), siehe auch vorheriges Kapitel, wurden mögliche Risikofaktoren für die Entwicklung einer PTBS genannt: die Schmerzerfahrung in den Wehen, das Ausmaß der Unterstützung durch das soziale Umfeld, die "self-efficacy", am ehesten zu übersetzen mit dem Begriff Selbstwirksamkeit, damit ist in der Psychologie die Fähigkeit bezeichnet, aufgrund eigener Kompetenzen Handlungen ausführen zu können, die zu den gewünschten Zielen führen. Die entsprechende generalisierte Erwartung bzw. Überzeugung des Betreffenden bezeichnet man als Selbstwirksamkeitserwartung (engl.: perceived self-efficacy).

Bei van Pampus et al. (2004) wird die Aufmerksamkeit darauf hingelenkt, dass nicht nur die Art der Geburt über eine mögliche postpartale Belastungsreaktion entscheiden kann, sondern bereits eine ernsthafte Erkrankung während der Schwangerschaft. So wird erläutert, dass eine vaginale, aber instrumentale Entbindung ein höheres Risiko für PTBS liefert, im Vergleich zur unkomplizierten spontanen Geburt. Weiterhin zeigt die Untersuchung ein erhöhtes Risiko für Frauen nach einem Abort und nach intrauterinem Fruchttod. Es wird darauf hingewiesen, dass wenig systematische Forschung bei Schwangeren mit Präeklampsie oder HELLP-Syndrom betrieben wird und es werden drei Fälle solcher Patientinnen beschrieben, die die Autoren zu der Aussage kommen lassen, dass nicht nur das Geburtserlebnis, sondern ebenfalls Komplikationen in der Schwangerschaft PTBS triggern können.

In einer Untersuchung bei Born et al. (2005) wurden ebenfalls schwangere Frauen untersucht, unter der Annahme, dass nicht nur die Geburt, sondern auch schon die Schwangerschaft als traumatisch erlebt werden kann. Bei dieser Untersuchung stellte sich heraus, dass 2,5 % der Teilnehmerinnen in der späten Schwangerschaft alle Kriterien des DSM-IV für PTBS erfüllten und sechs Prozent mindestens ein Kriterium.

Auch Zaers, Waschke und Ehlert (2008) untersuchten Schwangere, um von einer ängstlichen Erwartungshaltung (engl.: anxiety) am Ende der Schwangerschaft auf posttraumatische und depressive Reaktionen schließen zu können. Von diesen Probandinnen, die unter einer solchen erhöhten ängstlichen Erwartungshaltung litten, konnten bis zu 15 % von Müttern identifiziert werden, die sechs Monate nach der Geburt unter posttraumatischen Symptomen litten.

Weiterhin besteht Einigkeit unter den genannten Autoren, dass psychische Störungen, die bereits vor der Schwangerschaft bestanden, die Wahrscheinlichkeit einer postpartum eintretenden Zustandsverschlechterung erhöhen.

1.3.5.2 Postpartale Depression

Beeinflussende Faktoren für PPD sind in zahlreichen Studien untersucht worden und blieben letztendlich Basis für kontroverse Diskussionen. Konsens besteht jedoch in Bezug darauf, dass psychiatrische Erkrankungen in der Vorgeschichte zu einer erhöhten Vulnerabilität für eine postpartale psychiatrische Störung führen.

In zwei Meta-Analysen von 1996 (Beck, O'Hara & Swain) zum psychosozialen Hintergrund der PPD zeigten sich einheitliche Ergebnisse bezüglich der signifikanten Korrelationen von PPD und spezifischen Faktoren wie Depression in der Anamnese, dabei sowohl nicht schwangerschaftsassoziiert als auch nach vorangegangenen Geburten, mangelnde soziale Unterstützung, außergewöhnliche Belastungen (zum Beispiel Opfer von Kriminalität), Eheproblematik, höhere persönliche Vulnerabilität (siehe: Angstsensitivität bei postpartaler posttraumatischer Belastungsstörung).

In einer neueren Arbeit von Segre und O'Hara (2007) wird deutlich, dass ein niedriger sozialer Status eine besondere Rolle unter den Risikofaktoren für PPD einnimmt. So gehören Einkommen, Beschäftigungsverhältnis und Anzahl der Kinder zu den Einflussfaktoren, jedoch war ein niedriges Einkommen der stärkste Prädiktor.

Bei Munk (2006) gab es signifikante Ergebnisse, dass das Risiko für PPD an den Faktor der Primiparität gekoppelt ist. Insbesondere Mütter, die noch keine Kinder hatten, waren anfällig für diese Störung.

Die prospektive Studie von Fairbrother (2007) untersuchte den Vorhersagewert von psychologischen und geburtshilflichen Faktoren bezüglich depressiver und posttraumatischer Störungen. Anders als erwartet, stellte sich die Variable „Angst vor der Geburt“ nicht als Risikofaktor für depressive oder posttraumatische Störungen einen Monat postpartum dar. Aber das Merkmal der „anxiety sensitivity“

(siehe oben) hatte prädiktiven Charakter und bedarf nach Auffassung der Autoren weiterer Untersuchungen.

In ihrer Untersuchung des asiatischen Raumes haben Klainin und Arthur (2009) die Risikofaktoren für PPD in fünf Gruppen geordnet: biologisch/physiologisch, z.B. Riboflavin Mangel, psychologisch, z. B. antenatale Depression, geburtshilflich, z. B. ungewollte Schwangerschaft, soziodemografisch, z.B. Armut und kulturelle Faktoren, z.B. Bevorzugung eines bestimmten Geschlechts des Kindes. In dieser Übersicht stellte sich auch dar, dass die üblichen traditionellen postpartum Rituale nicht zur Prävention oder Remission von depressiver Symptomatik führen.

Der Schwerpunkt einer Untersuchung von Reck et al. (2009) lag auf dem sogenannten „Maternity Blues“ (siehe Kapitel: weitere psychische Störungen der Postpartalzeit) als signifikanten Risikofaktor für PPD in den ersten drei Monaten in einer Population in Deutschland. Hier wurden auch demografische, psychiatrische und geburtshilfliche Variablen in Bezug auf „Maternity Blues“ untersucht. Depression und Angststörungen wurden nach DSM-IV Kriterien abgefragt. Es wurde festgestellt, dass 55.2 % der Frauen unter dem „Maternity Blues“ leiden und dass es einen signifikanten Bezug zwischen sowohl Depression und „Maternity Blues“ als auch Angststörung und „Maternity Blues“ gibt. Dabei geben die Autoren zu bedenken, dass sich die Stichprobe aus der sozialen Mittelschicht rekrutiert hatte und daher das Vorkommen von „Maternity Blues“ eher noch unterschätzt würde, da sonstige bekannte Risikofaktoren weniger prävalent waren.

1.3.5.3 Paternale postpartale posttraumatische Störungen

Die wenigen untersuchten Väter, die nach der Geburt unter posttraumatischem Stress litten, erreichten bei Bradley et al. (2008) hohe Trait-Anxiety Werte, hatten wenige oder keine Kinder und es lagen ungeplante Schwangerschaften vor. Unter der Geburt war die Angst um den Partner, weniger um das Baby, und der emotionale Stress, den der Schmerz der Partnerin bei ihnen auslöste, maßgeblich.

1.3.5.4 Paternale postpartale depressive Störungen

In einer Übersicht von Schuhmacher (2008) werden mehrere Autoren zitiert, die die maternale PPD als den wichtigsten Faktor mit Vorhersagewert für die paternale PPD darstellt (Deater-Deckhard 1998, Matthey 2000, Areias 1996, Ballard 1994, Zelkowitz 2001, Soliday 1999). Der kausale Zusammenhang zwischen postpartaler Depression bei Frauen und Männern ist nicht geklärt, aber es ist bekannt, dass, wenn eine Frau an schwerer PPD erkrankt, das Risiko für den Partner, ebenfalls depressive Symptome zu entwickeln, bei fast 50 % liegt. Einige Untersuchungen legten dar, dass die Partner der erkrankten Frauen sich weniger unterstützt fühlten und Gefühlen von Angst, Hilflosigkeit, Frustration, Wut und Unsicherheit in Bezug auf die Zukunft gegenüber standen. In traditionellen Familien ist das Risiko, an einer depressiven Störung zu leiden, geringer als bei Männern in der Rolle des Stiefvaters oder Partners von alleinerziehenden Müttern. In der Übersicht von Lee und Chung (2007) waren depressive Symptome der Väter auch mit Arbeitslosigkeit, psychiatrischer Erkrankung in der Anamnese, Unzufriedenheit bezüglich der Partnerschaft / Ehe, jüngeres Alter und Immigrationsstatus assoziiert.

1.4 Zusammenfassung der Einleitung

In den westlichen Industrienationen der Welt besteht Konsens darüber, dass das Phänomen der postpartalen posttraumatischen Stressbelastung in verschiedenen Ausprägungen besteht. Schwangere und postpartale Frauen geben durchschnittlich eine höhere Anzahl an körperlichen und psychischen Beschwerden an, die im Rahmen der physiologischen Anpassung an die Schwangerschaft und das Muttersein als normativ und nicht weiter besorgniserregend betrachtet werden können. Bis zu einem Drittel aller Frauen erlebt die Geburt jedoch als traumatisch und bis zu 6 % erfüllten alle Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung (Zaers et al. 2008).

Es besteht zum Verlauf, zu den prädisponierenden und erhaltenden Faktoren dieser Störung, weiterer Forschungsbedarf (Slade 2006). Insbesondere wird betont, dass auch die systematische Erfassung der bei der Geburt anwesenden Väter erfolgen sollte, sowie die Untersuchung der elterlichen Wahrnehmung und des Verhaltens gegenüber dem Neugeborenen bei betroffenen Müttern und Vätern. Traumatische Reaktionen auf die Geburt eines Kindes sind ein bisher zu wenig berücksichtigtes Thema im Gesundheitswesen und stellen eine gute Möglichkeit für prospektive Untersuchungen von posttraumatischen Störungen dar (Olde 2006). Die im Einleitungsteil zitierten Autoren haben prädiktive Faktoren für die Entwicklung einer postpartalen posttraumatischen Belastungsstörung oder deren subsyndromale Form identifiziert. Darunter findet man zum Beispiel Primiparae mit ihrem bis dato noch nicht erlebten Gefühl des Kontrollverlustes in einer völlig ungewohnten Situation (Alder et al. 2006). Weitere Faktoren waren unter anderem die Entbindungsart, spontan oder per operativer Schnittentbindung, die subjektiv als unempathisch empfundene Haltung der Klinikmitarbeiter im Kreissaal und die als mangelhaft empfundene Unterstützung durch den Partner. Als individuelle Faktoren kommen Persönlichkeitsmerkmale wie besondere Ängstlichkeit oder auch vorbestehende seelische Erkrankungen vor.

Die postpartale Depression ist mit Prävalenzen von zehn bis 20 Prozent ein anerkanntes gesundheitspolitisch relevantes Problem, das Bemühung um frühzeitige Erkennung und Intervention erfordert. Trotz der Evidenzen für die schlechte Langzeit-Prognose einer unbehandelten Depression hat sich im Bereich der Diagnostik und Behandlungszahlen in den letzten Jahren keine signifikante Veränderung gezeigt (Agency for Health Care Research and Quality 2006). Es gibt eine Menge Ursachenforschung zu diesem Sachverhalt. Zum einen sind Eltern möglicherweise zögerlich zuzugeben, dass sie von einer seelischen Störung belastet sind, um eine Stigmatisierung zu vermeiden und der sozialen Norm im Kontext des „freudigen Ereignisses“ der Geburt zu entsprechen, zum anderen werden Stimmungsschwankungen, Schlafstörungen, Müdigkeit und Beeinträchtigungen der Libido als „normale“ Anpassungen in der postpartalen Zeit betrachtet. Screeningverfahren werden nicht genügend konsequent angewendet und die Unterscheidung zwischen „Baby Blues“ und PPD ist für die Kontaktpersonen, ohne psychiatrische oder psychotherapeutische Ausbildung, häufig schwierig. Unter den Risikofaktoren für PPD finden sich ähnliche Variablen wie bei postpartaler PTBS. Dazu gehören Depression und/oder Ängstlichkeit in der Schwangerschaft, aber auch in der Zeit vor der Schwangerschaft, besondere Belastungen, sogenannte „stressful life events“ (Engl.) in der Schwangerschaft oder auch in der Postpartalzeit, wenig soziale Unterstützung, niedriger sozioökonomischer Status beziehungsweise bei Vätern insbesondere Arbeitslosigkeit und Primiparae als Partnerin.

Bei einer absoluten Geburtenzahl von 675 000 im Jahr 2008 überblickt man die Dimension, in der man Hilfestellung leisten könnte, sollte es möglich werden, ein größeres Augenmerk auf die betroffenen Eltern zu richten. Es wird daher Thema dieser Untersuchung sein, anhand von Fragebögen das Risiko für das Auftreten einer posttraumatischen Belastungsstörung und der postpartalen Depression in zwei Kliniken im Hamburger Westen zu erfassen.

1.5 Fragestellungen und Hypothesen

1. Wie erleben die Eltern die Schwangerschaft, Geburt und Postpartalzeit?
2. Finden sich, unter der Annahme, dass die Geburt als das auslösende traumatische Ereignis betrachtet wird, sechs Wochen und sechs Monate postpartum Mütter und Väter, die ein erhöhtes Risiko für eine posttraumatische Belastungsstörung haben?
3. Nimmt das Ausmaß des posttraumatischen Stresses bei beiden Eltern sechs Monate nach der Geburt ihres Kindes ab?
4. Bildet sich sechs Wochen postpartum eine unterschiedliche Ausprägung des Stresserlebens bei Vorliegen oder nicht Vorliegen der folgenden Merkmale: Hohes Bildungsniveau der Eltern, belastendes Schwangerschafts- und Geburtserleben, geplante Schwangerschaft, Abort oder Frühgeburt in der Anamnese, geringe Unterstützung durch den Partner, schwere persönliche Belastungen in der Schwangerschaft („stressful-life-events“) und Multiparität ab?
5. Finden sich sechs Wochen und sechs Monate nach der Geburt Eltern, die ein Risiko für eine Depression aufweisen?
6. Verringert sich im Verlauf von sechs Monaten die depressive Symptomatik bei beiden Elternteilen?
7. Mit welchen der folgenden Merkmale zeigt sich eine positive Korrelation zum Ausmaß depressiver Symptomatik sechs Wochen postpartum: geplante Schwangerschaft, Berufsbildung der Eltern, Multiparität, Belastungen in der Schwangerschaft („stressful-life-events“) und geringe Unterstützung durch den Partner?

