

Die Krise nach der Geburt

Petra Nispel

Frauenstein, Deutschland

Keywords: baby-blues; postpartum depression; postpartum psychosis, the causes and consequences

Abstract: *The Postpartum Crises.* The postpartum crises encompasses the following forms of reaction whose boundaries can be fluid: Baby-Blues, postpartum depression, postpartum psychosis. In order to evaluate the causes a multi-factorial approach is chosen. The combination of private and professional help are essential for the success of the treatment. The neglect of the postpartum crisis in Germany, however, hampers a cause-oriented care and treatment for women who suffer from postpartum depression and psychosis.

Zusammenfassung: Die nachgeburtliche Krise umfaßt folgende Reaktionsformen, deren Grenzen fließend sein können: Baby-Blues, postpartale Depression und postpartale Psychose. In der Bewertung der Ursachen wird ein multifaktorieller Ansatz zugrundegelegt. Die Kombination von privater bzw. familiärer und professioneller Hilfe versprechen einen guten Behandlungserfolg. Die Vernachlässigung der postpartalen Problematik in Deutschland schränkt jedoch eine ursachenorientierte Betreuung und Behandlung für betroffene Frauen ein, die unter einer postpartalen Depression oder Psychose leiden.

*

Postpartale Reaktionsformen

Nachgeburtliche Depressionszustände sind der breiten Öffentlichkeit in Deutschland kaum bekannt. Während der sogenannte „Baby-Blues“ als kurzfristiges Stimmungstief in den ersten Tagen nach der Niederkunft eine gewisse gesellschaftliche Akzeptanz erreicht hat, werden die postpartale Depression und die postpartale Psychose weiterhin in den Bereich der Marginalität abgeschoben und damit wenig thematisiert.

Begriffliche Verwischungen von fachlicher Seite erschweren die Problemlage: Häufig wird pauschal der Terminus „Wochenbettdepression“ für eine Diagnose zugrundegelegt. Dabei beziehen sich die einen auf den Baby-Blues, während die anderen die Wochenbettpsychose meinen. Nur eine klare Klassifizierung kann dem breiten Spektrum postpartaler Reaktionsformen gerecht werden. Ganz grob gliedern sich die Gemütszustände, in die eine Mutter nach der Geburt ihres Kindes geraten kann, in drei verschiedene Kategorien (zur Terminologie vgl. Hamilton u. Harberger 1992): das allgemeine Stimmungstief (Baby-Blues oder auch Heultage

genannt), die postpartale Depression, die postpartale Psychose (Wochenbettpsychose). Diese Gruppen stehen nicht isoliert nebeneinander, sondern bilden häufig fließende Grenzen, so daß sich z. B. aus dem allgemeinen Stimmungstief eine Depression entwickeln kann.

Das allgemeine Stimmungstief

„Der Baby-Blues erwischt mich ganz schön heftig. Wo ich doch gedacht habe: ‚Ich heule sicher nicht, warum auch?‘ Meine Nerven sind überdreht, ich fühle mich schwach, seltsam umnebelt. Ich weiß ja vom Vorbereitungskurs, daß das in den ersten Tagen oft so ist, die Heultage eben. Zuhause wird es bestimmt besser.“ (Angelika)

„Ich glaube, ich habe mich nie vorher und nachher in meinem Leben so mies gefühlt. Der Dammschnitt tat höllisch weh. Ich war dauernd nur am Losheulen, wegen jeder Kleinigkeit. Von den Ärzten und Schwestern bekam ich nur zu hören: ‚Das sind die Heultage. Das legt sich wieder.‘“ (Ute)

Der Baby-Blues (amerikanischer Fachbegriff) bezeichnet ein kurzlebiges Stimmungstief in den ersten 10 Tagen nach der Entbindung, von dem ungefähr 50 bis 80 Prozent aller Mütter betroffen sind. Er entsteht meist zwischen dem 3. und 5. Tag. Als typische Kennzeichen des allgemeinen Stimmungstief gelten:

- Traurigkeit und häufiges Weinen
- Empfindsamkeit und Stimmungsschwankungen
- Müdigkeit und Erschöpfung
- Schlaf- und Ruhelosigkeit
- Ängstlichkeit und Reizbarkeit
- Konzentrationsschwierigkeiten u. a.

Da es sich beim Baby-Blues um eine zeitlich begrenzte und häufig vorkommende Erscheinung handelt, gilt er als normal und relativ harmlos. Eine medizinische Behandlung ist nicht notwendig. Verständnis, Zuwendung und viel Geduld helfen der Mutter, ihr seelisches Tief zu überwinden.

Die Einordnung des Baby-Blues als Normalzustand darf nicht zur Folge haben, ihm keine weitere Beachtung zu schenken. Wenn die schlechte Stimmung ungewöhnlich lange anhält (über zwei Wochen), kann sich daraus eine dauerhafte Depression entwickeln. Außerdem fällt die sehr ernstzunehmende Wochenbettpsychose in den gleichen Zeitraum.

Postpartale Depression

„Auch nachdem ich mit meinem Kind aus dem Krankenhaus entlassen worden bin, bessert sich meine Verfassung zu Hause nicht. Ich habe jedes Gefühl für mich selbst verloren, so als wüßte ich garnicht mehr, wer ich bin, wofür es mir wert ist zu leben, was ich gut und was ich schlecht finde. Zwischendurch bin ich immer wieder total gerührt über unsere Tochter, stehe quasi mit Tränen in den Augen an ihrer Wiege. Nicht freudig, sondern auf eine seltsame Art wehmütig . . . Ich schaffe es von einem Tag zum nächsten. Nach außen merkt man mir nichts an. Der Haushalt läuft, das Kind ist versorgt. In mir läuft gar nichts mehr. Ich könnte ein Automat sein. Winter in meiner Seele. Eingefroren. Ich kann mich nicht mehr finden, alles ist so neblig, haltlos sumpfig. Das einzige Gefühl, das ich in dieser orientierungslosen Leere klar empfinden kann ist Angst: Angst zu versagen, Angst vor dem Weinen meiner Tochter, Angst, haltlos abzustürzen, verrückt zu werden.“ (Angelika)

