

Depression in der Schwangerschaft

Ulrike Frisch , Anita Riecher-Rössler

Zusammenfassung

Depressionen in der Schwangerschaft sind häufig, werden aber nicht immer als solche wahrgenommen, da viele Beschwerden der Schwangerschaft an sich zugeschrieben werden. Unbehandelt sind Risiken wie Frühgeburt oder niedriges Geburtsgewicht beschrieben. Eine Herausforderung ist die Wahl der geeigneten Therapiemaßnahme. Als Behandlungsmöglichkeiten stehen neben Psycho- und Pharmakotherapie u.a. auch Elektrokrampftherapie sowie Lichttherapie zur Auswahl. Die Entscheidung, welche Therapiemaßnahme ergriffen wird, kann nur mit der werdenden Mutter zusammen getroffen werden; ein sorgfältiges Abwägen der Vor- und Nachteile der Behandlung ist dafür Voraussetzung.

Häufigkeit, klinisches Bild und Diagnostik

Prävalenzraten zu Depressionen in der Schwangerschaft (SS) sind im zweiten und dritten Trimenon am höchsten und liegen mit ca. 12 % etwa doppelt so hoch wie im ersten Trimenon [1]. Über die gesamte Schwangerschaft betrachtet, weichen sie nicht signifikant von der Prävalenz depressiver Störungen bei anderen Frauen im gebärfähigen Alter ab [2].

Auch im klinischen Bild unterscheidet sich die Schwangerschaftsdepression (SSD) nicht grundsätzlich von Depressionen außerhalb der Fertilitätszeit. Die Symptome sind prinzipiell die gleichen [3], doch werden sie in der SS durch die somatischen Schwangerschaftsbeschwerden überlagert, was dazu führt, dass nur etwa 20 % der Depressionen bei Schwangeren diagnostiziert werden. [4]. Die Frauen berichten häufiger über Übelkeit, Bauchschmerzen, Kurzatmigkeit, gastrointestinale Probleme und sexuelle Dysfunktionen [5].

Als zweckmäßiges Screening-Instrument hat sich die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) erwiesen (Abb. 1). Im Vergleich zu herkömmlichen Depressionsfragebögen verzichtet sie auf das Nachfragen von körperlichen Beschwerden und hat sich für einen Einsatz nicht nur in der Postpartalzeit, sondern auch in der SS bewährt [6].

Ursachen und Folgen

Als biologische Risikofaktoren für das Auftreten einer SSD gelten eine frühere Depression - ca. 43 % der Frauen mit einer Depression in der Vorgeschichte erleben in der SS einen Rückfall [7] - sowie psychiatrische Erkrankungen in der Familienanamnese. In einer kürzlich veröffentlichten Metaanalyse wurden daneben insbesondere auch belastende Lebensereignisse, ungenügende soziale Unterstützung und häusliche Gewalt als psychosoziale Risikofaktoren identifiziert [8].

Eine SSD kann fatale Folgen haben. Abgesehen von den Risiken jeder Depression bis hin zum Suizid konnten bei Depressionen in der SS weitere spezifische Folgen nachgewiesen werden.

So konnte vielfach ein Zusammenhang zwischen Depressivität, Frühgeburt und niedrigem Geburtsgewicht gezeigt werden [9]. Auch wird ein erhöhtes Risiko für Präeklampsie, vorzeitige Wehen, unzulängliche Gewichtszunahme des Ungeborenen, operative Entbindungen, erhöhte fetale Herzrate als Reaktion auf mütterlichen Stress, Schlafstörungen beim Neugeborenen und negative Beeinflussung von Emotionsregulation und Temperament des Kindes diskutiert (Übersicht in [10]). Depressive Schwangere greifen häufiger zu Suchtmitteln und versäumen es häufiger, adäquate Geburtsvorbereitungen zu treffen [11]. Schliesslich gilt die SSD als Hauptrisikofaktor für die Entwicklung einer postpartalen Depression.

Behandlung der SSD

Die Therapie der SSD stellt an die Behandler große Herausforderungen, da insbesondere psychopharmakologische Strategien nicht ohne Risiko für das Ungeborene sind.