Hypothese zur 4. Fragestellung: Es gibt signifikante Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß des posttraumatischen Stresses, d.h. es wird erwartet, dass ein positiv bewerteter Schwangerschafts- und Geburtsverlauf, eine geplante Schwangerschaft, eine gute Unterstützung durch den Partner/ die Partnerin, bereits erlebte Geburten, ein hohes Bildungsniveau und die Abwesenheit von Belastungen („stressfull life events), sowie Frühgeburten oder Aborten in der Anamnese zu einem niedrigeren IES-R-Score führen.

Hypothesen zur 5. und 6. Fragestellung: Im Verlauf von sechs Monaten werden sich bei beiden Elternteilen die depressiven Symptome verringern.

Hypothese zur 7. Fragestellung: Es gibt signifikante Zusammenhänge zwischen depressiven Episoden bei beiden Eltern, d. h. es wird erwartet, dass ein positiv bewerteter Geburtsverlauf, gutes Bildungsniveau, bereits erlebte Erfahrungen mit Schwangerschaft und Geburt und die Abwesenheit von Belastungen in der Schwangerschaft seltener zu depressiven Episoden führen.

1.6 Zielsetzung der Arbeit

Das Ziel dieser Untersuchung, ist die Häufigkeit von Symptomen postpartaler posttraumatischer und postpartaler depressiver Störungen über einen Zeitraum von sechs Monaten zu zwei Meßzeitpunkten festzustellen. Weiterhin soll untersucht werden, ob die Faktoren, die möglicherweise eine erhöhte Vulnerabilität für die genannten Störungen anzeigen, identifiziert werden können. Damit soll diese Arbeit einen Beitrag zur Erhöhung der Aufmerksamkeit für postpartale psychische Störungen leisten. Langfristig gelingt hierdurch womöglich eine frühzeitige Identifizierung von gefährdeten Eltern. Die verwendeten Fragebögen als einfach anzuwendende diagnostische Instrumente wären auch für nicht speziell ausgebildete Mitarbeiter des Gesundheitssystems geeignet.

2 Methoden

2.1 Studiendesign

Diese Studie wurde als prospektive Längsschnittuntersuchung angelegt, um Informationen zum Verlauf der psychischen Belastung von Eltern nach der Geburt und in den folgenden sechs Monaten zu beurteilen. Dafür wurden die Probanden zu zwei Messzeitpunkten befragt. Es handelte sich um eine Eingruppenstudie.

Die Patientenrekrutierung (T0) erfolgte, an vorher festgelegten Tagen von Januar bis April 2006 auf zwei Entbindungsstationen in den Hamburger Kliniken Albertinenkrankenhaus in Schnelsen und dem Universitätsklinikum Eppendorf.

Die erste Datenerhebung (T1) fand vier bis sechs Wochen nach der Geburt statt. Diese Zeitspanne nach der Geburt wurde einerseits gewählt, um zu vermeiden, dass sich die Symptome einer möglichen akuten Belastungsstörung in den Ergebnissen widerspiegeln und um den Eltern ausreichend Zeit für die Umstellung auf die veränderten häuslichen Bedingungen zu lassen.

Die Nachuntersuchung (T2) fand sechs Monate postpartum statt. Dieser Zeitpunkt erschien günstig, da in den meisten Fällen von posttraumatischen Reaktionen die Symptome innerhalb der ersten drei Monate einsetzen (APA 1997) und es nur in wenigen Fällen zu einem verzögerten Beginn nach Monaten oder Jahren kommt (Solomon et al. 1991, Buckley et al. 1996).

Als Datenerhebungsverfahren wurde die psychometrische Selbstbeurteilung angewandt. Der Ablauf der Datenerhebung gestaltete sich folgendermaßen: Nachdem die Information der Eltern über die Studie erfolgt war und sie sich zur Teilnahme bereit erklärt hatten, erhielten sie vier Wochen postpartum die ersten Fragebögen per Post. Sechs Monate postpartum wurden die nächsten Fragebögen versandt. In beiden Fällen, T1 und T2, wurden die Eltern vor dem Versand der Fragebögen telefonisch kontaktiert, um die Studie in Erinnerung zu

rufen und die Motivation an der Teilnahme durch das persönliche Gespräch zu stärken. Der Zeitaufwand für die Eltern betrug pro Person ca. 25 Minuten pro Messzeitpunkt.

Zum Zeitpunkt T0 wurde die Teilnahme unter Angabe von verschiedenen Gründen abgelehnt. Die befragten Mütter bzw. Paare äußerten Gefühle der Überforderung oder keine Lust zu einer zusätzlichen Belastung zu haben, sowie die Angst, unzuverlässig zu erscheinen. Aus Akteneinsicht wurde nachträglich ein Überblick der Daten hinsichtlich der Faktoren Alter, Berufsbildung, Grunderkrankung, Anzahl der Kinder und Familienstand der „drop-outs“ erhoben. Wir verzichteten aufgrund der geringen Anzahl dieser „drop-outs“ auf eine gesonderte Darstellung der o.g. Faktoren, da sich keine erkennbaren Unterschiede bezüglich der Homogenität im Vergleich zur teilnehmenden Gruppe zeigten.

2.2 Stichprobe

Die Grundgesamtheit definiert sich über die Elternschaft und das Erlebnis bzw. Miterleben der Geburt des eigenen Kindes. Die Grundgesamtheit, aus der die Stichprobe in der vorliegenden Untersuchung rekrutiert wurde, bestand de facto aus zwei Teilgesamtheiten, da die Datenerhebung ausschließlich in den beiden genannten Geburtskliniken stattfand. Dadurch ergab sich eine Form der Zufallsauswahl mit Klumpenstichprobe. Der Zeitfaktor und personelle Möglichkeiten begrenzten die Gruppengröße nach oben. Bei den Überlegungen zur Mindestanzahl wurde nach Bortz und Döring (2006) die untere Gruppengröße mit 64 festgelegt, um Korrelationen mit 0.30 Signifikanz nachzuweisen, bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 %. Weiterhin erhält man bei einem T-Test für abhängige Stichproben mit Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % und einer Power von 80% einen mittleren Effekt signifikant ab 41 Personen.

Es wurden zu T0 alle erreichbaren Mütter, deren Kinder mindestens 24 Stunden alt waren, zur Bereitschaft an einer Teilnahme befragt. Einziges Einschlusskriterium für die Teilnahme war die termingerechte Geburt des Kindes, d.h. nach der vollendeten 36. Schwangerschaftswoche. Als Ausschlusskriterium

galt die unzureichende Kenntnis der deutschen Sprache. Durch den Verzicht auf weitere Ausschlusskriterien wurde ein weitestgehend unselektioniertes Patientenkollektiv erfasst, das die Heterogenität der Elterngruppe widerspiegelt.

Da die Fragestellungen sich auf eine Gruppe beziehen und keine Vergleiche zu anderen Gruppen gezogen werden sollten, zum Beispiel Eltern nach einer Frühgeburt ihres Kindes, wurde keine Kontrollgruppe notwendig. Innerhalb von zwölf Wochen erklärte sich die folgende Anzahl der befragten Elternpaare dazu bereit, an der Studie mitzuwirken:

Tabelle 1: Stichprobe

	N		
	Albertinen- krankenhaus	UKE	Gesamt
Zugesagte Teilnahme T0	70	67	137
Teilnahme abgelehnt T0	6	8	14
Fragebogen Rücklauf T1	38	52	90
Fragebogen Rücklauf T2	26	44	70

Unsere telefonischen Erkundigungen, die zwei Wochen nach Ausbleiben der Rücksendung der T1-Fragebögen einsetzten, ergaben in der Mehrzahl einen Mangel an Zeit und Lust, der dazu geführt hatte, dass die Fragebögen nicht zurückgesandt wurden. Die gleiche Auskunft erhielten wir überwiegend auch bei der telefonischen Kontaktaufnahme zwei bis drei Wochen nach Versenden der T2-Fragebögen. Besonders die Väter schilderten Zeit- und Motivationsmängel.

2.3 Untersuchte Merkmalsbereiche

Es sollte schwerpunktmäßig die Häufigkeit und der Verlauf von posttraumatischen Störungen bei Eltern nach der Geburt ihres Kindes festgestellt werden. Es wurden aber auch Symptome von Depressivität und Angst abgefragt, da diese als psychische Folgebelastungen bekanntermaßen nach einer Geburt auftreten können.

Nachfolgend werden die untersuchten Variablen dargestellt, wobei eine funktionelle Zuordnung die Übersicht erleichtern soll und daher nicht alle Variablen einzeln aufgeführt werden. Bei der Festlegung von PTBS als der abhängigen Variablen ergab sich das Erleben der Geburt als unabhängige Variable und weitere einflussnehmende Faktoren aus dem Leben der Eltern als Kontrollvariablen. Die Auswahl dieser beiden zuletzt genannten Variablen orientierte sich am Erfahrungsschatz der Mitarbeiter sowie aus vorangegangenen Untersuchungen anderer Autoren (siehe Einleitung).

- Unabhängige Variable: Das Erleben der Geburt mit Gefühlen der Hilflosigkeit, Angst, starke Schmerzen, als rücksichtslos empfundene Betreuung durch das Klinikpersonal, Geburtskomplikationen.
- Kontroll- und Störvariablen: Bildungsstatus, Schwangerschaftsverlauf, psychische Erkrankungen in der Anamnese, Unterstützung durch das soziale Umfeld.

2.4 Messinstrumente

An dieser Stelle werden die Erhebungs- bzw. Fragebögen erläutert, die an die Probanden versandt wurden. Die Auswahl der Messinstrumente erlaubt einen Einblick sowohl in die traumaassoziierten Reaktionen aber auch breitgefächert in andere mögliche postpartale psychische Belastungen. Über standardisierte Testverfahren lässt sich generell eine einfache, strukturierte und abgesicherte Datengewinnung erreichen, mit Informationen aus der subjektiven Sicht der

Probanden bei gleichzeitig hoher Objektivität und Vergleichbarkeit dieser Angaben. Im Vergleich dazu haben die zweckgebundenen selbstentworfenen Fragebögen zum einen das Ziel, die soziodemografischen Daten zu vervollkommen, und zum anderen vertiefte Informationen über die spezielle Situation der Geburt und der Postpartalzeit zu sammeln.

Am Messzeitpunkt T1 erhielten die Eltern standardisierte psychologische Tests zur Erfassung von posttraumatischen Belastungsstörungen und Depressionssymptomatik, sowie selbstentwickelte Fragebögen zur Erhebung von soziodemographischen Fakten, zum Ablauf der Schwangerschaft und Geburt, sowie zu der Einschätzung des Gesundheitszustandes der Eltern und des Kindes. Die erfragten Parameter dieser selbstgestalteten Fragebögen ergaben sich aus den in Absatz 2.3 (Untersuchte Merkmalsbereiche) dargestellten möglichen Risikofaktoren für postpartale psychische Störungen. Erläuterungen dazu sind im Einleitungsteil unter Kapitel 1.4.5 nachzulesen.

2.4.1 Standardisierte Erhebungsbögen

Die Impact of Event-Scale-Revised ist eines der häufig verwendeten Instrumente zur Erfassung von posttraumatischen Belastungsreaktionen (ICD-10, 1994). Dabei handelt es sich um ein vollstandardisiertes Verfahren zur Selbstbeurteilung. Die ursprüngliche Skala (Horowitz et al. 1979) erfasste die traumabezogenen Reaktionen Intrusion und Vermeidung. In der revidierten Fassung (Weiss et al., 1996) wird zusätzlich Übererregung abgefragt. Hier wurde die deutsche Fassung von Maercker und Schuetzwohl (1998) verwendet. Die Probanden wählen bei 22 Fragen auf einer Skala mit nicht äquidistanter Punktzahl ihre Antworten aus: „überhaupt nicht“ (0 Punkte), „selten“ (1 Punkt), „manchmal“ (3 Punkte), „oft“ (5 Punkte). Damit werden sieben Items zu den Symptomen der Intrusion, acht zur Vermeidung und sieben zur Übererregung gemessen. Eine Schätzformel auf der Basis einer Regressionsgleichung errechnet aus den Skalen den diagnostischen Wert X. Bei positiven diagnostischen Werten X geht man vom Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung aus. Für die Subskalen der deutschen Übersetzung (Ferring & Filipp, 1994) lagen interne Konsistenzen zwischen

Cronbachs $\alpha = .77 - .87$ für die Subskala Intrusion und $\alpha = .67 - .76$ für die Subskala Vermeidung, je nach Stichprobe und Messzeitpunkt. Für die Retest-Reliabilitäten zwischen vier Messzeitpunkten im Verlauf von vier Jahren gaben die Autoren Werte von $r \geq .87$ für Intrusionen und $r \geq .72$ für Vermeidung an. Nach der Erweiterung des Tests um die Subskala Übererregung durch Weiss und Marmar (1996) wurde ein $\alpha = .90$ und eine Retest-Reliabilität von $r = .92$ ermittelt.

Die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS, Cox et al. 1987) erfasst speziell depressive Symptome von der Schwangerschaft bis zum vollendeten ersten postpartalen Jahr. Spezifität (86 %) und Sensitivität (98 %) sind hoch und für verschiedene Kulturen gut etabliert sowie bereits an Vätern validiert (Murray und Carothers 1990). Die Probanden geben in zehn Items Auskunft zu ihrem Befinden der letzten sieben Tage. Bei Skalenwerten von 0 („so wie immer“) bis 3 („überhaupt nicht“) gilt ein Punktwert größer 12 als prädiktiv für eine klinisch manifeste Depression, basierend auf ICD-10 sowie DSM-IV Kriterien. In einer systematischen Übersicht von Gibson et al. (2009) wird dargestellt, dass eine Vielzahl von Studien auch niedrigere Punktwerte für diagnostische Kriterien verwenden. Die Autoren beschreiben, dass für einen Cut-off Point von 9/10 die Sensitivität, für das Erkennen einer PPD, 59 % bis 100% erreicht, bei einer Spezifität von 44 % bis 97%. Bei Verwendung von Cut-off-Point 12/13 erreichte die Sensitivität für PPD 34 % bis 100% und die Spezifität 49 % bis 100%. Weitere Untersuchungen von Dennis (2002) zeigten, dass der EPDS in der Lage ist, 85,4 % der Frauen mit PPD nach 4 Wochen und 82,5 % der Frauen nach acht Wochen postpartum exakt zu bestimmen. Die Split-half Reliabilität lag bei .88 und der α -Koeffizient bei .87 (Cox et al, 1987). Muzik et al. (2000) zeigten, dass die deutsche Übersetzung des EPDS reliabel zum Screening einer postpartalen Depression ist.