„Ich habe versucht, mir das Leben zu nehmen, weil ich einfach den Eindruck gewann, daß es keinen Sinn mehr hätte. Diese Vorstellung weitete sich dann noch auf mein Kind aus. Ich wollte es ebenfalls umbringen, denn ich war der Ansicht, daß es ohne Mutter nicht alleine zurückbleiben sollte. Diese Selbstmordgedanken verfolgten mich tagein-tagaus, und ich konnte mich durch nichts davon ablenken. Das war eine ganz schlimme Zeit, die schlimmste meines Lebens, denn verstandesgemäß konnte ich mich selbst gar nicht mehr verstehen: Ich hatte mir schon immer ein Kind gewünscht und hatte auch konkrete Vorstellungen von seiner Erziehung gefaßt.“ (Karin)

Die postpartale Depression, von der ungefähr 10 bis 20 Prozent aller Mütter betroffen sind, kann jederzeit im ersten Jahr nach der Geburt des Kindes entstehen. Das Ausmaß der Betroffenheit variiert von Fall zu Fall: Es gibt leichte, gemäßigte und sehr schwere Formen. Die meisten Symptome kristallisieren sich in den ersten drei Monaten nach der Entbindung heraus. Sie können ihren Ausgangspunkt im Baby-Blues nehmen und anschließend in eine zunehmende Depression umschlagen. Ebenso ist es möglich, daß eine Frau ohne Erfahrung des Baby-Blues depressiv wird. Relativ typisch ist ein schleichender Entwicklungsverlauf. Als Kennzeichen der postpartalen Depression gelten:

- Müdigkeit, Erschöpfung, Energiemangel
- Traurigkeit, häufiges Weinen, inneres Leeregefühl
- Schuldgefühle
- allgemeines Desinteresse, sexuelle Unlust
- Konzentrations-, Appetit-, Schlafstörungen
- Ängste, extreme Reizbarkeit, Panikattacken
- Zwangsgedanken (wiederkehrende destruktive Vorstellungen, Bilder)
- Suizidgedanken
- ambivalente Gefühle dem Kind gegenüber
- physische Beschwerden, wie z. B. Kopfschmerzen, Schwindel, Herzprobleme

Uneinigkeit in der Fachwelt besteht darüber, ob es sich bei dieser Depressionsform um eine klassische oder atypische Depression handelt. Die Vertreter der atypischen Variante fordern die Einstufung der postpartalen Depression als eigenständiges Krankheitsbild, das einer differenzierten Behandlungsmethode bedarf. Diesen Ansatz verfolgt die 1980 gegründete Marcé-Gesellschaft (benannt nach dem französischen Arzt Louis Victor Marcé aus dem 19. Jahrhundert), eine internationale Vereinigung von Geburtshelfern, Psychiatern, Psychologen, Endokrinologen, Naturwissenschaftlern, Krankenschwestern u. a.

Postpartale Psychose

Die postpartale Psychose, auch Wochenbettpsychose genannt, stellt die schwerste Form nachgeburtlicher Reaktionsformen dar. Sie kommt bei einer bis drei von tausend Frauen vor und führt zu Realitätsverlusten sowie einer kompletten Persönlichkeitswandlung. Die Wochenbettpsychose entsteht vorwiegend in den ersten zwei Wochen post partum. Bei den meisten Frauen bricht die Krankheit unmittelbar nach den Wehen aus. Eine postpartale Psychose kann übergehen in eine postpartale Depression, wie es auch umgekehrt möglich ist, daß sich eine beginnende Depression zu einer Psychose ausweitet. Die Wochenbettpsychose läßt sich in verschiedene Ausformungen gliedern (vgl. Sauer 1993):

- manische Form: starke Antriebssteigerung, motorische Unruhe und Verworrenheit bis hin zu Größenwahn
- depressive Form: extreme Angstzustände, Antriebs-, Bewegungs- und Teilnahmslosigkeit
- schizophrene Form: Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Antriebsarmut

Relativ typisch für die Wochenbettpsychose sind Mischformen der genannten Zustandsbilder. Die schizo-depressiven gelten als die gefährlichsten, da sie mit einem erhöhten Suizidrisiko korreliert sind. Häufiger treten jedoch die schizo-manischen Mischbilder in Erscheinung: Euphorie und Antriebssteigerung paaren sich mit der Überzeugung, verfolgt zu werden oder mit anderen Wahninhalten.

Die Ursachen: Ein individuelles Puzzle-Bild

In der Bewertung der Ursachen liegen teilweise unterschiedliche Forschungsergebnisse vor. Einiges gilt auch noch nicht als wissenschaftlich abgesichert. Diese Tatsache mag die Individualität der Rahmenbedingungen reflektieren, innerhalb derer sich postpartale Reaktionsweisen herausbilden können. In der Fachwelt wird in diesem Zusammenhang weitestgehend von einem multifaktoriellen Ansatz ausgegangen: Zahlreiche körperliche, hormonelle, biochemische, psychische, soziale und gesellschaftliche Faktoren formen ein sich wechselseitig bedingendes Geflecht. Nicht zuletzt bestimmen auch die Anzahl und die Intensität der einzelnen Belastungsfaktoren das Ausmaß der postpartalen Krise (Herz 1992). Das hat zur Folge, daß bei jeder Frau, ihrer eigenen spezifischen physischen und psychischen Grundausstattung entsprechend, mit der sie als unverwechselbares Individuum eingebunden ist in einen familiären und gesellschaftlichen Bezugsrahmen, eine unterschiedliche Gewichtung der an der PPD beteiligten Faktoren zu berücksichtigen ist.

Zum Zwecke eine besseren Überschaubarkeit werden im folgenden die sich gegenseitig beeinflussenden Ursachen in verschiedene Kategorien eingeteilt. Wie bereits deutlich geworden ist, präsentiert sich die postpartale Problematik als ein sehr komplexes Erscheinungsbild, so daß es sich im Rahmen dieser Abhandlung nur um einen Problemaufriß handeln kann.

Physische Faktoren

Mit der Niederkunft muß der Körper eine gewaltige Umstellungsarbeit leisten. Dies betrifft insbesondere das *endokrine Element*. Mit dem Abgang der Plazenta entfällt abrupt die bisherige plazentare Hormonproduktion. Innerhalb weniger Stunden kommt es zu einem enormen Abfall von Östrogen und Progesteron. Das Milchbildungshormon Prolaktin wird vermehrt gebildet und hemmt damit gleichzeitig die körpereigene Östrogen- und Progesteronproduktion. Die vier von der Plazenta erzeugten einzigartigen Schwangerschaftshormone verschwinden wieder vollständig. Auch der Endorphinspiegel geht zurück.