Unabhängig von der gewählten Behandlungsmethode, ist eine vorausgehende sorgfältige Psychoedukation der Betroffenen über ihre Erkrankung notwendig. Hierdurch kommt es häufig schon zu einer gewissen Entlastung. Die Auswahl der Therapiemaßnahme sollte zusammen mit der Patientin und, wenn möglich, auch mit dem Kindsvater erfolgen. Als Behandlungsoptionen stehen v.a. Psychotherapie (PT), antidepressive Medikamente (AD), in Ausnahmefällen Elektrokrampftherapie (EKT) und ersten positiven Studien zufolge auch die Lichttherapie zur Verfügung [12].

Psychotherapie

Die PT ist bei der Behandlung von SSD die Methode der ersten Wahl, insbesondere bei leichteren bis mittelgradigen Depressionen. Sie kann auch präventiv eingesetzt werden, wenn Frauen aufgrund der Planung einer SS ihr Medikament absetzen. Vorteile sind die fehlende Exposition des Ungeborenen mit psychotropen Substanzen und ein langanhaltender Therapie-Effekt, jedoch bei hohem zeitlichen und finanziellen Aufwand.

Neben einer supportiven Gesprächstherapie, welche die Frauen von ihren Schuldgefühlen entlasten und eine Beratung über praktische Hilfen und Bewältigungsstrategien enthalten sollte, kommen als spezifische Psychotherapieformen die Interpersonelle Psychotherapie und kognitive Verhaltenstherapie infrage, deren Wirksamkeit bei depressiven Erkrankungen generell nachgewiesen ist. Auch gibt es spezifische Psychotherapieformen für Depressionen in der Schwangerschaft [Übersicht in [13]. Leider liegen bisher kaum Studien zum Wirksamkeitsnachweis der PT in der Schwangerschaft vor (Übersicht in [14]).

Medikamentöse Behandlung

Bei schweren Depressionen, oder wenn PT alleine nicht wirksam ist, ist immer auch zusätzlich eine Psychopharmakotherapie durchzuführen.

Alle psychotropen Pharmaka passieren die Plazenta und sind im Fruchtwasser nachweisbar. Der Embryo ist besonders in der Organogenese (ca. 15 bis 60 Tage nach der Befruchtung) gegenüber toxischen Einflüssen empfindlich, weshalb es in dieser Phase zu *teratogenen Schäden* kommen kann. In der anschließenden Fetalphase (zweites und drittes Trimenon) nimmt diese Empfindlichkeit wieder ab [15, 16]. Um die Geburt herum kann es zu *perinatalen Komplikationen* kommen wie Medikamentennebenwirkungen oder Entzugssymptomen bei Neugeborenen und zu anderen Anpassungsstörungen (s.u.), die aber meist vorübergehender Natur sind. Aussagen über *Langzeitauswirkungen* auf die Kindsentwicklung sind aufgrund der wenigen Langzeitstudien kaum möglich. Jeder Medikation sollte deshalb ein gewissenhaftes Abwägen der Nutzen und Risiken für Mutter und Kind und eine ausführliche Aufklärung vorausgehen. Dabei ist zu bedenken, dass eine unbehandelte Depression ebenfalls sehr schwerwiegende Folgen haben kann (s.o.)

Eine Monotherapie ist einer Kombination mehrerer Psychopharmaka vorzuziehen. Medikamentenwechsel erhöhen die Exposition des Ungeborenen. Vorzuziehen sind Medikamente mit geringem Metabolismus, einer höheren Eiweißbindungskapazität, welche den plazentaren Übertritt erschwert, sowie solche mit einem geringen Interaktionspotential [17].

Es empfiehlt sich bei der Auswahl des Medikaments entsprechende neuere Guidelines zu Rate zu ziehen (z.B. die der ACOG [18]) und/oder sich laufend auf entsprechenden Websites über aktuelle Empfehlungen zu informieren, z.B. unter www.embrytox.de. Mutter und Kind müssen besonders gut überwacht werden, bei Medikamenteneinnahme im ersten Trimenon speziell auch mit Ultraschall. Wenn möglich, sollte ca. 1-2 Wochen vor der Geburt eine Dosisreduktion erfolgen, nach der Geburt wieder eine Erhöhung. Das Neugeborene muss die ersten zwei Tage intensiv überwacht werden, weshalb die Geburt in einer Klinik erfolgen sollte, die diese Möglichkeit bietet.

Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer

Teratogene Effekte von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI, Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) sind bislang nicht eindeutig nachzuweisen, jedoch gibt es einige Publikationen, die auf ein leicht erhöhtes Risiko für verschiedene Fehlbildungen unter Paroxetin und eventuell auch unter Fluoxetin hinweisen [15, 16]. Neue Studien fanden keinen Zusammenhang zwischen einer SSRI-Exposition im ersten Trimenon und fetalen Herzfehlbildungen [19, 20]. In jüngerer Zeit wurde jedoch ein signifikanter Zusammenhang zwischen SSRI-Exposition im letzten Trimenon und persistierendem pulmonalen Hypertonus des Neugeborenen beobachtet. Außerdem wurden vorübergehende Anpassungsstörungen nach der Geburt wie Zittrigkeit, Übererregbarkeit, mildere respiratorische Störungen wie vorübergehende Tachypnoe, schwaches Schreien, verminderter Tonus und vermehrte Intensiv-Überwachungsbedürftigkeit beschrieben (Übersicht in [15, 16]).

Es gibt bisher nur einzelne Studien über die Langzeitentwicklung der Kinder nach SSRI-Exposition in der SS. Einige berichten über etwas häufiger aufgetretene psychomotorische Entwicklungsrückstände bei Kindern im Alter von 3 bis 40 Monaten, eine andere Studie konnte diesbezüglich keine Rückstände bei zweijährigen Kindern finden [21]. Insgesamt können aufgrund der Datenlage keine entwarnenden Aussagen über den Einsatz von SSRIs in der Schwangerschaft gemacht werden.

Trizyklische Antidepressiva

Bei keinem der seit längerem gebräuchlichen trizyklischen Antidepressiva (TZA) konnte bisher der Verdacht auf teratogene Effekte bestätigt werden [15, 16], auch wenn unter Amitriptylin und Imipramin schon über Extremitätenmissbildungen berichtet wurde. Maprotilin sollte wegen Senkung der Krampfschwelle vermieden werden. Auch sollten keine Antidepressiva mit starker anticholinergischer Wirkung gewählt werden.

Bei einigen Neugeborenen, deren Mütter bis zur Geburt TZA einnahmen, wurden Entzugssymptome wie Zitterigkeit, Übererregbarkeit, Atemnotsyndrom und Krämpfe beobachtet. Neuere Studien konnten aber keinen signifikanten Zusammenhang zwischen pränataler TZA-Exposition und perinatalen Schwierigkeiten zeigen.

Monoaminoxidase-Hemmer

Es besteht der Verdacht auf pränatal toxische Wirkungen dieser Wirkstoffe. Wachstumsretardierungen und fetale Toxizität sind berichtet worden. Insgesamt ist die Datenlage begrenzt, so daß zu einem Einsatz von MAO-Hemmern in der SS abzuraten ist [15, 16].

Phasenprophylaktika

Die meisten Phasenprophylaktika, die zur Behandlung der Depression im Rahmen einer bipolaren Störung eingesetzt werden, wie etwa Lithium und v.a. Carbamazepin und Valproat, haben ein sehr hohes Missbildungsrisiko und sollten im ersten Trimenon vermieden werden [15, 16].

Andere Antidepressiva

Die vorliegenden Daten für Duloxetin, Mirtazepin, Nefazodon, Venlafaxin und Bupropion sind begrenzt, es scheinen aber keine Hinweise auf Teratogenität zu bestehen [15, 16].

Elektrokrampftherapie

Die EKT wird im deutschsprachigen Raum selten angewendet. Erfahrungen aus dem anglo-amerikanischen Raum zeigen, daß die Anwendung in der SS relativ sicher und effektiv ist. Prospektive oder kontrollierte Studien gibt es nicht, die größte Metaanalyse über 300 Fälle stammt von Miller [22]. Die American Psychiatric Association empfiehlt die EKT bei schwer psychotischen oder akut suizidalen Frauen, wenn andere Therapiemaßnahmen versagt haben.