In Anlehnung an die Kurzform des F-Sozu-K-22-Fragebogens von Frydrich et al. (1999), der als vollstandartisiertes Selbstbeurteilungsinstrument das individuelle Erleben unterstützenden Verhaltens, sowie auch belastendes Verhalten des sozialen Umfeldes misst, wurden in dieser Untersuchung die Probanden zu beiden Messzeitpunkten gefragt, wie gut sie sich durch Personen ihres Umfeldes unterstützt fühlten. Die 22 Items des Originalfragebogens (Kurzform) beinhalten Fragen zur emotionalen und praktischen Unterstützung, zu Vertrauenspersonen

und zur Zufriedenheit und besitzen inhaltlich-logische und faktorielle Validität. Für Patientengruppen wurden im Vergleich mit Kontrollgruppen signifikante Unterschiede bezüglich sozialer Unterstützung gefunden. Die interne Konsistenz bei 12 Stichproben mit insgesamt N = 909 Personen lag zwischen $\alpha = .79$ und $.92$. Die Retest-Reliabilität lag für Zeitabstände von zwei bzw. sieben Monaten bei $.65$ bzw. $.52$. In dieser Befragung wurde nicht zwischen emotionaler und praktischer Unterstützung differenziert. Für die Beurteilung wurde eine fünfstufige Skala angeboten. Die Probanden konnten wählen zwischen eins („gut unterstützt“) bis fünf („nicht gut unterstützt“).

Das soziale Umfeld wurde mit den folgenden Items definiert:

- Partner
- Eltern
- andere nahestehende Personen
- Hebammen
- Ärzte
- Pflegepersonal

2.4.2 Weitere Fragebögen

Die Datenerhebung zu den Ereignissen um Schwangerschaft und Geburt wurde mit selbst erstellten Fragebögen realisiert. Die Fragen nach der Planung der Schwangerschaft, nach Frühgeburten oder Aborten in der Anamnese, nach auffälligen Untersuchungsbefunden oder auch behandelten Komplikationen konnte von den Probandinnen mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden. Diese wurden nur im Fragebogen der Mütter verwendet. Es wurde nicht erhoben, wie viel Aufwand für das Erreichen der Schwangerschaft betrieben wurde, zum Beispiel wie lange die Mutter bereits zu konzipieren versuchte, ob versucht wurde mittels physikalischer Methoden wie Temperaturmessung, eine Konzeption zu forcieren oder ob es schon Behandlungen in einer spezialisierten gynäkologischen Praxis gegeben hatte.

Ein allgemeiner Eindruck über das Geburtserleben wurde mit einer Einschätzung auf einer Skala von eins („gar nicht belastend“) bis fünf („sehr belastend“) gewonnen, ohne dass detailliert nach zum Beispiel der Zeitdauer, Gabe von Schmerzmedikation, Anwesenheit des Partners und Umgang der Geburtshelfer mit den Probanden gefragt wurde. Die körperliche und seelische Belastung durch Schwangerschaft und Geburt konnten die Probanden auf einer Skala von eins („gar nicht belastend“) und fünf („sehr belastend“) einschätzen. Bei allen diesen selbstentworfenen Fragebögen ließen gekennzeichnete Leerzeilen die Möglichkeit für die Probanden, ihre Antworten zu kommentieren. Alle Angaben wurden aus der Sicht der Mütter bzw. der Väter gemacht, d.h. es wurde keine ärztlich gesicherte Diagnose erhoben. Desweiteren wurde keine Differenzierung zum Schweregrad der Komplikationen vorgenommen, allerdings gingen wir von einer schwerwiegenderen Komplikation aus, wenn die Probandinnen stationär behandelt werden mussten.

2.5 Beschreibung der statistischen Methoden

Die Auswertung wurde mit SPSS 12.0 Software vorgenommen. Die deskriptive Statistik beinhaltet statistische Kennwerte, Tabellen und Grafiken. Für die Berechnung von Zusammenhängen intervallskalierter und dichotomer Merkmale wurde jeweils mit T-Tests für unabhängige Stichproben gearbeitet. Die Normalverteilung der Daten wurde mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test überprüft. Zusammenhänge zwischen intervallskalierten und ordinalen Skalen wurden mittels Rangkorrelationen (Spearman-Korrelationskoeffizient) berechnet.

3 Ergebnisse

3.1 Soziodemografische Daten

Im vorliegenden Kollektiv zeigte sich, dass die Teilnehmer fast ausschließlich die deutsche Staatsbürgerschaft hatten. Das Durchschnittsalter der Mütter lag bei 33 Jahren (SD 5.1, Min. 18, Max. 43) und der Väter bei 35 Jahren (SD 5.2, Min 21, Max. 46). Zwei Drittel aller Eltern hatten Hochschulreife und knapp die Hälfte von der gesamten Probandengruppe hatte ein Hochschulstudium abgeschlossen. Die Angaben zu der Anzahl der Kinder in der Familie zeigten, dass es sich in der Stichprobe um 39 (47 %) Probandenpaare handelte, die zum ersten Mal mit der Elternschaft konfrontiert wurden. Es gaben sechs (7.2 %) der befragten Familien an, dass es drei oder mehr Kinder gebe. Zum Zeitpunkt T1 lebten 88 (94.6 %) der Elternpaare zusammen. Bei Abschluss der Befragung hatten sich drei Paare getrennt.

Tabelle 2: Soziodemografische Daten

	Mütter N=93		Väter N=93	
	%	n	%	n
Nationalität				
Deutsch	87.0	80	88.9	80
Türkisch	1.1	1	2.2	2
Russisch	1.1	1	1.1	1
Andere	10.9	10	7.8	7
Alter				
< 20 Jahre	3.2	3	0	0
20-30 Jahre	25.8	24	18.3	17
31-40 Jahre	65.6	61	65.6	61
41-50 Jahre	5.4	5	16.1	15
Schulbildung				
Abitur	72.2	65	79.5	70
Realschulabschluss	22.2	20	12.5	11
Hauptschulabschluss	4.4	4	8.0	7
ohne	1.1	1	0	0
Schulabschluss				
Beruf				
Studium	50.5	46	55.6	50
Lehre/Ausbildung	44.0	40	41.1	37
Anderes	1.1	1	3.3	3
ohne Ausbildung	4.4	4	0	0

3.2 Schwangerschaft- und Geburtserleben

Die Datenergebnisse, die sich auf die Merkmalsbereiche Schwangerschafts- und Geburtserleben beziehen, erbrachte folgende Ergebnisse: In 80 Fällen (87 %) war die Schwangerschaft geplant, bei vier Elternpaaren (4.8 %) erfolgte die Schwangerschaft nicht spontan, sondern nach einer künstlichen Fertilisierung. Auf die Frage nach Komplikationen in der Schwangerschaft nannten die Probandinnen Rückenschmerzen, Hyperemesis, Gestationsdiabetes, Blutungen sowie vorzeitigen Blasensprung, wobei in einem Drittel der Fälle mit diesen Komplikationen eine stationäre Behandlung erforderlich wurde.

Unter belastenden Ereignissen, die nicht in direktem Zusammenhang mit der Schwangerschaft gestanden hatten, wie zum Beispiel der Tod eines Angehörigen, ein Wohnungswechsel, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz oder die Trennung vom Partner, in einem Fall mit Gewaltandrohung durch den Expartner, litten 21 (22.6 %) Probandinnen. Von einer vorangegangenen Frühgeburt berichteten 18 (19.4 %) Probandinnen.

Die Mütter erlebten mit deutlicher Mehrheit (62.4 %) die Schwangerschaft als körperlich nicht belastend ($M= 2.3$, $SD= 1.06$, $Min= 1$, $Max =5$). Jene, die angaben, die Schwangerschaft als körperlich „mittelmäßig belastend“ bis „sehr belastend“ erlebt zu haben, nannten als Gründe dafür Rückenschmerzen, Übelkeit, Schweregefühl der Beine und wenig Ruhe durch Arbeit oder Geschwisterkinder.

Sehr selten wurde die Schwangerschaft als seelisch „belastend“ oder „sehr belastend“ erlebt, das heißt in neun Fällen unter den Müttern ($M= 1.9$, $SD= 1.01$, $Min= 1$, $Max= 5$) und bei acht Vätern ($M=1.8$, $SD= 0.96$, $Min=1$, $Max= 4$). Wenn das der Fall war, war die Angst um das ungeborene Kind dafür der Hauptgrund. Einige Väter merkten an, auch unter den Stimmungsschwankungen der Frauen und deren eingeschränkter Belastbarkeit gelitten zu haben.

Ähnliche Angaben wurden zum Geburtserleben gemacht. Mit 55.9 % erinnerten die Mütter die Geburt als „mittelmäßig bis nicht belastend“ ($M 3.0$, $SD= 1.38$, $Min=$

1, Max= 5). Unter den Vätern gaben sogar insgesamt 81 % an, die Geburt als höchstens „mittelmäßig belastend“ empfunden zu haben (M=2.3, SD=1.25, Min=1, Max=5).

3.2.1 Komplikationen

Hier waren im Fragebogen Mehrfachnennungen möglich, da sich die geburtshilflichen Maßnahmen bei einem unerwarteten Geburtsverlauf gegebenenfalls ändern können. Deutlich erkennbar ist hier der allgemeine Trend zur Entbindung durch eine Sectio Caesarea. Die Hälfte aller teilnehmenden Mütter wurde letztendlich durch diese medizinische Intervention entbunden.

Tabelle 3: Geburtsverläufe

	%	n
spontan	56.6	52
eingeleitet	17.2	16
Vacuum- oder Forcepsextraktion	5.4	5
Sectio caesarea gewünscht	7.5	5
Sectio caesarea geplant	20.9	14
Sectio caesarea notwendig	37.3	25
Notfallsectio caesarea	7.5	5

Es gab nur einige komplizierte Verläufe, die eine weitere stationäre Betreuung entweder von Mutter oder Kind erforderlich machten. In 14 Fällen (15.1%) waren Neugeborene betroffen, davon wurden sechs Kinder innerhalb einer Woche wieder entlassen. Bei den übrigen acht Kindern kam es zu Behandlungszeiten von bis zu vier Wochen. In der Gruppe der Mütter kam es in einem Fall zu einer stationären Aufnahme von über einer Woche.

3.3 Angaben der Eltern zur Postpartalzeit

Bei der Aufgabe der Probanden, ihre seelischen und körperlichen Befindlichkeiten einzuschätzen, wird deutlich, dass das Gros der Eltern sich im abgefragten Zeitraum überwiegend gut gefühlt hat. Da in den kommentierten Antworten der Eltern bezüglich somatischer Beschwerden weitgehend Beeinträchtigungen durch Infektionen der oberen Luftwege geschildert wurden, sind hier einzig die Ergebnisse der Antworten zum seelischen Befinden aufgeführt. Zum Zeitpunkt T1 gaben 73 Mütter an (80.3 %) sich „gut bis sehr gut“ zu fühlen, 15 (12.1 %) fühlten sich „mittelmäßig gut“ und 7 (7.7 %) fühlten sich „schlecht bis sehr schlecht“. Zwei Probandinnen machten keine Angaben. In der Gruppe der Väter gaben 69 Probanden (83.1 %) an sich „gut bis sehr gut“ zu fühlen, nur drei Probanden (3.6 %) gaben an sich „nicht sehr gut“ zu fühlen, die übrigen elf Probanden (13.3 %) lagen im Mittelfeld. Zum Zeitpunkt T2 wurde die gleiche Einschätzung erbeten. Die meisten Mütter (86.9 %) fühlten sich „gut bis sehr gut“, „mittelmäßig“ fühlten sich sechs Probandinnen (7.9 %), und von vier Müttern (5.2 %) wurde die schlechtest möglich Befindlichkeit angegeben. In 17 Fällen wurden keine Angaben gemacht. Auch bei den Vätern stellt sich die Verteilung zu T2 sehr ähnlich im Vergleich mit der vorangegangenen Befragung dar: 61 Väter (84.7 %) vergaben ein „gut bis sehr gut“, acht Väter (8.6 %) fühlten sich „mittelmäßig“ und nur drei (4.2 %) schlecht bis sehr schlecht. Hier machten 21 Probanden keine Angaben.

Die Mehrheit der Probanden fühlte sich durch ihr soziales Umfeld „gut“ oder „eher gut“ unterstützt, eine Darstellung erfolgt in Tabelle 4. Zu T1 erhielten jeweils eine Mutter und ein Vater, aus zwei unterschiedlichen Fällen psychotherapeutische Hilfe. Beide beurteilten dieses Angebot als nicht hilfreich. Sechs Mütter (8%) und zwei Väter (2.9 %) gaben an, sich zu dem befragten Zeitpunkt psychotherapeutische Hilfe gewünscht zu haben. Zu T2 nahm dieselbe Mutter wie zu T1 psychotherapeutische Hilfe in Anspruch und keiner der Väter. Zu diesem Zeitpunkt wünschten sich noch vier Mütter (6.8 %) und zwei Väter (3.2 %) psychotherapeutische Begleitung.