Progesteron, das mit seiner beruhigenden Wirkung wie ein natürliches Antidepressivum auf das Gehirn wirkt, wurde besonders von der Ärztin Katharina Dalton als die eigentliche Ursache der postpartalen Depression gewertet. Die Endokrinologin ist davon überzeugt, daß die PPD durch die Anpassungsprobleme

einiger Frauen an den rapiden Abfall von Progesteron nach der Entbindung hervorgerufen wird. Laut Dalton produziert jede Plazenta in der Schwangerschaft ein anderes Progesteronniveau, womit folglich ein unterschiedlich hoher Abfall nach der Geburt verbunden ist. In dieser biologischen Besonderheit könne die Erklärung liegen, warum die eine Frau mehr, die andere weniger von postpartalen Reaktionen betroffen ist. Dalton führt aus, daß Frauen zu bestimmten Zeitpunkten besonders anfällig sind, eine psychische Erkrankung zu entwickeln, und zwar immer dann, wenn der Hormonspiegel Veränderungen unterworfen ist: am Ende der Schwangerschaft, nach dem Abstillen, bei Wiedereinnahme der Pille und mit Wiedereinsetzen der Menstruation (Dalton 1992).

Untersuchungen in Bezug auf das *Östrogen* legen den Schluß nahe, daß sein zu schneller Abfall nach der Geburt zu psychischen Störungen beiträgt, da Östrogen den Dopaminstoffwechsel im ZNS beeinflusst (vgl. Vinogradov u. Csernansky 1990).

Im Rahmen des endokrinen Orchesters erweisen sich auch die *Schilddrüsenhormone*, deren Level nach der Entbindung auf ein niedrigeres Niveau sinkt als vor der Schwangerschaft, als störanfällig. Ein Schilddrüsendysfunktion ist bekanntermaßen mit depressiven Verstimmungen verknüpft.

Insgesamt beeinflussen Störungen des Hormonhaushalts (Mangelscheinungen wie Schwankungen) Stimmung und Verhalten einer Person. Interessant ist in diesem Zusammenhang die Beobachtung, daß die postpartale Depression gehäuft bei Frauen auftritt, die in ihrer Vorgeschichte bereits an *Störungen des Menstruationszyklus und/oder prämenstruellen Spannungen* gelitten haben. Für Frauen, die unter dem prämenstruellen Syndrom leiden, muß der starke Abfall des Hormonspiegels nach der Entbindung eine zusätzliche physische und damit psychische Belastung darstellen. Umgekehrt werden Frauen, die eine postpartale Depression erfahren, in der Folge sehr viel anfälliger für das Prämenstruelle Syndrom, selbst wenn sie nie zuvor damit zu tun hatten (vgl. Dalton 1992).

Unter den physischen Faktoren, die zur Entstehung von PPD beitragen, reihen sich auch die schlaflosen Nächte ein, die mit der Geburt eines Kindes in unterschiedlichem Maße für viele Mütter eingeläutet werden. Aus der Schlaforschung ist bekannt, daß ein ständig unterbrochener Schlaf gravierende physische Auswirkungen haben kann (vgl. Minker 1990).

Als weiterer physischer Kontextfaktor im Rahmen der postpartalen Depression als auch der Psychose taucht immer wieder die *Frage der Erbllichkeit* auf. Fachleute gehen davon aus, daß zumindest bei schweren Depressionen und bei Psychosen wahrscheinlich eine genetische Veranlagung vorliegt, deren Anteil jedoch ungeklärt ist.

In diesem Zusammenhang ist die *Wiederauftretensrate* postpartaler Reaktionsformen von Interesse. Angaben über Rezidivquoten schwanken in der Literatur. Für die postpartale Depression pendeln sich die Wahrscheinlichkeitszahlen auf 30 bis 50 Prozent ein. Für die Wochenbettpsychose ermittelte Anke Rohde in einer Langzeitstudie eine Wiederauftretensrate von nur 25 Prozent (Rohde u. Marneros 1993).

Daraus wird die Schlußfolgerung gezogen, daß man nicht pauschal betroffenen Frauen von weiteren Schwangerschaften abraten sollte, zumal viele unter ihnen vielleicht ihr ganzes Leben darunter trauern, kein Kind mehr zu bekommen.

Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Eine während der Schwangerschaft auftretende Depression ist nicht viel seltener anzutreffen als eine Depression post partum: 10 bis 15 Prozent aller werdenden Mütter erleiden eine *Schwangerschaftsdepression*. Aus der annähernd zahlenmäßigen Übereinstimmung von pränataler und postpartaler Depression darf jedoch nicht zwangsläufig geschlossen werden, daß diese Fälle deckungsgleich sind: Einige Untersuchungen verweisen darauf, daß nur ein vergleichsweise geringer Anteil der postpartal depressiven Frauen bereits in der Schwangerschaft depressiv gewesen sind (vgl. die klassische Studie von Kumar u. Robson 1984). Damit stellt sich die Frage, ob jeweils unterschiedliche Ursachen vorliegen und inwieweit sich aus der Untersuchung von Schwangerschaftsdepressionen Voraussagefaktoren für eine Depression post partum ableiten lassen können. Vieles ist noch ungeklärt und bedarf einer weiteren Forschung (vgl. O'Hara 1995). Daneben werden unerwünschte, ungeplante und schwierige Schwangerschaften teilweise mit dem Auftreten postpartaler Depressionen in Verbindung gebracht.

Auch die *gynäkologische und geburtshilfliche Vorgeschichte* einer Frau hat einen nachweislichen Einfluß auf die Entstehung der postpartalen Depression. Als vorausgegangene Risikofaktoren gelten: eine Abtreibung, Fehlgeburt, langes Warten auf eine Schwangerschaft sowie besonders Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen.