Lichttherapie

Studien belegen die Wirksamkeit von Licht insbesondere bei der Behandlung von Winterdepressionen [23] aber auch bei nichtsaisonalen Depressionen [24]. Die Chronobiologie geht davon aus, daß bei der Pathogenese von Depressionen Rhythmusstörungen der inneren Uhr und des Schlaf-Wachzykluses eine wichtige Rolle spielen [25]. Durch Lichtexposition können – so die Hypothese – die veränderten endogenen zirkadianen Rhythmen mit dem äußeren Tag-

Nacht-Zyklus wieder resynchronisiert werden, wodurch eine Verbesserung der affektiven und physischen Symptome erreicht wird. Die genaue antidepressive Wirkungsweise von Licht ist noch weitgehend unbekannt, doch bestehen neben der Wirkung auf die zirkadiane Rhythmik auch positive Einflüsse auf die Serotoninproduktion im ZNS.

Vorteile sind die einfache Anwendbarkeit und die geringen Nebenwirkungen. Die Wirksamkeit bei SSD wurde bisher in zwei Pilotstudien untersucht [26, 27]. In Basel haben wir erstmals eine umfangreiche Placebo-kontrollierte Studie an depressiven Schwangeren durchgeführt, die ebenfalls positive Ergebnisse zeigt [28].

Sicherstellung des Schlafs

Sehr wichtig ist auch ein guter Nachtschlaf. Hier stehen schlafhygienische Massnahmen ganz im Vordergrund. In Ausnahmefällen darf auch das Antihistaminikum Diphenhydramin gegeben werden [15].

Fazit für die Praxis

Um depressive Erkrankungen bei schwangeren Frauen nicht zu übersehen, empfiehlt es sich, standardmäßig die EPDS als Screeninginstrument einzusetzen und bei Hinweisen auf eine SSD eine ausführliche Diagnostik durchzuführen. Der Entscheidungsprozeß über die Behandlungsmethode beinhaltet eine sorgfältige Aufklärung der werdenden Mutter und wenn möglich ihres Partners über mögliche Risiken unter Berücksichtigung des Schweregrades der Depression, des Risikos einer Medikamentenexposition des Ungeborenen und der negativen Auswirkungen einer unbehandelten Depression.

Obwohl dringend notwendig, gibt es noch nicht genügend effiziente und gleichwohl für die Gesundheit des Neugeborenen unbedenkliche Behandlungsmethoden. Die Entwicklung solcher ist von eminenter Bedeutung. Lichttherapie ist eine vielversprechende Alternative zu den Medikamenten, deren Wirksamkeit bei Schwangeren weiter überprüft werden muss.

Literatur

1. Bennett HA, Einarson A, Taddio A et al. Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review. *Am Coll Obstet Gyn* 2004; 103:698-709.
2. Bitzer J, Riecher-Rössler A. Was sind Frauenleiden? Epidemiologische Aspekte. In: Riecher-Rössler A, Bitzer J, eds. *Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis*. München: Elsevier GmbH, Urban und Fischer Verlag, 2005: 13-30.
3. Manber R, Blasey C, Allen JJB. Depression symptoms during pregnancy. *Arch Womens Ment Health* 2008; 11: 43-48.