Tabelle 4: Angaben zur Unterstützung durch das Umfeld

		Mütter				Väter			
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
T1	Partner/in	1.4	0.74	1	5	1.2	0.58	1	4
	Eltern	1.8	1.19	1	5	1.7	0.94	1	5
	Andere	2.1	1.18	1	5	1.9	1.02	1	5
	Hebamme	1.4	0.83	1	5	1.4	0.71	1	4
	Ärzte	1.6	0.78	1	4	1.7	0.77	1	3
T2	Partner/in	1.8	1.03	1	5	1.1	0.39	1	3
	Eltern	2.1	1.34	1	5	2.4	1.22	1	5
	Andere	2.2	1.04	1	5	2.4	1.09	1	5
	Ärzte	1.8	0.75	1	4	2.0	1.05	1	5

3.4 Posttraumatische Belastungsstörung

3.4.1 IES-R Auswertung bezüglich der Häufigkeit von PTBS in der Stichprobe

Die in der Abbildung 1 dargestellte Verteilung des jeweils erreichten IES-R Fragebogen- spezifischen diagnostischen Werts x zeigt, dass weder für Mütter noch für Väter an einem der beiden Messzeitpunkte ein Wert größer null vorliegt und damit nach Fragebogenkriterien keine posttraumatische Belastungsstörung aufgetreten ist.

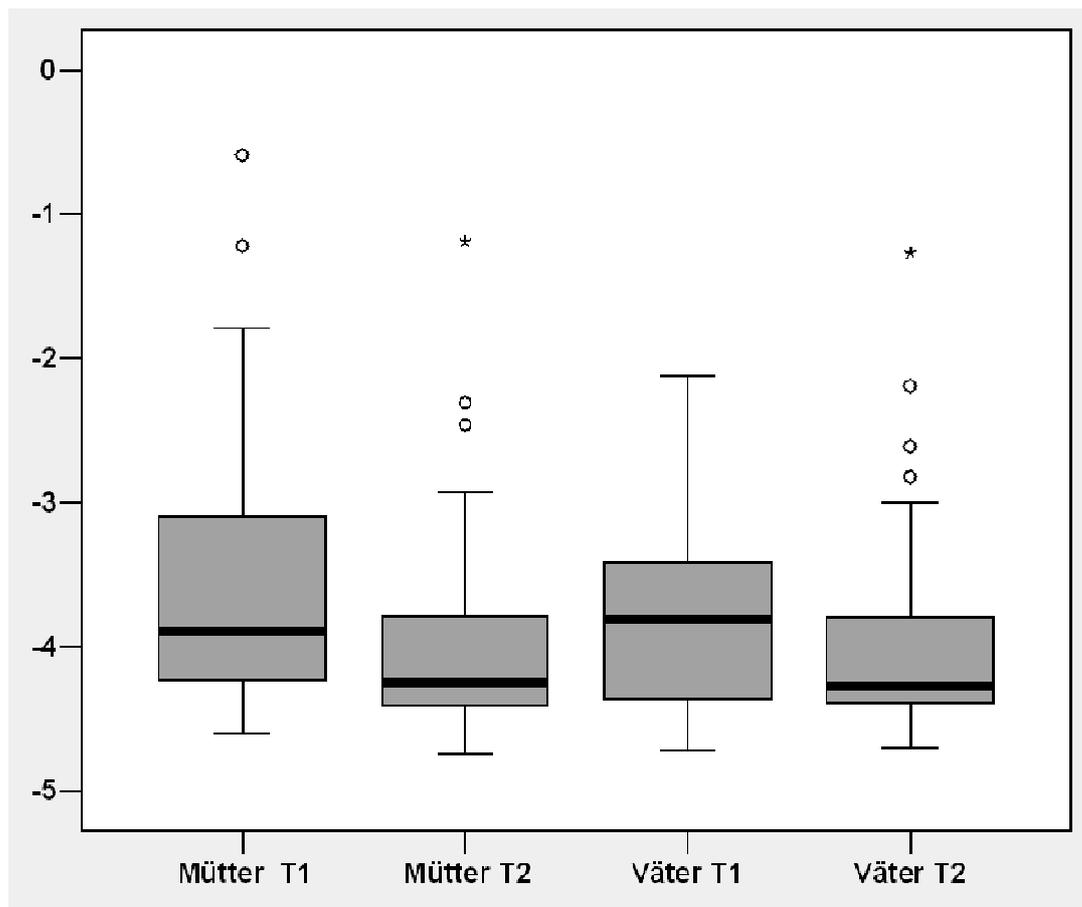


Abbildung 1: Diagnostischer Wert X der IES-R Gesamtskalen

Teilnehmer zu T1: Mütter N= 78, Väter N=71, zu T2: Mütter= 71, Väter=63.

3.4.2 Mittelwertverlauf der IES-R – Subskalenwerte

Die Tabellen 5 und 6 geben die Scores der IES-R-Subskalenwerte und deren Mittelwertverläufe wieder. Bei beiden Elternteilen ist die Abnahme der Werte für die Symptomgruppe Hyperarousal signifikant, bei den Müttern ist zusätzlich eine Abnahme der Werte in der Symptomgruppe Vermeidung zu erkennen.

Tabelle 5: Mittelwertvergleich IES-R Subskalen, Mütter

	Mütter							
	n	T1		T2		t	df	p
IES-R Score		M	SD	M	SD			
Intrusion	66	7.6	5.7	6.9	5.7	0.95	65	0.346
Hyperarousal	69	5.2	5.4	2.2	3.6	4.68	68	0.000
Vermeidung	67	2.5	3.8	1.7	2.7	2.16	66	0.035

Tabelle 6: Mittelwertvergleich IES-R Subskalen, Väter

	Väter							
	n	T1		T2		t	df	p
IES-R Score		M	SD	M	SD			
Intrusion	56	7.8	5.8	7.4	5.4	0.55	55	0.585
Hyperarousal	62	3.6	3.4	2.1	3.0	4.05	61	0.000
Vermeidung	58	2.2	3.1	1.6	2.9	1.30	57	0.199

3.4.3 Gruppenvergleiche der Schwangerschafts- und Geburtsdaten mit den IES-Summenscores zu T1

In der folgenden Tabelle 7 ist zu ersehen, ob das Vorliegen einer bestimmten Bedingung einen Einfluss auf die erreichten IES-R Scores hatte. Auch wenn bereits festgestellt werden konnte, dass in keinem untersuchten Fall ein Störungsniveau nach vollen PTBS-Kriterien erreicht wurde, so kann man erkennen, dass sich in der Gruppe der Mütter für die Merkmale geplante Schwangerschaft, spontane Geburt und Multiparität leichte Signifikanzen abzeichnen. In der Gruppe der Väter gab es das nicht zu beobachten (siehe Tab. 8).

Tabelle 7: Vergleich dichotomer Merkmale mit IES-R Summenscores, T1, Mütter

	Mütter						t	df	p
	Nein			Ja					
	n	M	SD	n	M	SD			
Geplante Schwangerschaft	10	23.7	13.9	67	14.8	12.5	2.06	75	0.043
Belastungen i. d. Schwangerschaft	61	15.8	12.6	17	17.5	14.7	-0.47	76	0.638
Spontane Geburt	35	12.2	10.3	42	19.5	14.4	-2.59	73	0.012
Multiparität	44	13.3	9.4	33	19.8	16.1	-2.05	48	0.046
Schwangerschaftsabbrüche	62	16.7	11.8	16	14.1	17.2	0.71	76	0.477
Frühgeburt i. d. Anamnese	75	16.1	13.2	3	17.7	6.1	-0.20	76	0.844

Tabelle 8: Vergleich dichotomer Merkmale mit IES-R Summenscores, T1, Väter

	Väter						t	df	p
	Nein			Ja					
	n	M	SD	n	SD				
Geplante Schwangerschaft	6	9.8	8.2	64	10.3	-0.96	68	0.343	
Belastungen i. d. Schwangerschaft	56	14.6	9.7	15	11.7	1.35	69	0.183	
Spontane Geburt	32	11.9	10.5	38	10.0	-1.38	68	0.172	
Multiparität bei der Partnerin	41	12.8	9.4	30	11.3	-0.91	55	0.367	
Schwangerschaftsabbrüche der Partnerin	59	14.0	10.2	12	10.6	0.36	69	0.721	
Frühgeburt i. d. Anamnese	67	13.2	9.9	4	12.3	-1.94	69	0.056	

3.4.4 IES-R Gesamtscores in Beziehung zu den Merkmalen Bildung und erlebte Unterstützung durch die Partner und Klinikpersonal, T1

Für die Mütter der Stichprobe bestehen positive Zusammenhänge zwischen der Bildung und den erreichten Scores. Es gibt einen schwachen Trend, dass bei höherem Bildungsniveau niedrigere Werte erreicht werden. In der Gruppe der Väter lassen sich keine Zusammenhänge erkennen. Die Angaben zur erlebten Unterstützung durch den Partner wirkten sich in keiner Weise auf die Skalenwerte aus. Die Unterstützung durch das Klinikpersonal bezog sich nur auf die Gruppe der Mütter (siehe Tab. 9).

Tabelle 9: Vergleich der IES-R Gesamtscores mit rangkorrelierten Merkmalen, T1

	Mütter			Väter		
	n	r	p	n	r	p
Schulbildung	76	0.26	0.025	67	0.00	0.979
Berufsausbildung	75	0.34	0.003	67	0.09	0.456
Unterstützung durch Partner	78	-0.11	0.331	69	-0.91	0.459
Unterstützung durch Hebamme	75	-0.04	0.730			
Unterstützung durch Ärzte	72	-0.04	0.763			

3.5 Postpartale Depression

3.5.1 EPDS Auswertung bezüglich der Häufigkeit von postpartaler Depression in der Stichprobe

Ein Summenscore von > 12 wurde zu T1 von 15 Frauen erreicht (16.1 %, N = 92), zu T2 noch von fünf Frauen (5.4 %, N = 73). Unter den Männern wurde dieses zu T1 viermal erreicht (4.3 %, N = 83) und zu T2 fünfmal (5.4 %, N = 69). Betrachtet man die Fallverläufe, so zeigt sich, dass unter den fünf Frauen, die zu T2 noch als klinisch auffällig gelten müssen, eine Probandin ist, die zu T1 noch unauffällig blieb. Für die Gruppe der Männer stellte sich ein ähnliches Ergebnis dar: von fünf klinisch auffälligen zu T2 erreichten zwei Probanden zu T1 noch unauffällige Werte.

3.5.2 EPDS Kennwerte der Mittelwertvergleiche an beiden Messzeitpunkten

Es gibt eine signifikante Abnahme der depressiven Symptomatik in der Gruppe der Mütter zu verzeichnen, in der Gruppe der Väter jedoch nicht (siehe Tab. 10).

Tabelle 10: EPDS-Summenscorevergleiche beider Eltern zu T1 und T2

EPDS	n	T1		T2		t	df	p
		M	SD	M	SD			
Summenscore								
Mütter	72	7.7	5.0	5.6	4.3	3.98	71	0.000
Väter	65	3.3	3.9	3.8	4.1	-1.54	64	0.127

3.5.3 Gruppenvergleiche der Schwangerschafts- und Geburtsdaten mit EPDS Summenscores zu T1

Bei beiden Elternteilen lassen sich keine Zusammenhänge zwischen den Gruppen mit einer der aufgeführten Bedingungen und den erreichten EPDS-Scores erkennen (siehe Tab. 11 und 12).

Tabelle 11: Vergleich dichotomer Merkmale mit EPDS-Scores, T1, Mütter

	Mütter								
	Nein			Ja			t	df	p
	n	M	SD	n	M	SD			
Geplante Schwangerschaft	12	6.6	3.5	79	7.5	5.1	-0.61	89	0.539
Belastungen i. d. Schwangerschaft	71	7.5	5.1	21	8.0	5.6	-0.46	90	0.648
Multiparität	51	8.2	5.4	40	6.9	4.8	1.22	89	0.227

Tabelle 12: Vergleich dichotomer Merkmale mit EPDS-Scores, T1, Väter

	Väter								
	Nein			Ja			t	df	p
	n	M	SD	n	M	SD			
Geplante Schwangerschaft	9	3.0	3.0	73	3.7	3.9	-0.54	80	0.594
Belastungen i. d. Schwangerschaft	66	3.4	3.3	17	4.8	5.3	-0.10	19	0.312
Multiparität d. Partnerin	46	4.0	4.1	36	3.2	3.4	0.93	80	0.357

3.5.4 EPDS-Scores in Beziehung zu den Merkmalen Bildung und Unterstützung durch das Umfeld zu T1

Tabelle 13: Vergleich rangkorrelierter Merkmale mit EPDS-Scores, T1

	Mütter			Väter		
	n	r	p	n	r	p
Bildung	90	0.18	0.098	80	0.2	0.842
Unterstützung durch Partner	92	-0.08	0.458	82	0.6	0.604
Unterstützung durch Hebamme	84	0.57**	0.000			
Unterstützung durch Ärzte	86	0.12	0.250			

** . Die Korrelation ist auf dem 0.01 Niveau signifikant (zweiseitig)

4 Diskussion

4.1 Methodenkritik

Diese Untersuchung in Form einer prospektiven Längsschnittuntersuchung durchzuführen, erschien insofern geeignet, als dass die Geburt in gewissem Sinne ein planbares Trauma darstellt. Diesem Sachverhalt begegnet man im Bereich der Traumaforschung ansonsten selten. Die besondere Problematik von Längsschnittstudien liegt in den Messwiederholungseffekten, z.B. Erinnerungs- oder Gewöhnungseffekte. Diese lag auch in unserem Fall vor und ließ eine fehlerhafte Interpretation der Ergebnisse möglich werden. Weiterhin muss bei Untersuchungen wie dieser, die sich mit psychischen Aspekten nach einem definierten Ereignis befassen, immer in Betracht gezogen werden, dass die bereits vorbestehenden persönlichen Merkmale auf die Störung möglicherweise nicht ausreichend gewürdigt werden. Dazu hätte man die Stichprobe bereits in der Schwangerschaft untersuchen müssen, was mit den gewählten psychometrischen Tests nicht möglich ist, da die deutsche EPDS für die Schwangerschaft nicht validiert ist (Bergant et al. 1981) und die IES-R sich ja explizit auf ein definiertes Trauma bezieht. Weiterhin gilt es zu bedenken, dass unter den Autoren im Bereich der Traumaforschung ein Konsens bezüglich der Einschätzung besteht, dass die Kombination aus Selbstbeurteilung und strukturiertem Interview für eine differenzierte Diagnosestellung optimal ist (Kaloupek & Keane 1996) und, dass ein derartig variablenorientierter Untersuchungsansatz gerade bei psychotraumatologischen Inhalten nicht die Komplexität von Kausalfaktoren und Einflussgrößen ausreichend würdigt (Fischer & Riedesser 1998).