Damit kommen wir zum nächsten wichtigen Punkt, der sich auf den *Zusammenhang von traumatischer Geburt und Depressivität* bezieht. In ihrer Dissertation konnte die Psychologin Veronika Windsor-Oettel (1992) belegen, daß Frauen ein geringeres Selbstwertgefühl und eine höhere Angst vorweisen, wenn sie auf ein schlimmes Geburtserlebnis zurückblicken müssen. Durch die zunehmende Technisierung und Anonymität im Kreißaal fühlt sich die werdende Mutter schnell als Patientin, die dem Geschehen passiv und hilflos ausgesetzt wird. Eine schmerzvoll erfahrene Niederkunft (lang anhaltende Wehen), Störungen im Geburtsverlauf (eine Geburt mit Zange oder Saugglocke, eine Kaiserschnittentbindung, eine künstliche Sprengung der Fruchtblase), viel Hektik und Betrieb, vielleicht noch unfreundliches Personal, lassen die ursprünglich mit Freude erwartete Geburt zu einer Erfahrung ausufern, die mit einer sogenannten posttraumatischen Streßreaktion in Verbindung gebracht wird (vgl. Ballard et al. 1996).

Die übliche Klinikroutine verhindert oft, daß der Kontakt zwischen Mutter und Kind sofort hergestellt wird, selbst nach normal verlaufenen Entbindungen. Die sofortige Trennung von Mutter und Kind nach der Niederkunft begünstigt die Entwicklung von Depressionen. Als weitere Risikofaktoren gelten in diesem Zusammenhang: eine Frühgeburt, ein behindertes Kind, ein krankes Kind, eine Totgeburt (vgl. Nijs 1986).

Die Meinungen, inwieweit das *Stillen und Abstillen* die Entstehung der postpartalen Depression fördern, klaffen auseinander. Einige physiologische Erklärungsansätze verweisen u. a. auf die hormonellen und biochemischen Veränderungen, die mit dem Stillen und Abstillen einhergehen. Bei etlichen Frauen zeigte sich die Zeit des Abstillens als eine besondere Phase der Vulnerabilität, vor allem dann, wenn es abrupt erfolgte (Rückgang der stimmungsaufhellenden Endorphine). Auftretende Stillprobleme, die meist von Gefühlen des persönlichen Versagens begleitet werden, begünstigen die Depression post partum. Aber auch

ein positives Still-Erleben kann weitreichende Einflüsse auf die Gemütslage nach dem Abstillen haben, wenn das Stillen als eine Episode innigster Vertrautheit und Zweisamkeit erfahren wurde und ausklingt oder aus medizinischen Erwägungen vorzeitig eingestellt werden mußte. Es ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, daß bestimmte Abstill-Präparate als depressionsfördernd einzustufen sind, auch wenn hier noch keine entsprechenden Untersuchungen vorliegen.

Psychische Faktoren

In der Fachliteratur wird die Bedeutsamkeit einer ganzen Reihe von psychischen Belastungen hervorgehoben, die eng mit der postpartalen Depressivität verwoben sein können:

Einige Autoren betonen den *Verlust-Charakter*, der mit der Geburt eines Kindes an die Oberfläche gespült werden kann: Abschied von der Schwangerschaft und der damit verbundenen Fürsorge, Abschied vom Traum-Baby, Abschied von der eigenen Kindheit, Verlust der Identität. Letzteres bedeutet, daß die durch die Mutterschaft auferlegten Einschränkungen in Bezug auf Beruf und Freizeitgestaltung eine schwere Identitätskrise auslösen können. Mit der Geburt eines Kindes reduziert sich zunächst die Befriedigung eigener Bedürfnisse in Ermangelung an frei verfügbarer Zeit auf ein Minimum. Im Gefolge können sich Gefühle der *Einsamkeit* und des Eingesperrtseins herausbilden, die in eine depressive Stimmung münden (vgl. Welburn 1981; Gmür 1995).

In zunehmenden Maße scheint auch die *berufliche Situation* der Frau an der Entwicklung von PPD beteiligt zu sein. Wenn das Leben zu Hause mit Kind oder Kindern nicht dem verinnerlichten Idealbild entspricht und/oder die Rückkehrmöglichkeiten in den Beruf eingeschränkt sind, kann das Selbstwertgefühl schnell brach liegen. Mütter unterscheiden sich in ihren Grundmustern an Wünschen, Bedürfnissen, Sehnsüchten und Vorstellungen. Denn umgekehrt ist es möglich, daß eine Frau die Rückkehr in den Beruf als Bedrohung empfindet, wenn sie lieber bei ihrem Kind bleiben möchte (vgl. Dix 1987).

In der Frage nach dem *Einfluß der Persönlichkeit* der Frau werden von den amerikanischen Psychologinnen Dunnewold und Sanford (1994) folgende Charakteristika zugrundegelegt, die im Rahmen der Entwicklung von PPD zumindest auf einige Frauen zutreffen mögen:

- ein Bedürfnis, ständig alles unter Kontrolle haben zu wollen,
- ein ausgeprägter Perfektionismus, gepaart mit einer hohen Erwartungshaltung,
- eine Neigung zu extremer Besorgnis und zu Negativ-Einschätzungen.

Da das erste Jahr nach der Geburt einen hochsensiblen Lebensabschnitt darstellt, in der vielschichtige körperliche, seelische und soziale Umstellungsprozesse ablaufen, liegt es nahe, daß in der Vorgeschichte verankerte *unverarbeitete Erlebnisse und Erfahrungen* reaktiviert werden können (z. B. Tod, Trennung von einem geliebten Menschen, sexueller Mißbrauch, zerrüttete Familienverhältnisse u. a.) Besonders Frauen, die bereits zuvor in ihrem Leben unter Depressionen, extremen Angstzuständen und Psychosen gelitten haben, sind wahrscheinlich für postpartale Reaktionen empfänglicher. Daneben erzeugen belastende Vorkommnisse (wie z. B. Ortswechsel, Veränderung in der Vermögenslage, Schwierigkeiten in der Familie, Krankheit, Tod, Trennung von nahestehenden Personen u. a.), die zeit-

lich nahe um die Geburt eines Kindes angesiedelt sind (pränatal oder postpartal), einen erheblichen seelischen Druck (vgl. Dunnewold u. Sanford 1994).