4. Hatton DC, Harrison-Hohner J, Matarazzo J et al. Missed antenatal depression among high risk women: a secondary analysis. *Arch Womens Ment Health* 2007; 10:121-123.
5. Kelly RH, Russo J, Katon W. Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23:107-113.
6. Murray D, Cox JL. Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Depression Scale (EPDS). *J Reprod Infant Psychol* 1990; 8:99-107.
7. Cohen LA, Altshuler LL, Harlow BL et al. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA* 2006; 295:499-507.
8. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo, H, Marcus SM, Davis, MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202:5-14.
9. Evans J, Heron J, Patel RR et al. Depressive symptoms during pregnancy and low birth weight at term: longitudinal study. *Br J Psychiatry* 2007; 191:84-85.
10. Bennett HA, Einarson A, Taddio A et al. Depression during pregnancy: overview of clinical factors. *Clin Drug Investig* 2004; 24:157-179.
11. Kelly HK, Russo J, Holt VL et al. Psychiatric and substance use disorders as risk factors for low birth weight and preterm delivery. *Am Coll Obstet Gyn* 2002; 100:297-304.
12. Bader A, Frisch U, Wirz-Justice A, Riecher-Rössler A, Schwangerschaftsdepression und deren Behandlung. *Nervenarzt* 2009; 81:267-276.
13. Riecher-Rössler A. Die Mutter mit postpartaler psychischer Erkrankung – Blues, Depression, Psychose. In: Riecher-Rössler A, Bitzer J, (eds.) *Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis*. München: Elsevier Urban & Fischer; 2005: 375-387.
14. Dennis C-L, Ross Le, Crigoriadis S. Psychosocial and psychological interventions for treating antenatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, 2007; Art. No.: CD006309. DOI: 10.1002/14651858.CD006309.pub2:1-8.
15. Schäfer C, Spielmann H, Vetter K. *Arzneiverordnung in Schwangerschaft und Stillzeit*. München: Urban & Fischer, 2006.
16. Rohde A, Schäfer C. *Psychopharmakotherapie in Schwangerschaft und Stillzeit. Arzneisicherheit – Beratung – Entscheidungsfindung*. Stuttgart/New York: Thieme Verlag, 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage 2009.
17. Dayan J, Creveuil C, Herlicoviez M et al. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *Am J Epidemiol* 2002; 155:302-304.
18. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 92, April 2008. *Obstetr & Gynecol* 2008; 111: No. 4.
19. Alwan S, Reefhuis J, Rasmussen SA et al. Use of selective serotonin-reuptake inhibitors in pregnancy and the risk of birth defects. *NEJM* 2007; 556:2684-2692.
20. Einarson A, Istelli A, DeSantis M, et al. Evaluation of the risk of congenital cardiovascular defects associated with use of paroxetine during pregnancy. *Am J Psychiatry* 2008; 165:749-752.
21. Pedersen LH, Henriksen TB, Olsen J. Fetal exposure to antidepressants and normal milestone development at 6 and 19 month of age. *Pediatrics* 2010; 125: 600-608.
22. Miller LJ. Use of electroconvulsive therapy during pregnancy. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45:444-450.
23. Terman M, Terman JS, Ross DC. A controlled trial of timed bright light and negative air ionization for treatment of winter depression. *Arch Gen Psychiat* 1998; 55:875-882.

24. Tuunainen A, Kripke DF, Endo T. Light therapy for non-seasonal depression. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004; Issue 2. Art. No.: CD004050. DOI: 10.1002/14651858.CD004050.pub2.
25. Wirz-Justice A. Biological rhythm disturbances in mood disorders. Int Clin Psychopharmacol 2006; 21 Suppl 1:11-15.
26. Oren DA, Wisner KL, Spinelli M et al. An open trial of morning light therapy for treatment of antepartum depression. Am J Psychiatry 2002; 159:666-669.
27. Epperson CN, Terman M, Terman JS et al. Randomized clinical trial of bright light therapy for antepartum depression: Preliminary findings. J Clin Psychiatry 2004; 65:421-425.
28. Wirz-Justice A, Bader A, Frisch U, Stieglitz RD, Alder J, Bitzer J, Hösl I, Jazbec S, Benedetti F, Terman M, Wisner K, Riecher-Rössler A. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of light therapy for antepartum depression. J Clin Psychiatry (eingereicht).

Depression during Pregnancy

About 11% of pregnant women suffer from a major depression requiring treatment. If left untreated, there are specific risks such as preterm delivery or low birth weight. The initial difficulty lies in diagnosing the depression itself, since many depressive symptoms are falsely ascribed to the pregnancy. A further challenge is choosing the appropriate therapy. Treatment options are psychotherapy, antidepressants, electroconvulsive therapy (ECT), or the new option of light therapy. The choice of the most suitable treatment needs to be done together with the pregnant woman after careful clarification of the potential risks of each treatment option.