Es wurde sich dennoch für eine Datenerhebung mittels Fragebögen entschieden, da diese einfacher durchzuführen, weniger personal- und somit auch weniger kostenintensiv ist. Dieses Vorgehen ermöglicht es nicht, Verzerrungen, die bei jeder Selbsteinschätzung entstehen, durch einen persönlichen Kontakt zu objektivieren.

Es wurde versucht, eine Stichprobenverzerrung im Rahmen der Probandenrekrutierung so gut als möglich zu vermeiden. Dafür wurden an vorher festgelegten Tagen, alle auf den Wochenstationen befindlichen, zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme erreichbaren Frauen bzw. Elternpaare befragt. Als problematisch jedoch ist zu bewerten, dass sich eine gewisse Homogenität in der Stichprobe durch die räumliche Beziehung zur Geburtsklinik herauskristallisierte. Wie in allen größeren Städten ist auch in Hamburg ein gewisser sozialer Status häufig stadtteilgebunden und nimmt insofern Einfluss auf eine Stichprobengruppe, da in der Regel eine örtlich nahegelegene Geburtsklinik aufgesucht wird. Der Anteil an Personen, die aufgrund unzureichender Verständigung nicht teilnehmen konnten war mit N=5 sehr gering, so dass das Ausmaß der Stichprobenverzerrung hier sehr gering bleibt und vernachlässigt werden kann.

Insbesondere die IES-R wurde bereits in anderen Untersuchungen bei Frauen nach der Geburt angewandt, die Frage bleibt jedoch offen, ob es ein geeignetes Screeninginstrument ist, d.h. ob es die spezifischen Gegebenheiten der Situation nach einer Geburt berücksichtigt (Olde 2006). Ebenso gibt Gibson in einer Übersicht zur Validität der EPDS (2009) zu bedenken, dass die EPDS, obwohl so weitverbreitet angewendet, nicht in jedem Setting und Kontext als valides Instrument gelten kann. Für die Auswertung der EPDS in der Gruppe der Väter wurde derselbe Cut-Off verwendet wie bei den Müttern. Bei einer Untersuchung von Matthey (2001) wird jedoch darauf hingewiesen, dass ein niedrigerer Cut-Off-Wert bei Männern empfohlen wird und gibt einen optimalen Wert von 5/6 an, allerdings waren in dieser Untersuchung auch die Werte für die Frauen mit 7/8 Punkten als Optimum deutlich niedriger als bei dieser Arbeit mit einem Wert von > 12. Und schließlich empfehlen Condon et al. (2004), eine gänzlich andere Methode zu entwickeln, um depressive Störungen bei Männern zu identifizieren, da die herkömmlichen Tests Symptome wie Wutausbrüche, Affektstarre, übermäßige Selbstkritik oder Alkohol- und Drogenmissbrauch nicht abfragen. Teststatistisch besteht bei gruppenstatistischen Auswertungen die Gefahr, dass klinisch relevante Einzelfälle vernachlässigt werden und bei zu kleinen Gruppengrößen keine Signifikanzen erreicht werden können.

4.2 Schwangerschaft- und Geburtserleben und Postpartalzeit.

Als erstes wurde zusammengetragen, wie die Eltern die Schwangerschaft und die Geburt erlebten. Bei dieser eher homogenen Gruppe von Probanden, die fast ausschließlich die deutsche Staatsbürgerschaft hatten, mit einem durchschnittlichen Alter von 33 Jahren (Frauen) und 35 Jahren (Männer) und einem Anteil von über zwei Dritteln mit Hochschulreife, wurde deutlich, dass Schwangerschaft und Geburt von beiden Elternteilen als überwiegend nicht belastend erlebt wurden. Es gab wenige Fälle, in denen Schwangerschaft und Geburt als mittelmäßig bis sehr belastend empfunden wurden. Interessanterweise lässt sich bei der Betrachtung dieser Fälle bei zueinander gehörigen Paaren feststellen, dass es teilweise zu einem komplett gegensätzlichen Empfinden kam: eine Probandin gab an, dass zum Beispiel die Partnerschaft am Ende der Schwangerschaft sehr belastend war, der Vater empfand diese Zeit als nicht belastend. Diese insgesamt aber eher ausgeglichenen Ergebnisse lassen die Vermutung aufkommen, dass sie im Zusammenhang mit der Homogenität der Stichprobe, die sozial und psychisch offenbar wenig belastet ist, stehen. Die Schilderungen der Eltern zu ihrer Befindlichkeit in der Postpartalzeit schließen sich an die vorangehenden positiven Bewertungen an.

Die Frage nach der erlebten Unterstützung, die sich zunächst auf einen größeren Personenkreis bezog, sich in der Ergebnisdarstellung aber auf die Partner/innen und, zu T1, auf das medizinische Personal beschränkt, kann überwiegend positiv bewertet werden. Erwartungsgemäß wurden zu T2 häufig keine Angaben mehr zur Unterstützung durch medizinisches Personal gemacht, da sechs Monate postpartum in der Regel kein Kontakt besteht. Zwischen den Untersuchungszeitpunkten T1 und T2 wurde in der Gruppe der Mütter eine kleine Verschiebung von „gut unterstützt“ zugunsten von „mittelmäßig gut unterstützt“ festgestellt, in der Gruppe der Väter blieben die Ergebnisse gleich. Die Interpretation dieser Antworten ist schwierig, da nicht deutlich wurde, worin die Gründe liegen, wenn sich ein Proband schlecht unterstützt fühlt. Es könnte in der Abwesenheit des Partners begründet sein oder im Unvermögen, zu erkennen, wo seine Hilfe benötigt wird. Ebenfalls wurde durch mehrere schriftliche Kommentare deutlich, dass es bei den Probanden eine sehr unterschiedliche

Erwartungshaltung bezüglich der Unterstützung von anderen gibt. Zu bedenken gilt es auch, dass die Fragebögen im häuslichen Bereich der Probanden ausgefüllt wurden und demnach eine Einsichtnahme des jeweiligen Partners nicht auszuschließen war. Möglicherweise beeinflusst ein solches Setting die Bewertung hin zu positiven Aussagen.

4.2.1 PTBS nach der Geburt zu T1 und T2

Bei der kategorialen Auswertung der IES-R zu beiden Messzeitpunkten fand sich in der gesamten Stichprobe kein Fall, bei dem, nach dem diagnostischen Wert x , eine posttraumatische Störung zu vermuten war. Wenn bei der Bewertung dieses Ergebnisses die bisher von verschiedenen Autoren (Soet 2003, Cohen 2004, Beck 2004, Olde 2006) benannten Prävalenzen von 1 – 2 % PTBS unter postpartalen Frauen berücksichtigt werden, wäre es durchaus denkbar gewesen, zumindest eine Probandin mit PTBS Kriterien zu diagnostizieren. Eine Erklärung für dieses Ergebnis könnte in der mit 90 Probandinnen geringen Stichprobengröße liegen. In einer Übersicht von Tedstone und Tarrier (2003), die nach Zusammenhängen von PTBS und akuten klinischen Ereignissen suchte, wie zum Beispiel Myokardinfarkt, Insult, kardiale chirurgische Interventionen, sowie aber auch die Geburt, machen die Autoren deutlich, dass nach ihrer Ansicht das Auftreten von PTBS-Symptomatik viel mehr von individuellen Persönlichkeitsmerkmalen und den Faktoren „niedriges soziales Unterstützungsniveau“ und „negativen Interaktionen“ mit dem medizinischen Personal zusammenhängt. Unter der Berücksichtigung der sehr homogenen Stichprobe dieser Arbeit, was Bildung, Alter und Angaben zur sozialen Unterstützung betrifft, erscheint es plausibel, dass kein Fall unter den Frauen zu diagnostizieren war. Auch die explizit als traumatisch erlebte Geburt, die bei Bailham (2003) und Ayers (2003) als wichtiger Faktor für eine PTBS unter den Frauen galt, konnte hier nicht zum Tragen kommen, da die Mehrheit der Probandinnen die Geburt als nicht stark belastend erlebten.

Für die Gruppe der Männer überrascht das Ergebnis insofern nicht, als dass Männer generell nicht als so vulnerabel für posttraumatische Stressreaktionen gelten (Kessler 1995) und in einer der aktuellsten Studien zur postpartalen PTBS

bei Vätern von Bradley et al. (2008) sich ebenfalls kaum Hinweise auf das Vorliegen von posttraumatischer Stresssymptomatik fanden. Zwar wurden in einzelnen länger zurückliegenden Studien auch Väter zu PTBS nach der Geburt ihres Kindes untersucht, die postpartal höhere Scores auf der IES-R Skala erreichten (Johnson 2002, van Pampus et al. 2004, Skari et al. 2002, Engelhard et al. 2002), aber Raten für die Prävalenzen, so wie sie für die Frauen benannt wurden, existieren bisher nicht.

Für die gesamte Stichprobe konnte bei der Auswertung der Fragebögen festgestellt werden, dass in mehreren Fällen die Eltern es ablehnten, alle Items des IES-R komplett zu beantworten, da ihnen, wie sie zum Teil handschriftlich kommentierten, die gestellten Fragen im Zusammenhang mit der Geburt ihres Kindes zu negativ erschienen. Ebenfalls wurde häufiger ein Kommentar zu Item Nr. 2 geschrieben (Frage nach Durchschlafschwierigkeiten), denn etwaige Schlafstörungen konnten nicht vom Schlaf-Wach-Rhythmus des Kindes getrennt werden. Dieser Sachverhalt muss ebenfalls in die Beurteilung des Ergebnisses einfließen und scheint eine Tendenz hin zu einer positiveren Bewertung des Geburtserlebnisses zu zeigen.

4.2.2 Abnahme der posttraumatischen Stresssymptomatik von T1 zu T2

Ein nächster Schritt in der Betrachtung der IES-R-Skala war die dimensionale Auswertung der Subskalen. Es galt festzustellen, ob es unter den drei Symptomgruppen, Intrusion, Hyperarousal und Vermeidung zu einer Abnahme der Scores kam. Eine Abnahme der Stresssymptomatik war zu erwarten und zeichnete sich signifikant für beide Elternteile in der Symptomgruppe Hyperarousal ab, in der Gruppe der Mütter ebenfalls noch leicht signifikant bei Vermeidung. Bei der Betrachtung dieses Ergebnisses sollte jedoch erwähnt werden, dass Olde (2006) in einer Übersicht zur Verwendung des IES-R bei postpartalen Frauen Zweifel bezüglich der Hyperarousal-Skala anmerkt. Es sei fraglich, dass diese Subskala, die erst nachträglich zu der Originalversion IES eingefügt wurde, zur Qualitätsverbesserung dieses Instruments beiträgt. Die Autoren äußern dahingehend die Empfehlung der Verwendung der ursprünglichen IES mit den 15

Items bei postpartalen Frauen. Die Symptome der Hyperarousal-Skala lassen sich, im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen, auch am schwierigsten von den Veränderungen, die die Postpartalzeit natürlicherweise mit sich bringt, differenzieren.

4.2.3 Ausprägung des Stresserlebens bei Vorliegen oder Nicht-Vorliegen von dichotomen Merkmalen

Beim Betrachten der Ergebnisse bezüglich einer Auswirkung von vorher definierten Merkmalen auf die erreichten IES-R-Scores fanden sich drei Variablen, die sich als signifikant herausstellten, und dieses nur in der Gruppe der Mütter. Diese erreichten beim Vorliegen von einer spontanen Geburt, Primiparität und ungeplanter Schwangerschaft schwach signifikant höhere Werte. Die Variablen: Belastungen in der Schwangerschaft, Abort oder Frühgeburt in der Anamnese hätten erwartungsgemäß ebenfalls einen Zusammenhang aufzeigen sollen, allerdings waren in der Gruppe der Probandinnen wenige, die diese Merkmale erfüllten. In einer Untersuchung von Cohen et al. (2004) war der Faktor „stressfull life event“ und Depression viel ausschlaggebender für posttraumatischen Stress, als es das Schwangerschaft- und Geburtserleben war. In zehn Fällen wurde angegeben, dass eine ungeplante Schwangerschaft vorgelegen habe. Solche geringen Fallzahlen lassen aber eine Signifikanzprüfung nur begrenzt aussagekräftig erscheinen und eine Beurteilung dieser Variablen im Bezug zur posttraumatischen Störung muss ausbleiben. Stärker ausgeprägtes posttraumatisches Erleben der Mütter bei spontaner Geburt ließe sich mit den erlebten Schmerzen unter der Geburt erklären (Schreiber und Galai-Gat, 1993). Obwohl die Schmerzen bei der Geburt als erwartet und gewissermaßen normal, weil „zu der Geburt gehörend“ bezeichnet werden können, kann man vermuten, dass sie von Gebärenden unterschiedlich bewertet und so zu unterschiedlich ausgeprägten Stressempfindungen führen können. Bei einer Sectio caesarea ist der OP-Situs außerhalb des Sichtbereiches der Eltern und vermittelt außerdem möglicherweise eher ein Gefühl der Planbarkeit bzw. Kontrolle. Den Erwartungen, so man denn davon sprechen kann, bezüglich der Zusammenhänge der angeführten Variablen und der Gruppe der Väter, wurde im Grunde genommen

entsprochen. Da es nur schwach signifikante Zusammenhänge bei den Müttern gab und eingangs postuliert wurde, dass die Väter im Allgemeinen nicht so stark unter einer posttraumatischen Stresssymptomatik leiden würden, überrascht es nicht, dass bei ihnen keine Zusammenhänge feststellbar waren.