Soziale Faktoren

Die unterschiedlich gefärbten Beziehungsmuster haben eine tragende Rolle bei der Herausbildung von PPD:

Nach der Geburt des Kindes muß sich die *Mutter-Kind-Beziehung* erst entwickeln, wobei eingepflichte Ideal-Vorstellungen hinsichtlich der Mutterrolle das erwartete Glück trüben können, wenn sich widerstreitende Empfindungen Platz machen, die zwischen Entzücken und Ablehnung, zwischen überströmender Zärtlichkeit und ohnmächtiger Wut schwanken. Schuldgefühle machen sich breit, da Diskrepanzen in der frühen Mutter-Kind-Beziehung nicht erwartet werden. Je mehr Belastungen in dem Mutter-Kind-Verhältnis Raum einnehmen, desto höher ist das Risiko, an einer postpartalen Reaktion zu erkranken: In der Pflege anspruchsvoller Kinder, Kolik-Babys oder gar kranke Kinder können die psychische und physische Stabilität der Mutter fortschreitend unterhöheln.

Mit der Geburt eines jeden Kindes unterliegen sämtliche Beziehungen einer Veränderung. So muß beispielsweise die Beziehung zu den bereits *vorhandenen Kindern* neu definiert werden. Von ihrer Reaktion auf den kleinen Neuankommeling kann es mitunter abhängig sein, wie sich die Mutter fühlt.

Einer ganz entscheidenden Beeinflussung ist die *Beziehung zum Partner* ausgesetzt. Eine hohe Anpassungsleistung wird erforderlich (vgl. Bullinger 1994). An folgenden Punkten können sich Konflikte entzünden: die Elternrolle, die Arbeitsteilung, mangelnde Kommunikation, weniger Zeit, weniger Zärtlichkeit (vgl. Cowan 1994). Das Risiko für postpartale Probleme steigt, wenn die Beziehung bereits vor der Entbindung auf wackeligen Grundmauern stand. Schließlich rutschen die Beziehungen zu den *Eltern und Schwiegereltern* in neue Gleise. Daraus resultierende innere und äußere Konflikte können zur Entstehung von PPD beitragen.

Gesellschaftliche Faktoren

„Ich denke, Auslöser für meine Krise war die Diskrepanz zwischen der Vorstellung, die ich von meinem Leben mit dem Baby hatte, und der Wirklichkeit. Es ist nicht immer rosig, wenn man ein Kind hat. Aber genau das habe ich mir vorgestellt: Watteweiche rosige, zärtliche Stunden mit meinem friedlich schlummernden Baby und ich als glückliche Mutter freudestrahlend über das ganze Gesicht. Kein Gedanke an ein stundenlang schreiendes Baby, an Unzulänglichkeitsgefühle, an völlige Übermüdung durch schlaflose Nächte, an ein Rund-um-die-Uhr-Gebrauchtwerden. Kein Gedanke an die Isolation, an das sehnsüchtige Warten auf den Ehemann abends, damit mal wieder mit einem Erwachsenen ein Wort gewechselt werden kann. Kein Gedanke an all das, was mit Kindern leben auch heißen kann. Sicher, es gibt die zärtlichen Stunden – aber eben nicht nur. Wie alles, hat auch das Mutter- oder Elternsein zwei und noch mehr Seiten. Das war mir vorher nicht klar, jedenfalls nicht in dem Ausmaß. Ich hätte nicht gedacht, daß es einen so fordern könnte.“ (Ina)

In der Öffentlichkeit halten sich hartnäckig romantisierende Vorstellungen über die Mutterrolle. Die Schattenseiten bleiben ausgeklammert oder werden nur am Rande berührt. Die Medien verdecken und verharmlosen, so daß zwangsläufig der Eindruck entstehen muß, als sei das Leben mit einem Kleinkind ausschließlich

von Freude und Glück erfüllt. Der gesellschaftlich zementierte Mutter-Mythos verbreitert in großem Ausmaß die Kluft zwischen Traum und Realität. Beide Welten prallen nach der Geburt unsanft aufeinander, was nicht ohne Folgen sein kann, weder für die Mutter noch für das Kind. Und der Mutter-Mythos zieht noch weitere Kreise. Das verklärte Mutter-Image kann nicht nur als Mitverursacher von Depressionen gelten, sondern diese zusätzlich noch verstärken. Eine traurige oder gar depressive Mutter kann es schließlich nicht geben. So bleibt das Leiden isoliert und viele betroffene Frauen bemühen sich krampfhaft, nach außen den Schein einer glücklichen Mutter zu wahren, obwohl sie sich innerlich total zerrissen fühlen. Als „smiling depression“ bezeichnet Joan Sneddon aus England die postpartale Depression, da die wahren Gefühle und Gedanken angesichts des gesellschaftlichen Drucks mit einem Lächeln maskiert werden müssen (Sneddon 1992).

Wege aus der Krise nach der Geburt

Der einzuschlagende Weg aus der nachgeburtlichen Krise richtet sich nach ihrem Verlauf: In leichteren Fällen mag es genügen, sich auf Selbsthilfe zu beschränken. Bei mittelschweren Depressionen kann Selbsthilfe begleitend eingesetzt werden, reicht aber oftmals nicht aus, so daß die Hinzuziehung von Fachleuten anzuraten ist. Bei einer schweren postpartalen Depression oder gar Psychose ist eine sofortige professionelle Hilfe absolut notwendig. In einigen Fällen ist auch ein Klinikaufenthalt angezeigt, um das Leben von Mutter und Kind zu schützen.

Das *Selbsthilfeprogramm* beinhaltet folgende Punkte, die hier nur kurz skizziert werden sollen: ein entlastendes Gespräch mit vertrauensvollen Menschen suchen, körperliche Beschwerden auf jeden Fall gründlich ärztlich untersuchen lassen, sich ausgewogen ernähren, für viel Bewegung sorgen, ausreichend schlafen, eine vernünftige Einstellung zum Stillen gewinnen, eigene Ansprüche herunterschrauben, für kleine Fluchten aus dem Alltag sorgen, die Partnerschaft pflegen, den Tag strukturieren, Hilfe annehmen lernen u. v. m. Bei allem bedarf eine betroffene Frau der nachhaltigen emotionalen wie pragmatischen Unterstützung durch den Partner wie durch die Familie.

Selbsthilfegruppen, die sich derzeit mit Unterstützung des neugegründeten Vereins „Schatten & Licht – Krise nach der Geburt“ überall in Deutschland bilden, stellen für viele betroffene Frauen eine hilfreiche Anlaufstelle dar, um Erfahrungen und Informationen auszutauschen.

Das Problem für viele unter PPD leidenden Frauen besteht darin, adäquate professionelle Unterstützung zu finden. Denn nicht wenige Fachleute haben bislang kaum etwas von der postpartalen Depression gehört, was das Verständnis für die besondere Situation Betroffener erschwert. Folgende *Wege der professionellen Behandlung*, die sich nach der Depressionstiefe, nach Untersuchungsergebnissen und nach persönlichen Vorlieben richten, stehen in Diskussion: Formen der Psychotherapie, naturheilkundliche Verfahren, Gabe von Medikamenten, Hormonbehandlung, stationäre psychiatrische Behandlung.

Wenn Psychotherapien nicht mehr ausreichen, werden *Medikamente* benötigt, um Körper und Geist wieder einzubalancieren. Eine Behandlung mittels Psychopharmaka darf allerdings nicht zur Folge haben, die persönlichen Probleme einer

Frau auszublenden. Es geht schlichtweg darum, eine rationale und unmittelbare Übergangslösung zu finden, weil die Mutter in der Zwischenzeit mit ihrem Baby zurechtkommen muß. Eine medikamentöse Therapie empfiehlt sich nicht zuletzt auch deswegen, weil alle anderen Methoden etwas länger Zeit in Anspruch nehmen und jede Abkürzung der depressiven Phase für die Mutter-Kind-Beziehung erstrebenswert ist.

Die postpartale Depression verlangt ein integriertes Therapiekonzept: Wenn die Einnahme von Medikamenten angezeigt ist, bedarf es paralleler psychotherapeutischer Begleittherapien. Zur Frage der Medikamente gilt im allgemeinen, daß sie nicht die Antwort für jede Mutter darstellen. Sie beseitigen nicht die Notwendigkeit, Veränderungen im Leben zu treffen. Wenn nicht ein absolutes „muß“ für ein medikamentöse Therapie vorliegt (wie bei schweren Depressionen und Psychosen) sollte die Gabe von Medikamenten in Zusammenarbeit mit dem Arzt sorgfältig überlegt werden. Viele Ärzte greifen zu schnell zu diesem Mittel, ohne vorher andere Wege versucht zu haben.

Wenn Medikamente unumgänglich werden, stellt sich die *Frage nach der Vereinbarkeit mit dem Stillen*, da Rückstände von Psychopharmaka in mehr oder weniger hoher Konzentration in die Muttermilch gelangen können. In den meisten Fällen bedeutet die Gabe von Medikamenten, daß abgestellt werden muß. Die miteinander konkurrierenden Tatsachen, daß einerseits das Stillen für Mutter und Kind aus biologischen und psychologischen Gründen wichtig ist, und daß andererseits Medikamente zu einer schnellen Genesung beitragen, müssen sorgfältig gegeneinander aufgewogen werden.

Dennoch sollte die Einnahme von Medikamenten während des Stillens von Fall zu Fall in Betracht gezogen werden. Wenn eine Mutter dringend Medikamente benötigt und ihr deswegen zum vorzeitigen Abstillen geraten wird, kann sich eine Depression unter Umständen noch verschärfen, weil das frühe Abstillen schwere Schuldgefühle hervorrufen kann (vgl. Hartmann 1996).

In der Frage der Behandlung der postpartalen Depression existiert eine große Kontroverse um *Hormongaben*, insbesondere Progesteron und Östrogen. K. Dalton aus London gilt als führende Kapazität in der Erforschung und Anwendung von Progesteron sowohl hinsichtlich des Prämenstruellen Syndroms als auch der postpartalen Depression und Psychose. Es muß in diesem Zusammenhang betont werden, daß Dalton jenes Progesteron verwendet, welches ein natürliches Hormon ist und sich in seiner Wirkungsweise von Progestogenen unterscheidet, die synthetische Hormone sind. Dieser bedeutsame Unterschied wird von vielen Ärzten nicht richtig wahrgenommen.

Wie bei den Medikamenten gilt: Hormone sind nicht die Antwort für jede Frau, wenn die Depression bereits ausgebrochen ist. Es muß individuell geklärt werden, ob eine Behandlung mit Progesteron im nachhinein sinnvoll erscheint. Daher sollte die Überprüfung des Hormon-Status bei von PPD betroffenen Frauen zur ärztlichen Routine gehören. Der Schwerpunkt der Progesteron-Therapie von Dalton liegt eindeutig in der Prävention. Eine vorbeugende Progesteron-Gabe ist wesentlich effektiver und greift schneller.

Mehr und mehr Frauen entdecken den *naturheilkundlichen Weg*, auch gerade zur Diagnostizierung und Stabilisierung eines schwankenden Hormonhaushalts. Gute Erfolge sind bereits erzielt worden.

In schweren Fällen ist ein *Klinikaufenthalt* unumgänglich. Wenn eine Frau stationär aufgenommen werden muß, weil keine andere Alternative besteht, bedeutet das meist die Trennung von Mutter und Kind, zumindest in Deutschland. Diese Trennung von Mutter und Kleinkind erweist sich in vielen Fällen für eine Genesung der Betroffenen als kontraproduktiv.

„Das Schlimmste war, daß ich mehrere Wochen mein Kind nicht einmal sehen durfte. Ich wurde eingesperrt, ans Bett gefesselt, erhielt Unmengen an Beruhigungsmitteln. Meist war ich allein im Zimmer. Ich muß tage- und nächtelang gewandert sein, immer auf der Suche nach meinem Kind. Oft hielt ich ein Bild meiner Tochter an meine milchtropfende Brust.“
(Anna)

In anderen Ländern existieren bereits seit längerem spezielle Abteilungen an psychiatrischen Krankenhäusern zur Aufnahme von postpartal psychisch erkrankten Müttern mit ihren Kindern (z. B. Großbritannien, Australien, Kanada, Neuseeland, Niederlande, Frankreich). Modell-Charakter hat in dieser Hinsicht die „Mother-and-Baby-Unit“ in Birmingham. Sie ist Teil einer psychiatrischen Universitätsklinik, in der die Erforschung der postpartal auftretenden psychischen Erkrankungen einen wissenschaftlichen Schwerpunkt bildet. In Deutschland hat das Konzept der Mutter-Säuglingstherapie noch nicht wesentlich Fuß fassen können. Bisher konnte diese Behandlungsform nur in wenigen psychiatrischen Einrichtungen umgesetzt werden (z. B. in Heppenheim, Bonn, Berlin). In diesen Fällen handelt es sich auch nicht um spezielle Mutter-Kind-Abteilungen, sondern um ein erweitertes Programm. Einzig die Psychiatrische Universitätsklinik Erlangen bietet erstmalig eine eigenständige „Mother-and-Baby-Unit“ mit entsprechend ausgebildetem Personal an (vgl. Lanczik 1997).

Möglichkeiten der Prävention

Vorbeugende Maßnahmen sind meines Erachtens in drei verschiedenen Bereichen anzusiedeln: Sie betreffen die fachliche, die persönliche und die gesellschaftliche Seite.

Die fachliche Seite

Wie oben bereits angedeutet worden ist, besteht die Möglichkeit einer vorbeugenden Behandlung durch das natürliche Progesteron, um den durch die Geburt erzeugten drastischen Hormon-Abfall aufzufangen. Die Progesteron-Prophylaxe nach Dalton bezieht sich besonders auf Frauen, die schon einmal an einer PPD gelitten haben, auf jene Frauen, deren Schwester oder Mutter an einer PPD litten, auf Frauen, die eine Sterilisation zum Zeitpunkt der Entbindung oder kurz danach planen und schließlich auf jene Frauen, die besonders stark unter dem prämenstruellen Syndrom leiden. In einer Untersuchung konnte Dalton nachweisen, daß bei 225 Frauen, die von einer nachgeburtlichen Depression als auch Psychose betroffen waren, eine vorbeugende Progesteron-Behandlung in 92 Prozent der Fälle einen Rückfall verhinderte (vgl. Dalton 1995). Trotz der guten Erfolge, die Dalton mit ihrer Prophylaxe erzielte, hat sich diese Methode noch nicht durchgesetzt.

Um Frauen mit postpartalen psychischen Problemen rechtzeitig zu erkennen, bedarf es dringend einer Verlängerung der ärztlichen postpartalen Pflege beim Gynäkologen. Nachuntersuchungen in bestimmten Abständen sollten darauf abzielen, Frauen mit PPD auszumachen und entsprechende Hilfsmaßnahmen einzuleiten, bevor sich die Depression festsetzt. Von J. L. Cox aus Edinburgh wurde in diesem Zusammenhang ein Fragebogen mit einer 10-Punkte-Skala zur postpartalen Depression entwickelt, der unter Wissenschaftlern als die „EPDS“ (Edinburgh Postnatal Depression Scale) bekannt geworden ist (vgl. Cox et al. 1987). Darin sind Fragen zum Befinden der Mutter während der letzten sieben Tage enthalten. Dieses Instrument eignet sich nicht nur für Gynäkologen, sondern auch z. B. für Hebammen. Durch eine routinemäßige Anwendung dieses Fragebogens während der ersten Monate nach der Geburt könnten viele Mütter, die der Hilfe bedürfen, auffindig gemacht und Verschlimmerungen des Zustands vorgebeugt werden.

Es ist unerlässlich, daß alle Fachleute, die (potentiell) mit betroffenen Frauen in Berührung kommen, z. B. Hebammen, Gynäkologen, Kinderärzte, Geburtsvorbereiterinnen, Stillberaterinnen, Psychotherapeuten etc., schon in der Ausbildung ein Wissen über die postpartale Problematik erwerben bzw. sich ein solches aneignen in Form von berufs begleitenden Weiterbildungen. Im Bereich der Prävention kommt besonders den Hebammen eine tragende Rolle zu, da sie jene Fachgruppe bilden, die vor und nach der Entbindung den engsten Kontakt zur Mutter hat (Prävention bezieht sich hier u. a. auf die Blockierung einer Chronifizierung der Depression post partum). Die Aufgabe der Hebamme besteht in diesem Zusammenhang in ihrer diagnostischen Kompetenz, frühzeitig Symptome zu erkennen, einzuordnen, die betroffene Frau behutsam aufzuklären und gegebenenfalls an einen Therapeuten weiterzuleiten.

Die persönliche Seite

Grundsätzlich gilt, daß Frauen, die bereits zu verschiedenen Zeitpunkten ihres Lebens unter depressiven Verstimmungen gelitten haben, oder die schon einmal eine postpartale Depression oder Psychose erfahren haben, mit einem erhöhten Risiko ausgestattet sind, postpartale Probleme zu entwickeln. Sie müssen unbedingt auf Maßnahmen der Prävention zurückgreifen. Dazu gehört vor allem die Vorabinformation für den behandelnden Gynäkologen wie auch die frühzeitige Bereitstellung psychologischer Hilfe. Die gleiche Herangehensweise gilt für Frauen, die in der Schwangerschaft mit Depressionen zu kämpfen haben. Die Entwicklung der weiteren psychischen Verfassung muß hier im Auge behalten werden. Im Bereich der Prävention haben auch rein pragmatische Erwägungen hinsichtlich des Lebens nach der Geburt einen nicht zu unterschätzenden Stellenwert. Diesbezügliche Fragen und Überlegungen betreffen folgende Punkte: Organisation des Alltags mit einem Säugling, Formen der Unterstützung, geeignete Betreuungsmöglichkeiten, Rückkehr in den Beruf etc. Im weiteren Sinne gehören zu den vorbeugenden Maßnahmen auch die Vorbereitung auf die Geburt selbst, wie z. B. Wahl des Krankenhauses, Entscheidung für eine bestimmte Entbindungsform (Geburt im Krankenhaus, ambulante Geburt, Hausgeburt).

Die gesellschaftliche Seite

Um das idealisierte Mutterbild zu entmystifizieren, bedarf es einer neuen objektiven Sichtweise. Die Gesellschaft muß anerkennen, daß die postpartale Phase für alle Frauen eine Zeit enormer physischer, emotionaler und sozialer Umwälzungen darstellt. Obwohl Kinder in vielerlei Hinsicht Freude bringen und bereichern, sind die damit verbundenen Veränderungen erheblich. Eine ausbalancierte Einschätzung der Mutterrolle, die beide Seiten gleichermaßen berücksichtigt, kann Frauen helfen, mit den postpartalen Problemen besser fertig zu werden. Sie werden eher bereit sein, ihre Schwierigkeiten offenzulegen und um Unterstützung zu bitten. Und schließlich muß die „Supermama“ vom Korsett eng geschnürter Erwartungen befreit werden: die stets perfekte, allseits präsente, sich aufopfernde Mutter, die keine eigenen Bedürfnisse und keine negativen Gefühle kennt.

Fazit

Das letzte Kapitel meines Buches „Muttermilch und Tränen“ habe ich mit der Überschrift „Es gibt noch viel zu tun“ versehen. Denn wie ein roter Faden ziehen sich die Forderungen nach pränataler Aufklärung und verbesserter postpartaler Nachsorge durch die unzähligen Briefe, die ich von Frauen erhalten habe und durch die vielen Gespräche, die ich mit betroffenen Müttern geführt habe. Pränatale und postpartale Aufklärung, dieses Ziel hat sich der neugegründete Verein „Schatten & Licht – Krise nach der Geburt“ gesteckt. Dazu äußert sich die Vorsitzende Bianca Dietrich auf der 10. Heidelberger Arbeitstagung Tagung der Internationalen Studiengemeinschaft für pränatale und perinatale psychologie und Medizin (ISPPM) im April 1997 wie folgt:

„Das Ziel des Vereins ist es, betroffenen Frauen den wichtigen Erfahrungsaustausch und die notwendige Unterstützung anzubieten. Dazu gehört vor allem:

- Möglichkeiten der Kontaktaufnahme unter betroffenen Frauen
- Unterstützung bei der Organisation von Selbsthilfegruppen
- Vermittlung von Fachleuten
- Information über mögliche Wege aus der Krise
- Umfassende Information schon während der Schwangerschaft.

Um diese Ziele zu erreichen, verfolgt der überregionale Verein derzeit zwei Ansätze:

1. Wir thematisieren das Tabu PPD in der Öffentlichkeit: mittels Vorträge und durch die Veröffentlichung von Artikeln (in Fachzeitschriften sowie in gängigen Frauen- und Elternjournalen).
2. Wir vernetzen Betroffene und Helfer: Vernetzung meint einerseits die Herstellung von Kontakten zwischen den betroffenen Müttern selbst und bezieht sich andererseits auf die verschiedenen Helfergruppen (z. B. Hebammen, Gynäkologen, Therapeuten, auch Partner Familie), die zur Förderung des Informationsflusses untereinander und miteinander in Verbindung gebracht werden müssen.“

Literatur

- Ballard CG, Stanley AK, Brockington IF (1995) Posttraumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. *Brit J of Psychiatry* 166: 525–528
- Brockington IF, Martin C, Brown GW, Goldberg D, Margison F (1990) Stress and puerperal Psychosis. *Brit J of Psychiatry* 157: 330–334

- Bullinger H (1994) Wenn Paare Eltern werden. Rowohlt, Reinbek
- Cowan CP, Cowan PA (1994) Wenn Partner Eltern werden. Der große Umbruch im Leben des Paares. Piper, München
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R (1987) Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Brit J of Psychiatry* 150: 780–786
- Dalton K (1992) Mütter nach der Geburt. Wege aus der Depression. 2. Aufl. Fischer, Frankfurt
- Dalton K (1995) Progesterone prophylaxis for postnatal depression. *Int J of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 7: 447–450
- Dix C (1987) Depressionen nach der Geburt. Hilfe für Mütter (und Väter). Kreuz, Zürich
- Dunnewold A, Sanford DG (1994) Postpartum Survival Guide. "It wasn't supposed to be like this . . .". New Harbinger Publications, Oakland, CA
- Gmür P (1995) MutterSeelenAllein. Erschöpfung und Depression bei Müttern Kleinkindern. pro juventute, Zürich
- Hamilton JA, Harberger PN (eds.) (1992) Postpartum psychiatric illness. A picture puzzle. University of Pennsylvania Press, Philadelphia
- Harris B (1994) Biological and hormonal aspects of postpartum depressed mood. *Brit J of Psychiatry* 164: 288–292
- Hartmann H-P (1997) Mutter-Kind-Behandlung in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis* 24(2): 56–60 (1. Teil), 24(4): 172–177 (2. Teil), 24(6): 281–285 (3. Teil)
- Herz EK Prediction, recognition and prevention. In: Hamilton JA, Harberger PN (eds.) Postpartum psychiatric illness. A picture puzzle. University of Pennsylvania Press, Philadelphia, pp 60–89
- Kumar R, Robson KM (1984) A prospective study of emotional disorder in childbearing women. *Brit J of Psychiatry* 144: 35–47
- Lanczik MH (1997) Postpartal auftretende psychische Erkrankungen. Stationäre psychiatrische Behandlung von Mutter und Kind. *Deutsches Ärzteblatt* 94(46): A3104–3108
- Minker M (1990) Hormone und Psyche. Im Wechselbad der Gefühle. Kunstmann, München
- Nijs P (1986) Die Frau post partum – Psychologie des Wochenbetts. In: Kongreßbände der Seminarkongresse für psychosomatische Probleme in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Springer, Berlin Heidelberg, S 169–182
- Nispel P (1996) Mutterglück und Tränen. Depression nach der Geburt verstehen und überwinden. Herder, Freiburg
- O'Hara MW (1995) Postpartum Depression. Causes and Consequences. Springer, New York
- Rohde A, Marneros A (1993) Zur Prognose der Wochenbettpsychosen: Verlauf und Ausgang nach durchschnittlich 26 Jahren. *Nervenarzt* 64: 175–180
- Sauer B (1993) Postpartale Depression. Die Geburt eines Kindes als kritisches Lebensereignis bei Frauen. Lit, Münster Hamburg
- Sneddon J (1992) The mother and baby unit: An important approach to treatment. In: Hamilton JA, Harberger PN (eds.) Postpartum psychiatric illness. A picture puzzle. University of Pennsylvania Press, Philadelphia, pp 102–114
- Susman VL, Katz JL (1988) Weaning and depression: another postpartum complication. *Amer J of Psychiatry* 145: 498–501
- Thurer S (1995) Mythos Mutterschaft. Droemer Knauer, München
- Vinogradov S, Csernansky JG (1990) Postpartum psychosis with abnormal movements: dopamine supersensitivity unmasked by withdrawal of endogenous estrogens? *J of Clinical Psychiatry* 51: 365–366
- Welburn V (1981) Die Krise nach der Geburt. Bastei-Lübbe, Bergisch Gladbach
- Windsor-Oettel V (1992) Angst und Selbstwert von Frauen vor und nach der Entbindung in Abhängigkeit von der Entbindungsform. Lang, Frankfurt