Korrespondenzadresse:

*Prof. Dr. Anita Riecher-Rössler
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Psychiatrische Universitätspoliklinik
c/o Universitätsspital Basel
Petersgraben 4
4031 Basel
E-Mail: Anita.Richer@upkbs.ch*

Abbildung 1 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Deutsche Validierung [26]

<p>Name:</p> <p>Adresse:</p> <p>Sie werden demnächst ein Baby zur Welt bringen. Wir möchten Sie nun fragen, wie es Ihnen geht und wie Sie sich fühlen. Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die am ehesten Ihr Befinden während der letzten 7 Tage (und nicht nur heute) beschreibt.</p> <p>Beispiel: Ich habe mich glücklich gefühlt</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, die ganze Zeit</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ja, die meiste Zeit</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, nicht so oft</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, überhaupt nicht</p> <p>Das bedeutet: "Ich war fast immer glücklich". Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antworten in gleicher Weise an.</p>	
<p>In den letzten 7 Tagen:</p>	
<p>1) konnte ich lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen</p> <p><input type="checkbox"/> so wie ich es immer konnte</p> <p><input type="checkbox"/> nicht ganz so wie sonst immer</p> <p><input type="checkbox"/> deutlich weniger als früher</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p> <p>2) konnte ich mich so richtig auf etwas freuen</p> <p><input type="checkbox"/> so wie immer</p> <p><input type="checkbox"/> etwas weniger als sonst</p> <p><input type="checkbox"/> deutlich weniger als früher</p> <p><input type="checkbox"/> kaum</p> <p>3) fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas schief lief</p> <p><input type="checkbox"/> ja, meistens</p> <p><input type="checkbox"/> ja, manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> nein, nicht so oft</p> <p><input type="checkbox"/> nein, niemals</p> <p>4) war ich ängstlich und besorgt aus nichtigen Gründen</p> <p><input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht</p> <p><input type="checkbox"/> selten</p> <p><input type="checkbox"/> ja, manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> ja, häufig</p> <p>5) erschrak ich leicht bzw. reagierte panisch aus unerfindlichen Gründen</p> <p><input type="checkbox"/> ja, oft</p> <p><input type="checkbox"/> ja, manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> nein, nicht oft</p> <p><input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht</p>	<p>6) überforderten mich verschiedene Umstände</p> <p><input type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit war ich nicht in der Lage, damit fertig zu werden</p> <p><input type="checkbox"/> ja, manchmal konnte ich damit nicht fertig werden</p> <p><input type="checkbox"/> nein, die meiste Zeit konnte ich gut damit fertig werden</p> <p><input type="checkbox"/> nein, ich wurde so gut wie immer damit fertig</p> <p>7) war ich so unglücklich, dass ich nicht schlafen konnte</p> <p><input type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit</p> <p><input type="checkbox"/> ja, manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> selten</p> <p><input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht</p> <p>8) habe ich mich traurig und schlecht gefühlt</p> <p><input type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit</p> <p><input type="checkbox"/> ja, manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> selten</p> <p><input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht</p> <p>9) war ich so unglücklich, dass ich geweint habe</p> <p><input type="checkbox"/> ja, die ganze Zeit</p> <p><input type="checkbox"/> ja, manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> nur gelegentlich</p> <p><input type="checkbox"/> nein, niemals</p> <p>10) überkam mich der Gedanke, mir selbst Schaden zuzufügen</p> <p><input type="checkbox"/> ja, ziemlich oft</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> kaum</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p>
<p>Die Antworten werden je nach Symptomschwere mit 0, 1, 2 und 3 bewertet. Die Fragen 3, 5, 6, 7, 8, 9 und 10 sind spiegelbildlich konstruiert (Bewertung mit 3, 2, 1 und 0). Die Addition der einzelnen Items ergibt den Summenscore.</p> <p>Ein Summenscore von ≥ 10 sollte zu einer genaueren psychiatrischen Untersuchung Anlass geben.</p>	