4.2.4 Ausprägung des Stresserlebens bei rangkorrelierten Merkmalen

Der schwach positive Zusammenhang zwischen höherer Bildung und niedrigeren Werten der IES-R-Skala in der Gruppe der Mütter entsprach den Erwartungen. Anders bei der Unterstützung durch den Partner, bei der sich keine Unterschiede zeigten. Hier wären Zusammenhänge zu erwarten gewesen, denn dieses Merkmal ist bei vielen Autoren ein wichtiger Faktor für das postpartale psychische Befinden (Cigoli 2006, Riecher-Rössler 2006). Für die Gruppe der Väter wurden keine Zusammenhänge feststellbar. Für die Gruppe der Väter gab es eine niedrigere Erwartungshaltung bezüglich der Ausprägung von posttraumatischen Stresssymptomen, da vermutet wird, dass Väter nicht oder nicht so stark unter postpartalem posttraumatischem Stress leiden (Bradley et al. 2008). So konnten die Ergebnisse nicht überraschen. Bei den Ergebnissen zur Unterstützung durch den Partner/die Partnerin muss man jedoch im Auge behalten, dass die Interpretation der Antworten schwierig war. Die Mehrheit der Paare gab an, sich gut unterstützt zu fühlen, bei denen, die dieses nicht angaben, wurde nicht klar, worin die Begründung dafür lag. Es gab keinen Anhalt dafür, ob das zum Beispiel durch die Abwesenheit des Partners (im Falle der Mütter) oder in seinem bzw. ihrem Unvermögen begründet lag, da bei diesen Items kein Platz für Kommentare vorgesehen war. Es gab jedoch Teilnehmer, die trotzdem handschriftliche Vermerke machten und aus diesen wurde deutlich, dass es eine sehr unterschiedliche Erwartungshaltung gegenüber anderen gab.

4.2.5 Postpartale Depression zu T1 und T2

In der kategorialen Auswertung der postpartalen Depression bei den Müttern korrelierten die Ergebnisse zu T1 mit Angaben aus der Literaturrecherche, d.h. 16 % der Probandinnen können als klinisch auffällig eingeordnet werden. Dabei ist anzumerken, dass in der vorliegenden Untersuchung ein strenger Cut-Off-Wert von größer 12 gewählt wurde, während häufig bei Untersuchungen zu diesem Thema ein Cut-Off von größer neun bereits als klinisch relevant betrachtet wird (Gibson 2009). Nach O'Hara (1996) gibt es einen Inzidenzgipfel zwischen der 4. und 12. postpartalen Woche. Zu T2 hin waren noch fünf Prozent der Frauen im klinisch relevanten Score-Bereich. Dass sich der Anteil der betroffenen Frauen so stark reduziert, ist überraschend. Bei anderen Autoren (Zaers 2008, Ballard 1994, Shaper 1994, Cooper 1996, Lane 1997), die alle die EPDS verwendeten, gab es eine solche massive Abnahme der Prozentwerte bzw. der depressiven Symptombelastung nicht.

In der dimensionalen Auswertung der EPDS-Scores wurde eine signifikante Mittelwertabnahme um zwei Punkte erkennbar. Die Abnahme dieser Werte bestätigt die Ergebnisse einer alten Untersuchung von Cooper (1988), in der festgestellt wurde, dass in den meisten Fällen bei einem Beginn einer depressiven Episode vier bis sechs Wochen postpartum, nach drei Monaten eine Remission, auch ohne Behandlung, eingetreten ist. Nach einer anderen Untersuchung (Kumar 1984) bleiben jedoch bei bis zu 50 % der Frauen mit PPD die Symptome über sechs Monate bestehen, manchmal bis zu vier Jahren. Insofern entsprechen die Ergebnisse den Erwartungen: es kommt zu einer Abnahme der depressiven Symptomatik, jedoch bleibt ein kleiner Anteil der Gruppe klinisch auffällig.

Die Ergebnisse in der Gruppe der Väter konnten teilweise nicht durch Literaturrecherchen erklärt werden. Zwar wurde ein geringerer Anteil an klinisch relevanter EPDS-Scores erwartet und ist mit 4.1 % zu T1 auch erreicht worden, warum sich dieser Wert dann aber nicht, wie bei den Müttern, verringert, sondern tendenziell eher noch steigt, bleibt unklar. Zu T2 war es ein Vater mehr (5.4 %) der klinisch relevante Symptomatik zeigte und auch in der dimensionalen Auswertung gab es die geringe Tendenz zur Mittelwertsteigerung.

4.2.6 Ausprägung der depressiven Symptomatik bei Vorliegen oder Nicht-Vorliegen der gewählten dichotomen und rangkorrelierten Merkmale

Es zeigte sich, dass der Vergleich mit den erreichten EPDS-Scores mit den Merkmalen „geplante Schwangerschaft“, „Belastungen in der Schwangerschaft“, „Multiparität“, „gutes Bildungsniveau“ und „Unterstützung durch den Partner“ keine Zusammenhänge aufwies, weder bei den Müttern noch bei den Vätern. Dieses Ergebnis ist konform mit einer Arbeit von Fairbrother und Woody (2007), in der die Autoren nach einer prospektiven Studie postulierten, dass einige geburtshilfliche und auf das Neugeborene bezogene Variablen sehr wohl signifikant Symptome für posttraumatischen Stress vorhersagen konnten, diese sich jedoch als Vorhersagewerte für Depression als nicht relevant erwiesen.

5 Zusammenfassung

In dieser Verlaufsuntersuchung wurden in zwei Hamburger Geburtsabteilungen Eltern sechs Wochen und sechs Monate nach der Geburt ihres termingerecht geborenen Kindes mittels Selbstbeurteilungsbögen zu posttraumatischen und depressiven Symptomen befragt. Es sollte überprüft werden, ob sich bei postpartalen Frauen Aussagen zum Vorkommen und Verlauf postpartaler psychischer Störungen aus der bisherigen Forschung reproduzieren lassen. Für die Gruppe der betroffenen Männer hatte die Untersuchung einen eher explorativen Charakter, da sich bisher vergleichsweise wenig Literatur diesbezüglich findet. Weiterhin wurde der Einfluss verschiedener Faktoren auf das Vorkommen und das Ausmaß von postpartalen posttraumatischen und depressiven Symptomen untersucht.

Die Datenerhebung mittels IES-R ergab keinen einzigen Fall in der Gesamtstichprobe, der die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung erfüllte. Bei den bisher beschriebenen niedrigen Inzidenzraten ist dies so nicht überraschend und möglicherweise der Stichprobengröße und Zusammensetzung geschuldet. Außerdem hat sich gezeigt, dass PTBS mit einer hohen Rate an Komorbiditäten einhergehen kann, und daher sollte zumindest in Betracht gezogen werden, dass sich posttraumatische Symptome auch auf einer depressiven Ebene zeigen können. Bei der dimensional Betrachtung des Ausmaßes von posttraumatischer Stressreaktion mittels der drei Subskalen Intrusion, Hyperarousal und Vermeidung zeigte sich, dass sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern die Mittelwerte am zweiten Untersuchungszeitpunkt abgenommen hatten, für die Symptomgruppe Hyperarousal jeweils bei beiden Elternteilen signifikant. Als Einflussfaktoren für niedrigere Werte auf der IES-R-Gesamtskala konnten bei den Frauen die Variablen „geplante Schwangerschaft“, „Multiparität“ und „höheres Bildungsniveau“ jeweils schwach signifikant herausgestellt werden. In der Gruppe der Männer gab es keine nachweisbaren Zusammenhänge zwischen der IES-R-Gesamtskala und den getesteten Einflussfaktoren.

Bezüglich der depressiven Symptomatik konnte gezeigt werden, dass mittels EPDS klinisch relevante Fälle in der Gesamtgruppe zu finden waren. Dabei entsprachen die Inzidenzraten zum ersten Untersuchungszeitpunkt für Frauen denen aus der aktuellen Literatur. Diese Rate verringerte sich deutlich im Verlauf der Untersuchung. Dieser Sachverhalt bleibt unklar. In der Gruppe der Männer gab es ein Drittel Betroffener im Vergleich zu den Frauen zum ersten Untersuchungszeitpunkt, hier verringerte sich die Anzahl Betroffener nicht, eher gab es leichte Tendenzen der Zunahme. Es konnten keine Zusammenhänge zwischen den gewählten Variablen und den EPDS – Werten festgestellt werden.

Nach dieser Ergebnislage erscheint es sinnvoll, ein Screening mittels EPDS bei Eltern vorzunehmen, auch wenn es Stimmen gibt, die sagen, dass bei diesem Test die depressive Symptomatik von Männern nicht ausreichend abgedeckt sei. Ob die IES-R als ein geeignetes Screening-Instrument etabliert werden könnte, erscheint zweifelhaft. Zwar könnte, wie bereits genannt, die Beschaffenheit der Stichprobe das Nichtvorkommen an betroffenen Frauen erklären, jedoch wurde in der Untersuchung deutlich, dass vielen Elternteilen die Fragen als zu „negativ“ im Zusammenhang mit der Geburt, also mit dem Kind, erschienen. Außerdem war die auffälligste Subskala Hyperarousal. Insbesondere diese Symptomgruppe geht mit Beschwerden einher, die zu Recht in die Zeit der Anpassung an das Leben mit einem Neugeborenen als „normal“ beschrieben werden.

Diese Untersuchung sollte zum Verständnis postpartaler psychischer Störungen bei Eltern beitragen und die Möglichkeit von einfach zu verwendenden Selbstbeurteilungsbögen als diagnostisches Instrument beleuchten, das Aufschluss über die dimensionale postpartale Belastung mit psychischen Symptomen und die Notwendigkeit einer weiterführenden klinisch-psychiatrischen Diagnostik geben kann. Es erscheint sinnvoll, zukünftig regelmäßig in einem solchen Kontext nach „frisch gebackenen“ Eltern zu schauen, allerdings sollte – dem Stand der Erkenntnisse aus der Literatur folgend - optimalerweise bereits in der fortgeschrittenen Schwangerschaft im gynäkologisch-geburtshilflichen Kontext das psychische Befinden erfragt werden, was aufgrund der Beschaffenheit dieser Untersuchung hier nicht möglich war.

6 Literaturverzeichnis

Abramowitz, J. et al. (2001) Acute onset of obsessive-compulsive disorder in males following childbirth. *Psychosomatics* 42, 429-431.

Akman et al. (2006) Mothers' postpartum psychological adjustment and infantile colic. *Archive of Disorders Child* 91, 417-419.

Alder, J., Stadlmayr, W., Tschudin, S., Bitzer, J. (2006) Posttraumatic symptoms after childbirth: What should we offer? *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology* 27(2), 107-112.

Allen, S. (1998) A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth. *Journal of Reproductive an Infant Psychology* 16, 107-131.

Almond, P. (2009) Postnatal depression: a global public health perspective. *Perspectives in Public Health* 129, 221-227.

Areias ME, Kumar R, Barros H, Figueiredo B.(1996) Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *British Journal of Psychiatry* 169: 36-41.

Austin MP (2004) Antenatal screening and early intervention for "perinatal" distress, depression and anxiety: where to from here? *Archive of Womens Mental Health* 7:1-6.

Austin, M. and Priest, C. (2005) Clinical issues in perinatal mental health: new developments in the detection and treatment of perinatal mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 112, 97-104.

Ayers, S., Pickering, A. D. (2001) Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? *Birth*, 2001, 28 (2), 111-118.

Ayers, S. (2003) Commentary on posttraumatic stress following childbirth. A review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychology, Health and Medicine*, 8(2), 169-172.

Ayers, S. (2004) Delivery as a traumatic event: Prevalence, Risk Factors and Treatment for Postnatal Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Obstetrics and Gynaecology* 47(3), 552-567.

Ayers, S., Eagle, A., Waring, H. (2006) The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study. *Psychology, Health- and Medicine*, 11(4), 389-398.

Ayers, S., Joseph, S., Mc Kenzie-McHarg, K, Slade, P., Wijma, K. (2008) Post-traumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendations for future research. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 29(4), 240-250.

Bailham, D., Joseph, S. (2003) Posttraumatic stress following childbirth. A review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychology, Health and Medicine*, 8(2), 159-168.

Ballard, C. G., Stanley, A.K. and Brockington, I.F. (1995) Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) after Childbirth. *British Journal of Psychiatry* 166, 525-528.

Ballard CG, Davis R, Handy S, Mohan RN (1993). Postpartum anxiety in mothers and fathers. *European Psychiatry* 7,117—21.

Ballard CG, Davis R, Cullen PC, Mohan RN, Dean C. (1994) Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. *British Journal of Psychiatry*;164:782—8.

Ballestrem v., C. L., Strauß, M., Häfner, S. & Kächele, H. (2001). Screening und Versorgung von Müttern mit postpartaler Depression. In Rohde, A. & Riecher Beck, C. T (1996) A meta-analysis of predictors of postnatal depression. *Nursing Research* 45, 297-303.

Beck, C. T., (2004) Birth Trauma: In the Eye of the Beholder. *Nursing Research*, 53(1), 28-35.

Beck, C.T. (2006) Pentad Cartography: Mapping Birth Trauma Narratives. *Qualitative Health Research*, 16(4), 453-466.

Beebe, M. D., (1993) Association of reported infant crying and maternal parenting stress. *Clinical pediatrics* , 32, 15-19.

Bergant, A.M., Nguyen, R., Heim, K. et al. (1981) Deutschsprachige Fassung und Validierung der „Edinburgh postnatal depression scale“. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 23, 35-40.

Blanchard EB, Hickling EJ, Mitnick N, Taylor AE, Loos WR, Buckley TC (1995) The impact of physical injury and perception of life threat in the development of post-traumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *Behavioural Research and Therapy* 33, 529-534.

Blumberg, N. (1980) Effects of neonatal risk, maternal attitude and cognitive style on early postpartum adjustment. *Journal of Abnormal Psychologie* 89, 139-150.

- Born, L., Phillips, S.D., Steiner, M. and Soares, C. (2005) Trauma and the reproductive lifecycle in women. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas Psyciatr.* 27(II), 565-572.
- Bortz, J., Döring, N., (2006) *Forschung und Evaluation*. Seite 629. Springer Verlag.
- Bradley, R., Slade, P., Leviston, A. (2008) Low rates of PTSD in men attending childbirth: A preliminary study. *British Journal of Clinical Psychology*, 47, 295-302.
- Brady, K. T. (1997) Posttraumatic stress disorder and comorbidity: Recognizing the many faces of PTSD. *Journal of Clinical Psychiatry* 58, 912-915.
- Brockington, I. F. (2004) Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet*, 363, 303-310.
- Brooten, D., Gennaro, S., Brown, L., Butts, P., Gibbons, A., Bakewell-Sachs, S., Kumar, S., (1988) Anxiety, depression and hostility in mothers of preterm infants. *Nursing Research* 37, 213-216.
- Broussard, E. R. (1979) Assessment of the adaptive potential of the mother-infant-system: The Neonatal Perception Inventory. *Seminars in perinatology* 1, 91-100.
- Broussard, E. R., Hartner, M. S. S. (1970) Maternal perception of the neonate as related to development. *Child Psychiatry and Human development*, 1, 6-25.
- Bydlowsky, M., Raoul-Duval, A. (1978) Un avatar psychique méconnu de la puerpéralité: La névrose traumatique post-obstétricale. *Perspectives Psychiatriques*. 4, 321-328.
- Campbell, S. B., Cohn, J. F. (1991) Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. *Journal of Abnormal Psychology* 100, 595-599.
- Carlier IVE, Gersons BPR (1995) Partial posttraumatic stress disorder (PTSD): The issue of psychological scars and the occurrence of PTSD symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease* 183, 107-109.
- Choi, M. (1973) A comparison of maternal psychological reaction to premature and fullsize newborns. *Nursing Research*, 35, 72-75.
- Cigoli, V., Gilli, G., Saita, E. (2006) Relational factors in psychopathological responses to childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 27(2) 91-97.

Cohen, M.-M., Ansara, D., Schei, B., Stuckless, N., Stewart, D.-E. (2004) Posttraumatic stress disorder after Pregnancy, Labor and Delivery. *Journal of Women's Health*, 13(3), 315-324.

Condon JT, Boyce P, Corkindale CJ. (2004) The First-Time Fathers Study:a prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry* ;38:56—64.

Confidential Enquiries into Maternal Deaths (2001) Why mothers die 1997-1999. *London, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*.

Cooper, P.J., Murray, L., Hooper, R. et al (1996) The development and validation of a predictive index for postpartum depression. *Psychology Medicine*, 26, 627-634.

Cox et al. (1987) Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150, 782-786.

Cox JL, Murray D, Chapman G. (1993) A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry* 163, 27-31.

Creedy, D. K., Shochet, I. M., Horsfall, J. (2000) Childbirth and the development of acute trauma symptoms: Incidence and contributing factors. *Birth*, 27, 104-111.

Cooper PJ, Campbell EA, Day A, Kennerley H, Bond (1988) A. Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth. A prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *British Journal of Psychiatry* 152, 799–806.

Czarnocka, J., Slade, P. (2000) Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Psychiatry* 39, 35-51.

Deater-Deckard, K.P. et al. (1998) Family structure and depressive symptoms in men preceding and following the birth of a child. *American Journal of Psychiatry* 155, 818-823.

Dennis,C.-L., & Hodnett, E. (2007). Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD006116..

DiBlasio, P., Lonio, C. (2002) Childbirth and narratives: How do mothers deal with their child's birth? *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health* 17(2), 143-151.

Engelhard, I. M., Van den Hout, M. A., & Arntz, A., (2001) Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *General Hospital Psychiatry*, 23, 62-66.

Engelhard, I. M., van Rij, M., Boullart, I., Ekhart, T. H., Spaanderman, M. E., van den Hout, M. A., Peeters, L. L., (2002) Posttraumatic stress disorder after pre-eclampsia: an exploratory study. *General Hospital Psychiatry*, 24, 260-264.

Evins, G., Theofrastous, J., Galvoín, S. (2000) Postpartum depression: a comparison of screening and routine clinical evaluation. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 182, 1080-1082.

Fairbrother N, Woody SR (2007) Fear of childbirth and obstetrical events as predictors of postnatal symptoms of depression and post-traumatic stress disorder. *Journal of Psychosomatic and Obstetric Gynaecology*. 28(4):239-42.

Ferring, D., Filipp, S. H. (1994) Teststatistische Überprüfung der Impact of Event-Skala: Befunde zu Reliabilität und Stabilität. *Diagnostica* 40, 344-362.

Fischer, G., Riedesser (1998) Lehrbuch der Psychotraumatologie, UTB Stuttgart, S.79 ff.

Fones, C. (1996) Posttraumatic stress disorder occurring after painful childbirth. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184 (3), 195-196.

Frydrieh, T. et al. (1999) Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung an einer repräsentativen Stichproben. *Diagnostica* 45, 212-216.

Gamble, J., Creedy, D. et al. (2005) Effectiveness of a Counseling Intervention after a traumatic childbirth: A Randomized Controlled Trial. *Birth Issues in Neonatal Care* 32(1), 11-19.

Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G., et al. (2005) Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality*.

Gennaro, S. (1988) Postpartal anxiety and depression in mothers of term and preterm infants. *Nursing Research*, 37, 82-85.

Gibson, J.,, McKenzie-McHarg, K., Shakespeare, J., Price, J., Gray, R. (2009) A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119: 350–364.

Goodman, J.L. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, 45, 26-35.

Grimes, D.A. (1994) The morbidity and mortality of pregnancy; Still a risky business. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 170, 1489-1474.

Halbreich, U., Karkun, S. (2006) Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 91(2-3), 97-111.

Harvey, I., McGrath, G., (1988) Psychiatric Morbidity in Spouses of Women admitted to a Mother and Baby Unit. *British Journal of Psychiatry* 152, 506-510.

Hiltunen, P., Ebeling, H., Moilanen, I. (2003) Postnatal parental depression. *Oulu University Press*.

Hofberg, K. and Brockington, I. (2000) Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. *British Journal of Psychiatry* 176, 83-85.

Horowitz, M.J., Wilner, N., Alvarez, W. (1979) Impact of Event Scale: A measure of Subjective Stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.

Ichida, M. (1996) A case of posttraumatic stress disorder (PTSD), the onset of which was the complication of childbirth. *Japanese Journal of Psychosomatic Medicine* 35(5), 431-434.

Jardri, R., Maron, M., (2006) Why and how to improve postnatal depression screening in the immediate post-partum? *Clinical Effectiveness in Nursing* 9(S2), 238-241.

Johnson, M.P. (2002) The implications of unfulfilled expectations and perceived pressure to attend the birth on men's stress levels following birth attendance: A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 23, 173-182.

Joseph, S., Willams, R. und Yule, W. (1995) Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress. *Clinical Psychology Review* 15(6), 515-544.

Kaloupek, D. G., Keane, T. M. (1996) Cognitive behavior therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *The Clinical Psychologist* 49(1), 7-8.

Kentenich, H., Wischmann, T., Stammer, H., Ittner, I., Himmel, W., Kochen, M., Krause, W., Ningel, K., Regel, K. & Strauß, B. (1999). *Praktische Therapie bei Fertilitätsstörungen - Manual für Frauenärztinnen und Frauenärzte aus psychosomatischer Sicht. Serono Pharma GmbH, 85716 Unterschleißheim.*

Keogh, E., Ayers, S., Francis, H. (2002) Does anxiety sensitivity predict post-traumatic stress symptoms following childbirth? *Cognitive Behaviour Therapy*, 31, 145-155.

- Kersting A (2005) Die traumatisch erlebte Geburt. In: Riecher-Rössler A, Bitzer J Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis. Urban & Fischer, München 358-367.
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 52, 1048-1060.
- Klainin, P., Arthur, D. G. (2009) Postpartum depression in Asian cultures: a literature review. *International Journal of Nursing Studies* 46(10), 1355-1373.
- Kumar, R., Robson, K., (1984) A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry* 144, 35-47.
- Kumar, R. (1994) Postnatal mental illness: A transcultural perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric* 29 (6), 34-40.
- Kumar, R., 1997 Anybody's child: severe disorders of mother-to-infant bonding. *British Journal of Psychiatry* 171, 175-181.
- Lane, A., Keville, R., Morris, M. et al. (1997) Postnatal depression and elation among mothers and their partners: prevalence and predictors. *British Journal of Psychiatry* 171, 550-555.
- Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M. H., (2002) Heterogene Entwicklung von Kindern postpartal depressiver Mütter. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie* 31, 127-134.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P., Spielberger, C.D. (1981) Das State-Trait-Angstinventar. Theoretische Grundlagen und Handanweisung. *Beltz Test GmbH, Weinheim.*
- Lee, D., Chung, T. (2007) Postnatal depression: an update. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 21 (2), 183-191.
- Lee, D., Chung, T. (2007) A Meta-Analysis of paternal postnatal depression. *Chinese Mental Health Journal*, in Press.
- Lewis, G. (2007) Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal death to make motherhood safer 2003-2005. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, London.
- Lyons, S. (1998) A prospective study of post traumatic stress symptoms 1 month following childbirth in a group of 42 first-time mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 16, 91-105.

- Madsen SA, Juhl T. (2007) Paternal depression in the postnatal period assessed with traditional and male depression scales. *Journal of men's health & gender* 4, 26-31.
- Maercker A (2003) Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. *Springerverlag*, Berlin Heidelberg New York, S. 3-36.
- Maercker, A., Schuetzwohl, M. (1998) Erfassung von psychischen Belastungsfolgen. Die Impact of Event Skala- revidierte Version (IES-R), *Diagnostica* 44(3), 130-141.
- Maggioni, C., Margola, D., Filippi, F. (2006) PTSD, risk factors and expectations among women having a baby: a two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 27(2), 77-90.
- Mallikarjun, P.K. & Oyeboode, F. (2005) Prevention of postnatal depression. *Journal of the Royal Society of Health* 125(5), 221-226.
- Matthey, S. Barnett, B. Ungerer J., Waters, B. (2000) Paternal and maternal depressed mood during transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders* 60, 75-85.
- Matthey, S., Barnett, B., Kavanagh, D. J., Howie, P. (2001) Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *Journal of Affective Disorders* 64, 175-184.
- Matthey S, Barnett B, Howie P, Kavanagh DJ. (2003) Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *Journal of Affective Disorders* 74, 139-147.
- Melzack, R., Taenzer, P., Feldman, P., Kinch, R.A. (1981) Labour is still painful after prepared childbirth training. *Canadian Medical Association Journal* 125, 357-363.
- Menage, J. (1993) Posttraumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 11, 221-228.
- Miles, M. S., Funk, S. G., Kasper, M. A. (1992) The Stress Response of Mothers and Fathers of Preterm Infants. *Research in Nursing and Health* 15, 261-269.
- Möller, H.-J., Laux, G., Deister, A. Psychiatrie und Psychotherapie. *MLP Duale Reihe, Thieme Verlag* 2005.

Moleman, N., Van der Hart, O., Van der Kolk, B.A. (1992) The partus stress reaction: A neglected etiological factor in postpartum psychiatric disorder. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 180, 271-272.

Moreau, C., Zishook, S. (2002) Rationale for a posttraumatic stress spectrum disorder. *Psychiatry Clinical North America* 25, 775-779.

Munk-Olsen, T., Laursen, T., Pedersen, C., Mors, O., Mortensen, P. (2006) New parenst an mental disorders: a population based register study. *Journal of American Medical Association* 296, 2582-2618.

Murray, L.; Fiori-Cowley, A.; Hooper, R.; and Cooper, P. J. (1996a). "The Impact of Postnatal Depression and Associated Adversity on Early Mother-Infant Interactions and Later Infant Outcome." *Child Development* 67, 2512-2526.

Murray, L., Cooper, P. (1997) Post partum depression and child development. *Psychological Medicine* 27, 253-260.

Murray, L., Cooper, P. (2003) The impact of postpartum depression on child development. *Oxford University Press, Oxford*.

Muzik, M. et al. (2000) Are commonly used self-report inventories suitable for screening postpartum depression and anxiety disorders? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 102, 71-73.

Navarro P, García-Esteve L, Ascaso C, Aguado J, Martín-Santos R (2008) Non-psychotic psychiatric disorders after childbirth: prevalence and comorbidity in a community sample. *Journal of Affective Disorders*. 109(1-2), 171-176.

Niven, C. (1988) Labour pain: long-term recall and consequences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 6, 83-87.

Oates, MR C.J., (2004) Postnatal depression across countries and cultures. *British Journal of Psychiatry* 184, 10-16.

O'Driscoll, M. (1994) Midwives, childbirth and sexuality. *British Journal of Midwifery* 2, 29-41.

O'Hara, M.W., Zekoski, Em M., Phillips, L. H., et al. (1990) Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing women and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology* 99, 3-15.

O'Hara, M.W., Swain, A. (1996) Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry* 8, 37-54.

- Olde, E., van der Hart, o., Kleber, R.J., van Son M.J., Wijnen, H.A., Pop, V.J. (2005) Peritraumatic dissociation and emotions as predictors of PTSD symptoms following childbirth. *Journal of Trauma and Dissociation* 6, 125-142.
- Olde, E., van der Hart, o., Kleber, R.J., van Son M.J., Pop, V.J. (2006) Childbirth and Posttraumatic Stress Responses: A Validation Study of the Dutch Impact of Event-Scale-Revised. *European Journal of Psychological Assessment* 22(4), 259-267.
- Olde, E., Kleber, R.J., van der Hart, O., and Pop, V.J.M. (2006) Childbirth and Posttraumatic Stress Responses: A Validation Study of The Dutch Impact of Event Scale – Revised. *European Journal of Psychological Assessment* 22(4), 259–267.
- Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R.J., van Son M.J., (2006) Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clinical Psychology Review* 26, 1-6.
- Paulsen, F. P., Bazemore, S. D. (2010) Prenatal and postpartum depression in fathers and ist association with maternal depression. A Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Association* .Vol. 303, 1961- 1970.
- Papousek, M. (2001) Wochenbettdepressionen und ihre Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung. In Braun-Scharm (Hg.) Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Wissenschaftliche Verlagsunion*.
- Pinheiro, R.T., Magalhaes, P.V.S., Horta, B.L., Pinheiro, K.A.T., da Silva, R.A., Pinto, R.H., (2006) Is paternal postpartum depression associated with maternal postpartum depression? Population-based study in Brazil. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113, 230-232.
- Pantlen, A., Rohde, A. (2001) Psychische Auswirkungen traumatischer erlebter Entbindungen. *Zentralbl. Gynäkologie* 123, 42-47.
- Quadagno, D. M., Dixon, L. A. , Denney, N. W., Buck, H. W., (1986) Postpartum moods in men and women. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology* 154, 1081-1023.
- Pierrehumbert, B., Nicole, A., Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Ansermet, F. (2003). Parental post-traumatic reactions after premature birth: Implications for sleeping and eating problems in the infant. *Archive of Diseases in Childhood*. 88, 400-404.
- Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., & O'Connor, T. G. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet*, 365(9478), 2201-2205.

- Ramchandani, P., & Psychogiou, L. (2009). Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *The Lancet*, 374(9690), 646-653.
- Reck, C., Stehle, E., Reinig, K., Mundt, C. (2009) Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *Journal of Affective Disorders* 113(1-2), 77 ff.
- Reynolds, J. L. (1997) Post-traumatic Stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *Canadian Medical Association* 156 (6), 831-835.
- Rössler, A. (Hrsg.). *Psychische Erkrankungen bei Frauen: Psychiatrie und Psychosomatik in der Gynäkologie*. (278-280). Regensburg: Verlag S. Roderer
- Rohde, A., Marneros, A. (1993a) Postpartum psychoses: onset and long-term course. *Psychopathology* 26, 203-209.
- Rohde, A., Marneros, A. (2007) Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie/ Ein Handbuch. Verlag W. Kohlhammer. S. 521-531.
- Ross, L.-E., & McLean, L.-M. (2006) Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry*. 67(8):1285-98.
- Ryding, E. L. (1993) Investigation of 33 women who demanded a Caesaeran section for personal reasons. *Acta Obstetricia et Gynaecologica Scandinavica* 72, 280-285.
- Sarimski, K. (2000) Frühgeburt als Herausforderung. Psychologische Beratung als Bewältigungshilfe. *Hogrefe Verlag*.
- Schreiber, S., Gallai-Gat, T. (1993) Uncontrolled pain following physical injury as the core-trauma in post-traumatic stress disorder. *Pain* 54, 107-110.
- (2008) Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women Birth*, 21(2):65-70.
- Segre, L.S., O'Hara, M.W., Arndt, S., Stuart, S. (2007) The prevalence of postpartum depression. The relative significance of three social indices. *Social psychiatry epidemiology* 42, 316-323.
- Shaper A.M., Rooney, B.L., Kay, N.R. et al. (1994) Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale to identify postpartum depression in clinical setting. *Journal of Reproductive Medicine* 39, 620-624.
- Shapiro, S., Nass, J., (1986) Postpartum psychosis in the male. *Psychopathology* 19, 138-142.

Skari, H., Skreden, M., Malt, U. F., Dalholt, M., Ostensen, A.B., Egeland, T., et al. (2002) Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth: A prospective population-based study of mothers and fathers. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 109, 1154-1163.

Slade, P. (2006) Towards a conceptual framework for understanding post-traumatic stress symptoms following childbirth and implications for further research. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 27(2), 99-105.

Soderquist, J., Wijma, K., Wijma B., (1997) Posttraumatic Stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders* 11 (6) 587-597.

Soderquist, J., Wijma, K., Wijma B., (2002) Traumatic stress after childbirth: The role of obstetric variables. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 23, 31-39.

Soderquist, J., Wijma, K., Wijma B (2006) The longitudinal course of post-traumatic stress after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, 27(2), 113-119.

Soet, J. E., Brack, G. A., Dilorio, C. (2003) Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth* 30, 36-46.

Soliday, E., McCluskey-Fawcett, K., O'Brien, M. (1999) Postpartum affect and depressive symptoms in mothers and fathers. *American Journal of Orthopsychiatry* 69, 30-8.

Spector, A.Z. (2006) Fatherhood and depression: a review of risks, effects, and clinical application. *Issues in Mental Health Nursing* 27, 867-883.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R.E. (1970) STAI, Manual for the State-Trait-Anxiety-Inventory. *Consulting Psychology Press*, Palo Alto, CA.

Stadlmayr, W., Bitzer, J., Amsler, F., Simoni, H., Alder, J., Surbek, D., et al. (2007). Acute stress reactions in the first 3 weeks postpartum: A study of 219 parturients. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 135(1), 65-72.

Stafford, J. (2002) A time of celebration? An investigation of the psychological distress associated with the events of childbirth. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences - and Engineering*. 63 (3-B), 1576.

Stuart, S. et al. (1998) Postpartum anxiety and depression: Onset and comorbidity in a community sample. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 186, 420-424.

- Terr, L.C. (1991) Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry* 148, 10-20.
- Thompson, R., Oehler, J., Catlett, A. & Johndrow, D. (1993) Maternal psychological adjustment to the birth of an infant weighing 1,500 grams or less. *Infant Behaviour and Development* 16, 471-485.
- Turton, P., Hughes, P., Evans, P. D., & Fainman, D. (2001) Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in pregnancy after stillbirth. *British Journal of Psychiatry* 178, 556-560.
- Thiel-Bonney, C., Cierpka., M. (2004) Die Geburt als Belastungserfahrung bei Eltern von Säuglingen mit Selbstregulationsstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 53(9), 601-622.
- VanPampus, M. G. et al. (2004) Posttraumatic stress disorder following preeclampsia and HELLP syndrome. *Journal of Psychosomatic-Obstetrics and Gynaecology* 25(3-4), 183-187.
- Vaughn, B., Deinard, A. S. & Egeland, B. (1980) Measuring temperament in pediatric practice. *Journal of paediatrics* 96, 510-514.
- Watson, J., Elliott, S., Rugg, A., Brough, D. (1984) Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *British Journal of Psychiatry* 144, 453-462
- Weiss, D.S., Marmar, C.R., Metzler, T., Ronfeldt, H. (1995) Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63, 361-368.
- Weiss DS, Marmar CR. (1996) The Impact of Event Scale -Revised. In J.P. Wilson & T. M. Keane (Eds.) *Assesing psychological trauma and PTSD*, 399-411. New York, Guilford Press.
- Weltgesundheitsorganisation (1994) *Internationale Klassifikationen psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V Forschungskriterien*. (Hersg. von H. Dilling, W. Mombour, M.H. Schmitdt & E. Schulte-Markwort. Bern: Verlag Huber.
- Westhoff, G. (1993) Handbuch psychosozialer Messinstrumente. *Hogrefe Verlag Göttingen*
- White, T., Matthey, S., Boyd, K., Barnett, B. (2006) Postnatal depression and post-traumatic stress after childbirth: Prevalence, course and co-occurrence. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 24(2), 107-120.

- Wijma, K., Soderquist, J., Wijma, B. (1997) Posttraumatic stress disorder after childbirth: A cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders* 11, 587-597.
- Wimmer-Puchinger, B. (1992). Schwangerschaft als Krise. Heidelberg: Springer Verlag.
- Wortmann-Fleischer, S., Downing, G., Hornstein, C. (2006) Postpartale psychische Störungen. Ein interaktionszentrierter Therapieleitfaden. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Zaers, S., Waschke, M., Ehlert, U. (2008) Depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder in women after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 29(1), 61-71.
- Zlotnick, C., Franklin, C. L., Zimmermann, M. (2002) Does „subthreshold“ PTSD have any clinical relevance? *Comprehensive Psychiatry* 43(6), 413-418.
- Zelkowitz P, Milet TH. (2001) The course of postpartum psychiatric disorders in women and their partners. *Journal of Nervous and Mental Disease* 189; 575-582
- .

7 Anhang

IES-R- Fragebogen

Denken Sie bitte an die Geburt ihres Kindes. Geben Sie im Folgenden an, wie Sie in der vergangenen Woche zu diesem Ereignis gestanden haben, indem Sie für jede der folgenden Reaktionen ankreuzen, wie häufig diese bei Ihnen aufgetreten ist.

1. Immer, wenn ich das Ereignis erinnert wurde, kehrten die Gefühle wieder.	<ul style="list-style-type: none">• überhaupt nicht• selten• manchmal• oft
2. Ich hatte Schwierigkeiten, nachts durchzuschlafen	<ul style="list-style-type: none">• überhaupt nicht• selten• manchmal• oft
3. Andere Dinge erinnerten mich immer wieder daran.	<ul style="list-style-type: none">• überhaupt nicht• selten• manchmal• oft
4. Ich fühlte mich reizbar und ärgerlich.	<ul style="list-style-type: none">• überhaupt nicht• selten• manchmal• oft

<p>5. Ich versuchte, mich nicht aufzuregen, wenn ich daran dachte oder daran erinnert wurde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • überhaupt nicht • selten • manchmal • oft
<p>6. Auch ohne es zu beabsichtigen, musste ich daran denken.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • überhaupt nicht • selten • manchmal • oft
<p>7. Es kam so vor, als ob es gar nicht geschehen wäre oder irgendwie unwirklich war.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • überhaupt nicht • selten • manchmal • oft
<p>8. Ich versuchte der Erinnerung aus dem Weg zu gehen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • überhaupt nicht • selten • manchmal • oft
<p>9. Bilder, die mit dem Ereignis zu tun hatten, kamen mir plötzlich in den Sinn.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • überhaupt nicht • selten • manchmal • oft
<p>10. Ich war leicht reizbar und schreckhaft.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • überhaupt nicht • selten • manchmal • oft

<p>11. Ich versucht, nicht daran zu denken.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • überhaupt nicht • selten • manchmal • oft
<p>12. Ich merkte zwar, dass meine Gefühle durch das Ereignis noch sehr aufgewühlt waren, aber ich beschäftige mich nicht mit ihnen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • überhaupt nicht • selten • manchmal • oft
<p>13. Die Gefühle, die das Ereignis in mir auslöste, waren ein bisschen wie abgestumpft.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • überhaupt nicht • selten • manchmal • oft
<p>14. Ich stellte fest, dass ich handelte oder fühlte, als ob ich in die Zeit (des Ereignisses) zurückversetzt sei.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • überhaupt nicht • selten • manchmal • oft
<p>15. Ich konnte nicht einschlafen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • überhaupt nicht • selten • manchmal • oft
<p>16. Es kam vor, dass die Gefühle, die mit dem Ereignis zusammenhingen, plötzlich für kurze Zeit viel heftiger wurden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • überhaupt nicht • selten • manchmal • oft

<p>17. Ich versuchte, es aus meiner Erinnerung zu streichen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • überhaupt nicht • selten • manchmal • oft
<p>18. Es fiel mir schwer, mich zu konzentrieren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • überhaupt nicht • selten • manchmal • oft
<p>19. Die Erinnerung daran lösten bei mir körperliche Reaktionen aus, wie Schwitzen, Atemnot, Schwindel oder Herzklopfen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • überhaupt nicht • selten • manchmal • oft
<p>20. Ich träumte davon.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • überhaupt nicht • selten • manchmal • oft
<p>21. Ich empfand mich selber als sehr vorsichtig, aufmerksam oder hellhörig.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • überhaupt nicht • selten • manchmal • oft
<p>22. Ich versuchte, nicht darüber zu sprechen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • überhaupt nicht • selten • manchmal • oft

Edinburgh Postnatal Depression Scale

In den letzten sieben Tagen :

1. konnte ich lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen

- so wie ich es immer konnte
- nicht ganz so wie sonst immer
- deutlich weniger als früher
- überhaupt nicht

2. konnte ich mich so richtig auf etwas freuen

- so wie immer
- etwas weniger als sonst
- deutlich weniger als früher
- kaum

3. fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas schief lief

- ja, meistens
- ja, manchmal
- nein, nicht so oft
- nein, niemals

4. war ich ängstlich und besorgt aus nichtigen Gründen

- nein, überhaupt nicht
- selten
- ja, manchmal
- ja, häufig

5. erschrak ich leicht bzw. reagierte panisch aus unerfindlichen Gründen

- ja, oft
- ja, manchmal
- nein, nicht oft
- nein, überhaupt nicht

6. überforderten mich verschiedene Umstände

- ja, die meiste Zeit war ich nicht in der Lage, damit fertig zu werden
- ja, manchmal konnte ich damit nicht gut fertig werden
- nein, die meiste Zeit konnte ich gut damit fertig werden
- nein, ich wurde so gut wie immer damit fertig

7. war ich so unglücklich, dass ich nicht schlafen konnte

- ja, die meiste Zeit
- ja, manchmal
- selten
- nein, überhaupt nicht

8. habe ich mich traurig und schlecht gefühlt

- ja, die meiste Zeit
- ja, manchmal
- selten
- nein, überhaupt nicht

9. war ich so unglücklich, dass ich geweint habe

- ja, die ganze Zeit
- ja, manchmal
- nur gelegentlich
- nein, niemals

10. überkam mich der Gedanke, mir selbst Schaden zuzufügen

- ja, ziemlich oft
- manchmal
- kaum
- niemals

8 Danksagung

Ich danke Herrn Prof. Dr. M. Schulte-Markwort für die Überlassung des Themas dieser Arbeit und Frau Dr. C. Bindt, Herrn Prof. Dr. C. Barkmann und Frau Wegner für die wissenschaftliche Betreuung und technische Assistenz, sowie auch Frau Herich vom Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie und den Mitarbeiterinnen der ärztlichen Bibliothek.

Mein Dank für Geduld, praktische und seelische Unterstützung gilt meinem Mann, meinem Sohn Bela, meinem Bruder und allen beteiligten Freunden und Verwandten.

Mama ich habe-

Dich lip. Mama Kön Wit-
Mal Was zusammen machen

Du Arbeitst nur Am-
comchüta Wert Du Das -

Machst Langke weite ich mich-
imer

Lebenslauf

Name: Swantje Diercks-Kroschke,
geb. Diercks

Geburtsdatum: 09. Dezember 1971

Geburtsort: Lübeck-Travemünde

Staatsangehörigkeit: deutsch

Familienstand: verheiratet, zwei Söhne
(2003, 2010)

Schulbildung: 1978-1982 Grundschole Osdorfer Weg,
Hamburg
1982-1992 Ernst-Schlee-Gymnasium,
Hamburg

Berufsausbildung: 1992-1995 Ausbildung zur
Kinderkrankenschwester,
Altonaer Kinderkrankenhaus
Examen 10/1995

Berufstätigkeit: 01/1996 – 09/1998 Kinderkrankenschwester,
neonatologische
Intensivstation des Altonaer
Kinderkrankenhauses,
später Perinatalzentrum
Altona

Studium: 10/1998 Aufnahme des Studiums der
Humanmedizin
Universität Schleswig-
Holstein, Campus Lübeck
10/2002 Fortsetzung des Studiums
am Universitätsklinikum
Hamburg Eppendorf

Ärztliche Tätigkeit: seit 04/2007 Assistenzärztin
Albertinenkrankenhaus
Hamburg, Abteilung für
Psychiatrie und
Psychotherapie

Dissertation: seit Frühjahr 2005 Doktorandin bei
Prof. Dr. Schulte-Markwort,
UKE

9 Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Unterschrift: