

Depression in der Peripartalzeit – Diagnostik, Therapie und Prophylaxe

Anita Riecher-Rössler

Übersicht

1. Hintergrund
2. Definition und klinisches Bild
3. Häufigkeit
4. Folgen
5. Diagnostik
6. Therapie
7. Schlußfolgerungen und Prophylaxe

1. Hintergrund

Etwa 10-15% aller (werdenden) Mütter leiden an einer behandlungsbedürftigen Depression. Depressive Erkrankungen in der Schwangerschaft und Postpartalzeit werden aber nicht immer als solche wahrgenommen, da viele Beschwerden der Schwangerschaft bzw. den Belastungen der frühen Mutterschaft an sich zugeschrieben werden. Unbehandelt sind jedoch zahlreiche Risiken, nicht nur für die (werdende) Mutter, sondern auch für das Kind beschrieben. Vorbeugung, Früherkennung und Aufklärung bezüglich dieser Störungen sollten vorrangige Ziele nicht nur von Psychiatern, sondern auch von Gynäkologen, Hebammen und allen Beteiligten sein [1].

2. Definition und klinisches Bild

Die sogenannte „*Schwangerschaftsdepression*“ – oder besser „Depression in der Schwangerschaft“ – unterscheidet sich im klinischen Bild nicht grundsätzlich von Depressionen außerhalb dieser Zeit [2,3]. Doch werden die Symptome in der Schwangerschaft durch die somatischen Schwangerschaftsbeschwerden überlagert, was dazu führt, daß nur etwa 20% der depressiven Erkrankungen bei Schwangeren diagnostiziert werden [4]. Die Frauen berichten häufiger über Übelkeit, Bauchschmerzen, Kurzatmigkeit, gastrointestinalen Probleme und sexuelle Dysfunktionen [5]. Vielen fällt es schwer, über ihre depressiven Beschwerden zu sprechen.

Als "*postpartale oder postnatale Depression*" werden alle behandlungsbedürftigen depressiven Erkrankungen bezeichnet, die im ersten Jahr nach Entbindung auftreten oder bestehen.

Auch das klinische Bild der postpartalen Depression unterscheidet sich nicht prinzipiell von dem anderer Depressionen [6].

Abzugrenzen davon ist der sog. *postpartale Blues*, auch postpartale Dysphorie genannt. Hier handelt es sich um einen leichteren Verstimmungszustand mit erheblicher Stimmungslabilität,

der in den ersten Tagen nach der Entbindung auftritt und in der überwiegenden Zahl der Fälle innerhalb der ersten Woche von selbst wieder abklingt.

Auch die anhaltenden depressiven Erkrankungen der Postpartalzeit gehen oft mit einer besonders ausgeprägten emotionalen Labilität einher. Die Inhalte des depressiven Grübelns, der Schuldgefühle etc. beziehen sich häufig auf das Kind und die Mutterschaft. Etwa 20-40% der Mütter leiden unter Zwangsgedanken, z.B. das Kind zu schädigen (Übersichten bei [7,8]). Viele Mütter klagen insbesondere über ein Gefühl der Gefühllosigkeit ihrem eigenen Neugeborenen gegenüber. Tatsächlich gehen postpartale psychische Erkrankungen nicht selten mit Bindungsstörungen einher: Die Mütter können keine Beziehung zu ihrem Säugling aufnehmen, keine Gefühle von Zuneigung und Liebe entwickeln. Manchmal entwickeln sie dem Kind gegenüber gar feindselige Gefühle. Bleibt eine Depression lange unbehandelt oder wird der Säugling von der Mutter getrennt, kann sich eine solche Bindungsstörung auch sekundär entwickeln (siehe auch [9,10]).

Symptome der Depression in der Peripartalzeit

- Depressive Verstimmung
- *Emotionale Labilität*
- Antriebsmangel, Energielosigkeit
- Freudlosigkeit, Interessenverlust
- Müdigkeit
- Schlaf- und Appetitstörungen
- Konzentrationsstörungen
- Ängste, Sorgen (*v.a. in Bezug auf das Kind*)
- Zwangsgedanken (*dem Kind schaden, etc.*)
- Schuldgefühle
- Gefühl der Gefühllosigkeit (*v.a. dem Kind gegenüber*)
- Suizidgedanken und parasuizidale Handlungen

Quelle: [2,6]

3. Häufigkeit

Etwa 11% aller *Schwangeren* leiden an einer Depression, wie eine Metaanalyse über 21 Studien zeigte [11], wobei die *Prävalenz* im zweiten und dritten Trimenon mit ca. 12% etwa doppelt so hoch wie im ersten Trimenon. Über die gesamte Schwangerschaft betrachtet, weichen die Prävalenzraten damit nicht signifikant von der Prävalenz depressiver Störungen bei anderen Frauen im gebärfähigen Alter ab [12]. Möglicherweise liegen sie sogar niedriger, da die diagnostische Einschätzung 'Depression' in vielen Studien an Schwangeren nur auf der Basis von Selbstbeurteilungsbögen vorgenommen und nicht ärztlicherseits mit ICD- oder DSM-Kriterien in ihrer Krankheitswertigkeit bestätigt wurden.

Die Angaben zur Häufigkeit der *postpartalen* Depression schwanken je nach diagnostischen Kriterien und Beobachtungszeitraum, wobei die mittlere Prävalenzrate bei 10-15% liegt (Übersichten bei [13,14]). Damit ist auch die Rate schwerer, *krankheitswertiger* Depressionen bei Frauen in der Postpartalzeit im Vergleich zu gleichaltrigen Frauen ohne vorgängige Geburt eines Kindes wahrscheinlich kaum erhöht (Übersichten bei [13-15]). Frauen dieser Altersgruppe haben ohnehin eine vergleichsweise hohe Depressionsrate [12]. Zwar wird in den ersten Monaten postpartal eine Verschlechterung im psychischen Befinden der Mütter beobachtet, die aber nicht als Depression von Krankheitswert interpretiert wird, sondern eher als leichtere Verstimmung, etwa im Zusammenhang mit den körperlichen Veränderungen und Beschwerden, mit der Einschränkung der sexuellen Genußfähigkeit oder Verschlechterung der Partnerbeziehung nach der Entbindung.

((Anfang Merksatz)) Die Rate *krankheitswertiger* Depressionen scheint allenfalls in den ersten drei Monaten nach der Entbindung leicht erhöht zu sein, dann gleicht sich das Erkrankungsrisiko wieder an das gleichaltriger Frauen *ohne* vorausgegangene Entbindung an. *((Ende Merksatz))*

4. Folgen

Abgesehen von den Risiken jeder Depression, bis hin zum Suizid, können Depressionen in der Schwangerschaft weitere spezifische Folgen haben (vgl. [3,16]). Depressive Schwangere versäumen es häufiger, adäquate Geburtsvorsorge zu treffen, und greifen öfter zu Suchtmitteln [17]. Vielfach konnte ein Zusammenhang zwischen Depressivität, Frühgeburt und niedrigem Geburtsgewicht gezeigt werden [18]. Weitere Risiken zeigt Tabelle 1. Schließlich gilt die Schwangerschaftsdepression als Hauptrisikofaktor für die Entwicklung einer postpartalen Depression.

Tabelle 1 bitte hier einfügen

Auch in der *Postpartalzeit* kann eine Depression schwere Folgen haben, nicht nur für die Mütter selbst, sondern auch für das Kind, die Partnerschaft und die ganze Familie.

So wird die frühe Mutter-Kind-Beziehung, die als so wichtig für die aktuelle und auch spätere Entwicklung des Kindes gilt, durch den depressiven Rückzug und das krankheitsbedingte Unvermögen der Mutter, sich dem Kind zuzuwenden, oft nachhaltig gestört [9,10]. Die Mutter selbst verarbeitet dies oft mit Schuldgefühlen, wodurch sich die Depression verstärken und ein fataler Teufelskreis in Gang kommen kann (vgl. Abbildung 1).

Die Kinder solcher Mütter entwickeln häufig nicht nur emotionale und Verhaltensauffälligkeiten, sondern zum Teil auch Entwicklungsverzögerungen, unter anderem im Bereich der intellektuellen Leistungsfähigkeit, die teilweise noch bis ins Schulalter nachweisbar sind. Eine frühzeitige Behandlung der Mütter kann die Mutter-Kind-Beziehung und die Entwicklung des Kindes aber deutlich verbessern [19].

Zudem gehen postpartale Depressionen, wie alle Depressionen, immer mit dem Risiko eines Suizids einher. Dabei ist auch die Gefahr des erweiterten Suizids oder des Infantizids - vor allem

im Rahmen einer psychotischen Depression - zu bedenken, wobei der Infantizid mit einer Häufigkeit von ca. 1:50'000 Geburten jedoch extrem selten vorkommt [7].

Abbildung 1 bitte hier einfügen

5. Diagnostik

Zur Erleichterung der Diagnose einer Depression in der Peripartalzeit empfiehlt es sich, alle Schwangeren und Wöchnerinnen in Frauenarztpraxen, Geburtshilfeabteilungen, durch Hebammen in der Nachbetreuung etc. einen kurzen Selbstbeurteilungsbogen ausfüllen zu lassen. Als Screening-Instrument bewährt hat sich die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), die ursprünglich für die Postpartalzeit entwickelt wurde [20], aber auch in der Schwangerschaft eingesetzt werden kann. Im Vergleich zu herkömmlichen Depressionsfragebögen verzichtet das Instrument auf das Erfragen von körperlichen Beschwerden wie Schlaf- und Appetitstörungen oder Energielosigkeit, die ja Schwangerschafts- und Wochenbett-bedingt auftreten können. Wenn eine Frau auf diesem Bogen einen Wert ≥ 10 zeigt, sollte sie unbedingt psychiatrisch untersucht werden. Nur so läßt sich beurteilen, ob es sich um eine behandlungsbedürftige Erkrankung handelt. In diesem Falle müssen differentialdiagnostische Untersuchungen durchgeführt (z.B. der Ausschluß einer Schilddrüsenunterfunktion als Ursache der Depression u.v.m.) und geeignete Therapiemaßnahmen eingeleitet werden.

Abbildung 2 bitte hier einfügen

6. Therapie

Zur Therapie depressiver Erkrankungen in der Schwangerschaft und Stillzeit stehen prinzipiell dieselben Maßnahmen zur Verfügung wie auch sonst für die Depressionsbehandlung (vgl. Tabelle 2). Es gilt jedoch einige Besonderheiten zu beachten, insbesondere bei

psychopharmakologischen Strategien, die nicht ohne Risiko für das Ungeborene und gestillte Kind sind.

Die Auswahl der Therapiemaßnahme sollte zusammen mit der Patientin erfolgen. Bei leichteren und mittelschweren Erkrankungen sollten zunächst vor allem nicht-pharmakologische Maßnahmen ausgeschöpft werden.

Es ist wichtig, auch den (werdenden) Vater einzubeziehen, da diesen die Veränderung der Partnerin häufig auch sehr belastet und seine Unterstützung entscheidend für den weiteren Verlauf ist.

Tabelle 2 bitte hier einfügen

6.1. Allgemeine Maßnahmen inkl. Sicherung des Schlafs

Ganz im Vordergrund steht zunächst die Aufklärung darüber, daß es sich um eine Erkrankung handelt und nicht um ein „Versagen als Mutter“, was die Frau von ihren Schuldgefühlen entlastet. Äußerst wichtig ist auch Beratung über praktische Hilfen und Bewältigungsstrategien (vgl. Tabelle 2). Da vor allem in der Schwangerschaft Medikation nur zurückhaltend eingesetzt werden sollte, kommt allgemein unterstützenden Maßnahmen zur Reduktion von Streß und Förderung der Entspannung eine umso größere Bedeutung zu. Sehr wichtig ist auch ein guter Nachtschlaf. Hier stehen schlafhygienische Maßnahmen ganz im Vordergrund. Wenn diese nicht ausreichen, darf auch in der Schwangerschaft und Stillzeit das Antihistaminikum Diphenhydramin gegeben werden [21] oder aber das sedierende Neuroleptikum Quetiapin, evtl. auch das ebenfalls sedierende Antidepressivum Amitryptilin [22]. Andere Schlafmittel sollten vermieden werden [22].

6.2. Psychotherapie

((Anfang Merksatz)) Die Psychotherapie ist neben allgemein unterstützenden Maßnahmen bei der Behandlung die Methode der ersten Wahl. *((Ende Merksatz))*

Sie kann auch präventiv eingesetzt werden bei Frauen mit hohem Depressions- bzw. Rezidivrisiko, etwa wenn Frauen nach einer Depression aufgrund der Planung einer Schwangerschaft ihr Medikament absetzen. Vorteile sind die fehlende Exposition des Kindes mit psychotropen Substanzen und ein langanhaltender Therapieeffekt, dies jedoch bei hohem zeitlichen und finanziellen Aufwand.

Neben einer supportiven Gesprächstherapie kommen als spezifische Psychotherapieformen u.a. die interpersonelle Psychotherapie (IPT) und kognitive Verhaltenstherapie (KVT) in Frage. Die IPT fokussiert darauf, soziale Interaktionen zu verbessern und Coping-Strategien für Lebensveränderungen zu entwickeln. Spinelli [23] und auch Stuart [24] haben für die *Psychotherapie von Schwangeren* die IPT, die klassisch vor allem die vier Themenbereiche „Trauer“, „interpersonelle Konflikte“, „Rollenübergänge“ und „interpersonelle Defizite“ kennt, um den Problembereich „Schwangerschaft“ ergänzt und evaluiert (vgl. [3]).

Auch die *Psychotherapie in der Postpartalzeit* sollte zu Beginn sehr unterstützend und bewältigungsorientiert sein. Themen sollten neben Streßbewältigung und Entspannung, Hilfesuchen, Beziehung zum Kind, Paarbeziehung und Aufbau positiver Aktivitäten sein. Häufig geht es darum, die Überbelastung durch die multiplen Rollen als Mutter, Partnerin, Hausfrau, Berufstätige etc. abzubauen.

In einer psychodynamisch orientierten Psychotherapie können die vielfältigen Konflikte, die manchmal durch das Mutterwerden aktualisiert werden, bearbeitet werden. Häufig geht es hier um den einschneidenden Rollenwechsel der Frau in Zusammenhang mit dem Mutterwerden und um Rollenkonflikte. Manche Frauen haben das Gefühl, ihre Autonomie und Selbstbestimmung verloren zu haben, insbesondere wenn sie ihre Berufstätigkeit und damit auch die (finanzielle) Unabhängigkeit sowie ihre Kontakte aufgegeben haben. Wichtige Themen können auch Partnerschaftskonflikte, die Beziehung zur eigenen Mutter oder die Reaktualisierung eigener Kindheitskonflikte u.v.m. sein [6].

Es wurden auch Einzel- und Gruppenpsychotherapien spezifisch für postpartale Depressionen entwickelt (vgl. [6]). Wir selbst haben einen speziellen "Gruppentherapiekurs für Mütter mit depressiven Störungen" in Form eines Manuals publiziert ([25-27]). Manchmal kann (zusätzlich) eine Paartherapie erforderlich werden.

Zum Wohle des Kindes und der Mutter sollte von Anfang an auf die Etablierung einer guten *Mutter-Kind-Beziehung* geachtet werden, etwa durch Förderung entspannter Mutter-Kind-Kontakte, durch zeitweise Entlastung von der Säuglingspflege in stressvollen Situationen, aber auch durch praktische Anleitung und Hilfen. Auch *Babymassage* kann gegebenenfalls zur Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung beitragen. Eine längere Trennung von Mutter und Kind sollte möglichst vermieden werden, es sei denn, es bestünde unmittelbare Gefahr, etwa durch Vernachlässigung, Mißhandlung oder gar Infantizid.

((Merksatz Anfang)) Die Förderung einer guten Mutter-Kind-Beziehung kann nicht nur Schuldgefühle bei der Mutter abbauen und damit ihren Gesundungsprozeß beschleunigen, sondern auch die Traumatisierung des Kindes verhindern und damit Langzeitfolgen vermeiden.

((Merksatz Ende))

6.3. Medikamentöse Behandlung

((Anfang Merksatz)) Bei schweren Depressionen oder wenn Psychotherapie und andere Maßnahmen alleine nicht wirksam sind, sollte zusätzlich auch eine Psychopharmakotherapie durchgeführt werden. *((Ende Merksatz))*

Die Psychopharmakotherapie von Frauen in der fertilen Lebensphase mit Schwangerschaftswunsch und schließlich in der Schwangerschaft und Stillzeit stellt sehr hohe Anforderungen an den Behandler, sein Wissen und seine Beratungskompetenzen. Die Risiken der Psychopharmakotherapie sind sehr sorgfältig gegen das Risiko einer unbehandelten psychischen Erkrankung abzuwägen. Dabei gilt es zum einen, generelle Überlegungen und Vorsichtsmaßnahmen zu beachten. Zum anderen ist eine laufende Aktualisierung des Wissens

über einschlägige Fachliteratur [22] oder Webseiten (siehe am Ende des Beitrags) erforderlich, da sich die Evidenzlage bezüglich Psychopharmakotherapie in Schwangerschaft und Stillzeit derzeit ständig ändert und verbessert.

Alle psychotropen Pharmaka passieren die Plazenta und sind im Fruchtwasser nachweisbar. Der Embryo ist besonders in der Zeit der Organogenese (ca. 15. bis 60. Tag nach der Befruchtung) gegenüber teratogenen Einflüssen empfindlich. In der anschließenden Fetalphase (zweites und drittes Trimenon) nimmt diese Empfindlichkeit wieder ab [21]. Um die Geburt herum kann es zu perinatalen Komplikationen kommen, die meist vorübergehender Natur sind. Sichere Aussagen über Langzeitauswirkungen auf die Kindsentwicklung sind aufgrund der wenigen Langzeitstudien noch immer nicht möglich [22]. Andererseits kann eine unbehandelte Depression äußerst negative Folgen haben.

((Anfang Merksatz)) Jeder Medikation hat ein gewissenhaftes Abwägen der Nutzen und Risiken für Mutter und Kind und eine ausführliche und dokumentierte Aufklärung voranzugehen. Das einzelne Medikament ist sorgfältig und unter Nutzung des aktuellen Wissens zu wählen. *((Ende Merksatz))*

Bezüglich der Auswahl der einzelnen Medikament sei auf einschlägige Fachliteratur verwiesen (Überblick in [22]). Im Folgenden sollen jedoch einige wichtige allgemeine Überlegungen und das praktische Vorgehen in spezifischen Beratungssituationen besprochen werden.

6.3.1. Beratung und Behandlung von psychisch kranken Frauen im fertilen Alter

Generell sollte bei **Frauen im fertilen Alter**, denen ein Psychopharmakon rezeptiert wird, immer eine ausführliche Aufklärung über die möglichen Risiken bei einer Schwangerschaft erfolgen und sie sollten über Möglichkeiten einer sicheren Kontrazeption – gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit ihrer Gynäkologin beraten werden.

Dabei ist zu bedenken, daß bestimmte Psychopharmaka (z.B. Carbamazepin, Phenytoin, Topiramate, aber auch bestimmte Neuroleptika) die Sicherheit einer *oralen* Kontrazeption vermindern können und zum sog. „Pillenversagen“ führen können.

6.3.2. Beratung und Behandlung von psychisch kranken Frauen mit Kinderwunsch

Idealerweise kommen Frauen mit aktuellen oder früheren psychischen Erkrankungen in die Beratung der Psychiaterin, schon wenn sie eine Schwangerschaft planen. Häufig ist hier die Frage, ob eine noch bestehende Psychopharmaka-Einnahme beendet werden kann oder soll.

Bei einer solchen Beratung sollte immer zunächst die Gesamtsituation betrachtet werden [22], bevor speziell auf die Frage der Medikation eingegangen wird.

Ist die Frau schon länger psychisch stabil, so kann ein langsames Ausschleichen der Psychopharmaka-Gabe (meist über mehrere Monate) geplant werden. In dieser Zeit sollte sie engmaschig gesehen werden und weiterhin *nicht-orale* Kontrazeptionsmethoden benutzen. Ist eine weitere Medikation erforderlich, so kann langsam überlappend auf ein in Schwangerschaft und Stillzeit sicheres Präparat umgestellt werden. Dabei ist eine Monotherapie anzustreben.

Bei Frauen, bei denen nur mit größter Mühe ein geeignetes Medikament gefunden wurde, sollte eine medikamentöse Umstellung im Allgemeinen aber nur bei eindeutigem Teratogenitätsrisiko des bisherigen Pharmakons erfolgen.

Generell muß die Auswahl des Psychopharmakons sehr sorgfältig entsprechend den jeweils neuesten Empfehlungen erfolgen (vgl. [22] und Links am Ende des Artikels). Gegebenenfalls sollte die Patientin in einer Spezialsprechstunde vorgestellt werden.

Im Beratungsgespräch ist das Vorgehen während der Schwangerschaft und Peripartalzeit mit der angehenden Mutter und möglichst auch dem künftigen Vater zu besprechen.

6.3.3. Beratung und Behandlung psychisch kranker Frauen mit schon eingetretener Schwangerschaft

Häufig ist aber die Situation, daß der Psychiater/die Psychiaterin erst dann konsultiert wird, wenn schon eine – meist ungeplante – Schwangerschaft eingetreten ist. Er/sie wird dann mit der Frage konfrontiert, ob die Psychopharmaka abgesetzt werden sollen und/oder gar ein Schwangerschaftsabbruch durchgeführt werden soll.

Hier gilt es, keine voreiligen Entscheidungen zu treffen. Meist ist das erste Trimenon schon verstrichen, so daß das Fehlbildungsrisiko, vor dem die Mütter/Väter am meisten Angst haben, ohnehin kaum mehr reduziert werden kann.

Die Medikation sollte möglichst nicht ohne guten Grund gewechselt werden, dies nicht nur wegen des Rezidivrisikos für die Mutter, sondern auch, weil Medikamentenwechsel die Exposition des Ungeborenen zusätzlich erhöhen.

Insbesondere sollte auf die engmaschige Beobachtung und Betreuung der Mutter und des Kindes durch Psychiater und Gynäkologen geachtet werden.

Tabelle 3 bitte hier einfügen

6.3.4. Entbindung

Die Entbindung sollte sorgfältig geplant werden in Zusammenarbeit zwischen Geburtshelfer und Psychiater, ggfs. auch Pädiater, Hebamme und Stillberater. Etwa zwei Wochen vor der geplanten Entbindung kann die Antidepressivum-Dosis, falls die Mutter stabil ist, langsam etwas reduziert werden, um Entzugssymptome beim Kind durch geburtsbedingten plötzlichen Entzug zu mildern. Nach der Entbindung sollte die Dosis sofort wieder erhöht werden wegen der gerade in den ersten Monaten deutlich erhöhten Rückfallrisikos. Umgekehrt verhält es sich mit Substanzen, deren erhöhte Clearance in der Schwangerschaft eine Dosiserhöhung erfordert, wie Lithium oder Lamotrigin: Diese Substanzen sollten bei der Geburt auf präkonzeptionelle Dosen reduziert werden.

Die Entbindung sollte möglichst in einer Zentrumsambulanz mit angegliederter Neonatologie erfolgen, wo die Möglichkeit besteht, das Kind zu überwachen.

6.3.5. Stillen?

Ist eine Medikation nach der Entbindung notwendig, so sollte die Frage des Stillens mit der angehenden Mutter möglichst frühzeitig und ausführlich besprochen werden. Viele Frauen haben Schuldgefühle, wenn sie nicht stillen. Davon sollte die Mutter unbedingt entlastet werden. Die Vor- und Nachteile des Stillens sollten mit ihr erörtert werden. Alternativen sollten erwogen werden, z.B. Baby-Massage, um den Körperkontakt zu pflegen.

Tabelle 4 bitte hier einfügen

Wenn die Mutter stillen will, sollte das Medikament sorgfältig entsprechend den neuesten Empfehlungen ausgewählt werden (vgl. [22] und ‚Nützliche Links‘ am Schluß des Beitrags). Es sollte ein Pharmakon mit möglichst geringem Übertritt in die Muttermilch gewählt werden. Besondere Vorsicht ist bei Frühgeborenen oder kranken Säuglingen geboten.

((Anfang Merksatz)) Gerade bei schweren psychischen Erkrankungen sollte nach wegen des Stillens auf keinen Fall auf Psychopharmaka verzichtet werden, da die Folgen der Erkrankung für Mutter und Kind als sehr viel schwerwiegender betrachtet werden als die potentiellen Folgen der Psychopharmaka für den Säugling. Bei manchen Substanzen kann es für den Säugling sicherer sein, mit einer Fertigmilch ernährt zu werden als durch das Stillen den – wenn auch meist sehr geringen – Plasmaspiegeln der mütterlichen Medikation ausgesetzt zu sein. *((Ende Merksatz))*

6.3.6. Auswahl der einzelnen Psychopharmaka in Schwangerschaft und Stillzeit

Während der Erfahrungshorizont für die Monotherapie mit einzelnen Antidepressiva und Neuroleptika recht gut ist, gestalten sich Kombinationstherapien oder die Phasenprophylaxe bipolarer Erkrankungen eher schwierig (Übersicht bei [22]).

a) Antidepressiva

((Anfang Merksatz)) Die Datenlage zu Antidepressiva-Behandlung in der **Schwangerschaft** ist dadurch beschränkt, daß in den Studien bisher kaum getrennt wurde zwischen möglichen Einflüssen der Medikation einerseits und den Einflüssen der mütterlichen Erkrankung einschliesslich möglichen problematischen Vorsorgeverhaltens andererseits. ((Ende Merksatz))

Selektive-Serotonin-Reuptake-Hemmstoffe (SSRI)

Teratogene Effekte von SSRIs sind bislang nicht eindeutig nachzuweisen. Jedoch gibt es einige Studien, die auf ein leicht erhöhtes Risiko für spezielle Fehlbildungen vor allem des Herzens, insbesondere unter Paroxetin, zum Teil auch unter Fluoxetin, hinweisen.

Ein Einsatz von SSRI im letzten Trimenon wird auch mit verschiedenen neonatalen Komplikationen in Verbindung gebracht: Frühgeburtlichkeit, geringeres Geburtsgewicht und selten eine persistierende pulmonale Hypertonie des Neugeborenen. Zum Teil werden zudem vorübergehende Anpassungsstörungen nach der Geburt beschrieben, wie Zitterigkeit, Übererregbarkeit, mildere respiratorische Störungen wie vorübergehende Tachypnoe, schwaches Schreien, verminderter Muskeltonus und vermehrte Intensiv-Überwachungsbedürftigkeit.

Die American Academy of Pediatrics empfiehlt stillenden Müttern vor allem Sertralin, Paroxetin oder Fluvoxamin, da diese die geringste Exkretion in die Brustmilch zeigen. Dagegen bezeichnet sie Citalopram, Escitalopram und Fluoxetin beim Stillen als kontraindiziert, da es hier beim Kind zu zu hohen Dosen komme und zum Teil unerwünschte Wirkungen berichtet wurden. Generell seien aber SSRI besser dokumentiert als trizyklische Antidepressiva.

Für Frauen, die eine weitere Schwangerschaft planen, ist jedoch Paroxetin zu vermeiden (Übersicht bei [22]).

Trizyklische Antidepressiva (TZA)

Bei keinem der seit längerem gebräuchlichen Präparate konnte bisher der Verdacht auf teratogene Effekte bestätigt werden. Bei einigen Neugeborenen, deren Mütter bis zur Geburt mit TZA behandelt wurden, wurden Entzugssymptome wie Zitterigkeit, Übererregbarkeit, Atemnotsyndrom und Krämpfe beobachtet. Neuere Studien konnten aber keinen eindeutigen Zusammenhang zeigen.

Trizyklika können aber durch ihre anticholinergen Eigenschaften typische Schwangerschaftsbeschwerden wie Obstipation verstärken und haben eine hohe Toxizität bei Überdosierungen (Cave: Suizidrisiko!) [22].

Andere Antidepressiva

Andere Antidepressiva wie Duloxetin, Mirtazepin, Nefazodon, Venlafaxin und Bupropion sind nicht zu empfehlen, da der Erfahrungsumfang sowohl in der Schwangerschaft als auch in der Stillzeit noch zu gering ist. Vereinzelt gibt es Hinweise auf mögliche Teratogenität. Bei MAO-Hemmern wurden pränatal toxische Wirkungen, Schwangerschaftshypertonie und Wachstumsretardierungen berichtet. Auch in der Stillzeit können sie aufgrund der unzureichenden Datenlage nicht empfohlen werden.

Auch pflanzliche Psychopharmaka oder Naturheilmittel, Homöopathika und ähnliches sollten vermieden werden, da es hierzu fast keine Sicherheitsdaten für Schwangerschaft und Stillzeit gibt.

Merkkasten: Allgemeine Empfehlungen zur Antidepressiva-Gabe in Schwangerschaft und Stillzeit

- Psychische Gesundheit während der Schwangerschaft ist wichtig für Mutter und Kind
- Schöpfe zuerst alle nicht-pharmakologischen Optionen aus!
- Vermeide Medikation im 1. Trimester, wenn möglich
- Bei schwerer Depression überwiegen die potentiellen Risiken der unbehandelten Erkrankung die potentiellen Risiken sorgfältig gewählter Antidepressiva (AD)

- Vor Beginn einer neuen Medikation, konsultiere stets die aktuellen Richtlinien und die Literatur!
- Beende die AD-Medikation nicht ohne sorgfältige Abwägung der Pros und Cons!
- Gebrauche Monotherapie!
- Keine reduzierte Dosis während der Schwangerschaft (hohes Distributionsvolumen), aber vor der Entbindung evtl. langsam etwas reduzieren
- Vermeide Phasenprophylaktika, verwende nie Valproat!
- Vermeide Medikation, für die keine gut kontrollierten Studien an grossen Populationen vorliegen (vermeide z.B. „Naturheilmittel“)
- Bevorzuge SSRI (siehe Text)
- Falls Sedation nötig ist, kann als AD Amitriptylin verschrieben werden (Cave: siehe Text)
- Intoxikation und/oder Entzugssymptome beim Neugeborenen sind bei allen AD möglich
- Gute Aufklärung der Eltern und gemeinsame Entscheidung!
- Gute Dokumentation!
- Sorgfältige interdisziplinäre Planung der Betreuung in Schwangerschaft, Geburt und Postpartalzeit
- Entbindung in Spital mit Neonatologie!
- Bei Frauen in gebärfähigem Alter ohne sicheren Empfängnisschutz: nur Medikamente, die auch bei einer potentiellen Schwangerschaft sicher wären!

b) Phasenprophylaktika

Phasenprophylaktika können teratogene Effekte haben. Dies gilt insbesondere für Valproat, aber auch für Topiramate und Carbamazepin. Zur Phasenprophylaxe sollte deshalb eher auf ein atypisches Neuroleptikum ausgewichen werden (siehe dort).

Wird unbedingt ein Phasenprophylaktikum benötigt, so kann am ehesten Lamotrigin oder Lithium gewählt werden, obwohl auch hier ein gewisses teratogenes Risiko besteht. Frühere Warnungen bezüglich Lithium wurden inzwischen relativiert. Allerdings ist die Datenlage hier noch inkonsistent und es sollte immer eine begleitende Ultraschall-Feindiagnostik erfolgen. Bei den beiden letztgenannten Pharmaka ist auch die erhebliche Clearance-Steigerung während der Schwangerschaft zu beachten, was eine regelmäßige Spiegelkontrolle und bei Bedarf

Dosisanpassung erforderlich macht – zur Vermeidung einer Unterdosierung während der Schwangerschaft bzw. Toxizität nach der Entbindung.

Auch das Stillen ist unter Phasenprophylaktika nur im Einzelfall zu erwägen und unter sehr genauer, kontinuierlicher Beobachtung des Säuglings im Hinblick auf Nebenwirkungen.

((Anfang Merksatz)) Klassische Antiepileptika wie Carbamazepin und insbesondere Valproat sind bei Frauen im reproduktionsfähigen Alter generell zu vermeiden, wenn das Eintreten einer Schwangerschaft nicht sicher ausgeschlossen werden kann. *((Ende Merksatz))*

(Übersicht bei [22])

c) Neuroleptika

Bei einer psychotischen Depression während der **Schwangerschaft** können auch Neuroleptika gegeben werden.

Bisher gibt es keine eindeutigen Hinweise auf eine teratogene Wirkung von typischen oder atypischen Neuroleptika. Bei Einsatz in der fortgeschrittenen Schwangerschaft ist aber zu beachten, daß viele sogenannte atypische Antipsychotika zu Gewichtszunahme und metabolischen Störungen führen können. Engmaschige Kontrolluntersuchungen sind insbesondere unter Olanzapin, Clozapin und Quetiapin empfehlenswert.

Sowohl unter typischen als auch unter atypischen Neuroleptika kann es zu verminderten APGAR-Werten und neonatalen Anpassungsstörungen kommen. Die amerikanische Aufsichtsbehörde FDA hat im Februar 2011 vor extrapyramidalen Nebenwirkungen und Entzugssymptomen bei Neugeborenen gewarnt. Nicht immer war aber klar, ob sie wirklich auf die Medikation oder auf andere Faktoren zurückzuführen war. Auch können Krampfanfälle bei exponierten Neugeborenen auftreten. Zum Teil auch deshalb wird eine langsame Dosisreduktion in den 14 Tagen vor dem errechneten Geburtstermin empfohlen.

Vom *Stillen* unter Neuroleptika wird bei unzureichender Datenlage eher abgeraten. Die besten Erfahrungswerte in Schwangerschaft *und* Stillzeit gibt es bisher zu Quetiapin und Risperidon. Zum Teil wird auch Haloperidol empfohlen. Quetiapin hat möglicherweise auch eine stimmungsstabilisierende Wirkung. Soll eine Frau in dieser Zeit auf eine längerfristige Medikation eingestellt werden, so hat Quetiapin den Vorteil, daß es sowohl eine spätere Empfängnis erlaubt als auch während Schwangerschaft *und* Stillzeit weitergegeben werden kann.

((Anfang Merksatz)) Bezüglich der genauen Medikamentenauswahl sollte in Zweifelsfällen immer ein Kompetenzzentrum konsultiert werden. *((Ende Merksatz))*

6.4. Lichttherapie

Bei Depression in der Schwangerschaft gibt es auch gute Hinweise auf die Wirksamkeit von Lichttherapie, die wir zuletzt in einer umfangreichen, Placebo-kontrollierten Studie nachweisen konnten (Übersicht bei [28]).

((Anfang Merksatz)) Vorteile der Lichttherapie sind die einfache Anwendbarkeit und die geringen Nebenwirkungen. *((Ende Merksatz))*

6.5. Hospitalisation

Auch eine vorübergehende Hospitalisation sollte großzügig erwogen werden. Sie hat immer zu erfolgen bei einer schwereren Depression, insbesondere wenn diese mit (prä)psychotischen Symptomen, mit Suizidalität oder einem Risiko für das Kind einhergeht.

In vielen psychiatrischen Kliniken gibt es inzwischen sog. Mutter-Kind-Einheiten oder zumindest die Möglichkeit des Rooming-in für den Säugling, so daß die längere Trennung von Mutter und Kind vermieden werden kann, wenn das Befinden der Mutter dies zulässt. Wesentlich ist dabei, daß der Vater gut einbezogen wird, indem das Kind zeitweise auch bei ihm ist, damit nicht die Beziehung zum gesunden Elternteil leidet, die in einer solchen Konstellation ausgesprochen wichtig ist.

6.6. Elektrokrampftherapie

Im angloamerikanischen Raum wird die Elektrokrampftherapie (EKT) für die Therapie schwerer Episoden depressiver oder bipolarer Erkrankungen auch während der Schwangerschaft empfohlen. Unerwünschte Wirkungen auf den Schwangerschaftsverlauf und das Ungeborene sind aber beschrieben [29], so daß diese nur in therapieresistenten Einzelfällen und unter sorgfältigen Vorsichtsmaßnahmen durchgeführt werden sollte sowie ausschließlich bei Patientinnen, welche die Risiken verstehen und ihre Zustimmung gegeben haben [22].

7. Schlußfolgerungen und Prophylaxe

Depressive Erkrankungen in der Peripartalzeit sind häufig, bleiben jedoch oft undiagnostiziert und unbehandelt. Es handelt sich um ernstzunehmende Erkrankungen mit potentiell schweren Folgen für die Mutter, das Kind und die ganze Familie. Deshalb sollten alle Schwangeren über das Risiko einer Depression aufgeklärt werden, insbesondere aber Patientinnen mit rezidivierenden depressiven Störungen und bipolaren Erkrankungen, für die das Wiedererkrankungsrisiko in der Postpartalzeit besonders hoch ist. Psychiatrische Patientinnen im gebärfähigen Alter sollten immer in Bezug auf Schwangerschaftswunsch angesprochen werden; gegebenenfalls sollte eine Schwangerschaft sorgfältig geplant werden, auch im Hinblick auf geeignete Medikation.

Durch eine engmaschige Begleitung und Beobachtung in der Peripartalzeit, gegebenenfalls auch mit geeigneten Screening-Instrumenten, kann eine Frühbehandlung erfolgen, was die Prognose für Mutter und Kind entscheidend verbessert.

Die Risiken einer sorgfältig gewählten Psychopharmakotherapie sind gegen das meist deutlich höhere Risiko einer unbehandelten psychischen Erkrankung abzuwägen. Dabei gilt es zum einen, generelle Überlegungen und Vorsichtsmaßnahmen zu beachten. Zum anderen ist eine laufende Aktualisierung des Wissens über einschlägige Fachliteratur und Webseiten

erforderlich, da sich die Evidenzlage bezüglich Psychopharmakotherapie in Schwangerschaft und Stillzeit ständig ändert und verbessert. In jedem Fall sollten auch sämtliche nicht-pharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten gerade in dieser Patientinnengruppe genutzt werden.

Kernaussagen

- Um depressive Erkrankungen bei Frauen in der Peripartalzeit nicht zu übersehen, empfiehlt es sich, alle schwangeren Frauen über Depression aufzuklären und routinemäßig die EPDS als Screening-Instrument einzusetzen.
- Bei Hinweisen auf eine Depression ist eine ausführliche psychiatrische Diagnostik durchzuführen.
- Insbesondere in der Schwangerschaft sollten zunächst alle nicht pharmakologischen Möglichkeiten ausgenutzt werden, einschließlich einer ausführlichen Psychoedukation zur Entlastung von Schuldgefühlen, Psychotherapie, sozialen Interventionen oder auch Lichttherapie.
- In schwereren Fällen ist jedoch auch eine Psychopharmakotherapie unumgänglich, wobei der Therapeut auf aktuellem Kenntnisstand bezüglich Indikation, Kontraindikation und Risiken der einzelnen Pharmaka sein sollte.
- Die Entscheidung, welche Therapiemaßnahmen ergriffen werden sollen, kann nur zusammen mit der Mutter getroffen und sollte gut dokumentiert werden.
- Väter sollten möglichst in alle Prozesse einbezogen werden.
- Auch in Bezug auf die Frage des Stillens hat eine sorgfältige Risiko-Nutzen-Analyse zu erfolgen.
- Von größter Bedeutung ist auch die Prophylaxe bei psychisch kranken Frauen im gebärfähigen Alter. Sie sollten von ihrem behandelnden Therapeuten regelmäßig auf

ihren Kinderwunsch befragt und gegebenenfalls hinsichtlich sicherer Kontrazeption, Schwangerschafts- und Medikationsplanung beraten werden.

- Psychopharmaka mit hohem Fehlbildungsrisiko, wie z.B. Valproat, sollten Frauen in gebärfähigem Alter prinzipiell nicht verordnet werden.

Nützliche Links:

Embryotox: <http://www.embryotox.de>

Reprotox: www.reprotox.org

TERIS: <http://depts.washington.edu/teris.web>

FDA Drug Safety: <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm243903.htm>

Interessenkonflikt

Die Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

Mein Dank geht an Claudine Pfister für die Mithilfe bei der Erstellung des Manuskripts.

Literatur

1. Riecher-Rössler A (ed) (2012) Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Karger, Freiburg, Basel
2. Manber R, Blasey C, Allen JJ (2008) Depression symptoms during pregnancy. *Archives of women's mental health* 11 (1):43-48.
3. Frisch U, Riecher-Rössler A (2012) Depression in der Schwangerschaft. In: Riecher-Rössler A (ed) Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Karger, Freiburg, Basel, pp 3-10.
4. Hatton DC, Harrison-Hohner J, Matarazzo J, Edwards P, Lewy A, Davis L (2007) Missed antenatal depression among high risk women: a secondary analysis. *Archives of women's mental health* 10 (3):121-123.
5. Kelly RH, Russo J, Katon W (2001) Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? *General hospital psychiatry* 23 (3):107-113.
6. Riecher-Rössler A (2012) Depressionen in der Postpartalzeit. In: Riecher-Rössler A (ed) Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Karger, Freiburg, Basel, pp 52-60.
7. Riecher-Rössler A (1997) Psychische Störungen und Erkrankungen nach der Entbindung. *Fortschr Neurol Psychiatr* 65 (3):97-107.
8. Riecher-Rössler A, Rohde A, Steiner M (2005) Diagnostic Classification of Perinatal Mood Disorders. In: Riecher-Rössler A, Steiner M (eds) Perinatal Stress, Mood and Anxiety Disorders – from Bench to Bedside. *Bibliotheca Psychiatrica*, vol 173. Karger Verlag, Basel, pp 6-27.
9. Reck C (2012) Mutter-Kind-Interaktion, mütterliches Selbstvertrauen und Bonding bei postpartalen Depressionen und Angststörungen. In: Riecher-Rössler A (ed) Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Karger, Freiburg und Basel, pp 61-68.
10. Trautmann-Villalba P, Hornstein C (2012) Interaktionale Therapie in der Postpartalzeit. In: Riecher-Rössler A (ed) Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Karger, Freiburg und Basel, pp 90-98.
11. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR (2004) Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review. *The American College of Obstetricians and Gynecologists* 103 (4):698-709.
12. Bitzer J, Riecher-Rössler A (2005) Was sind Frauenleiden? Epidemiologische Aspekte. In: Riecher-Rössler A, Bitzer J (eds) Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis. Elsevier Urban & Fischer, München, pp 13-29.
13. Riecher-Rössler A (2005) 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. Elsevier Urban & Fischer, München, pp 375-387.
14. Douki Dedieu S, Riecher-Rössler A, Stewart D, Ulbreich U (2008) Depressive Disorders in Women. WPA Educational Programme on Depressive Disorders, vol III: Depression in Population Groups. World Psychiatric Association.
15. Dietz PM, Williams SB, Callaghan WM, Bachman DJ, Whitlock EP, Hornbrook MC (2007) Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births. *Am J Psychiatry* 164 (10):1515-1520.
16. Surbek D (2012) Pränatalmedizinisch-geburtshilfliche Aspekte bei der Betreuung von psychisch kranken Schwangeren. In: Riecher-Rössler A (ed) Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Karger, Freiburg und Basel, pp 17-27.
17. Kelly HK, Russo J, Holt VL, Danielsen BH, Zatzick DF, Walker D, Katon W (2002) Psychiatric and substance use disorders as risk factors for low birth weight and preterm delivery. *The American College of Obstetricians and Gynecologists* 100 (2):297-304.

18. Evans J, Heron J, Patel RR, Wiles N (2007) Depressive symptoms during pregnancy and low birth weight at term: longitudinal study. *Br J Psychiatry* 191:84-85.
19. Weissman MM, Pilowsky DJ, Wickramaratne PJ, Talati A, Wisniewski SR, Fava M, Hughes CW, Garber J, Malloy E, King CA, Cerda G, Sood AB, Alpert JE, Trivedi MH, Rush AJ (2006) Remissions in maternal depression and child psychopathology: a STAR*D-child report. *JAMA* 295 (12):1389-1398.
20. Bergant AM, Nguyen T, Heim K, Ulmer H, Dapunt O (1998) Deutschsprachige Fassung und Validierung der »Edinburgh postnatal depression scale«. *Dtsch Med Wochenschr* 123 (3):35-40.
21. Schaefer C, Spielmann H, Vetter K (2006) *Arzneiverordnung in Schwangerschaft und Stillzeit*, 7., völlig neu bearb. und erw. Auflage. Urban & Fischer, München.
22. Riecher-Rössler A, Heck A (2012) *Psychopharmakotherapie in Schwangerschaft und Stillzeit*. In: Riecher-Rössler A (ed) *Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit*. Karger, Freiburg und Basel, pp 69-89.
23. Spinelli MG (1997) Interpersonal psychotherapy for depressed antepartum women: a pilot study. *Am J Psychiatry* 154 (7):1028-1030.
24. Stuart S (1997) Use of interpersonal psychotherapy for other disorders. *Directions Clin Counseling* 7:4-16.
25. Hofecker-Fallahpour M, Zinkernagel-Burri C, Stockli B, Wusten G, Stieglitz RD, Riecher-Rössler A (2003) [Group therapy for depression during early motherhood: first results of a pilot study]. *Nervenarzt* 74 (9):767-774.
26. Frisch U, Winteler S, Riecher-Rössler A (2012) Gruppentherapie für Mütter mit Depression. In: Riecher-Rössler A (ed) *Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit*. Karger, Freiburg, Basel, pp 99-105.
27. Hofecker-Fallahpour M, Zinkernagel C, Frisch U, Neuhofer C, Stieglitz RD, Riecher-Rössler A (2005) Was Mütter depressiv macht... und wodurch sie wieder Zuversicht gewinnen. Ein Therapiehandbuch. Huber, Bern.
28. Wirz-Justice A, Bader A, Frisch U, Stieglitz RD, Alder J, Bitzer J, Hösli I, Jazbec S, Benedetti F, Terman M, Wisner KL, Riecher-Rössler A (2011) A randomized, double-blind, placebo-controlled study of light therapy for antepartum depression. *J Clin Psychiatry* 72 (7):986-993.
29. Anderson EL, Reti IM (2009) ECT in pregnancy: a review of the literature from 1941 to 2007. *Psychosom Med* 71 (2):235-242.
30. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR (2004) Depression during Pregnancy : Overview of Clinical Factors. *Clin Drug Investig* 24 (3):157-179.

Legende zu Tabellen und Abbildungen

- Tabelle 1** Risiken der unbehandelten Depression in der *Schwangerschaft*
- Tabelle 2** Therapie der Depression in der Peripartalzeit
- Tabelle 3** Psychopharmakotherapie in *Schwangerschaft und Wochenbett*: Risiken und Vorsichtsmaßnahmen
- Tabelle 4** Vorgehen bei notwendiger Psychopharmakotherapie in der *Stillzeit*
- Abbildung 1** Gefahren der postpartalen Depression
- Abbildung 2** Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Tabelle 1: Risiken der unbehandelten Depression in der *Schwangerschaft*

- Suizid
- Suchtentwicklung (Alkohol, Drogenabusus)
- Partnerkonflikte
- mangelnde geburtshilfliche Vorsorge
- stressbedingte Veränderungen, Präeklampsie, vorzeitige Wehen
- intrauteriner Fruchttod, Fehlgeburt
- Frühgeburt, Geburtskomplikationen
- niedriges Geburtsgewicht
- erhöhte fetale Herzrate
- Schlafstörung und andere Anpassungsprobleme bei Neugeborenen
- Störung der Emotionsregulation und des Temperaments beim Kind
- Weitere Langzeitauswirkungen («fetal programming»)?

Quellen: [3,16-18,30]

Tabelle 2: Therapie der Depression in der Peripartalzeit

Psychoedukation	Patientin, Partner, andere wichtige Bezugspersonen
Unterstützende Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung, Vermittlung von Bewältigungsstrategien und praktischen Hilfen • Streß-Reduktion • Schlafregulation (Aufklärung über Regeln der Schlafhygiene, gegebenenfalls Medikation¹) • Entspannungstraining (z.B. progressive Muskelrelaxation) • evtl. Physiotherapie, Bewegungstherapie • evtl. Musiktherapie
Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> • supportiv, interpersonell (IPT), kognitive Verhaltenstherapie oder psychodynamisch
Medikamente	<ul style="list-style-type: none"> • Antidepressiva¹ • Vorsicht bei Phasenprophylaktika, v.a. wegen Teratogenität!¹
Andere biologische Verfahren	<ul style="list-style-type: none"> • Lichttherapie in der Schwangerschaft • Elektrokrampftherapie bei Therapieresistenz?
Soziotherapie	<ul style="list-style-type: none"> • Milieutherapeutische und allgemeine soziale Maßnahmen
Kooperation mit der Gynäkologie/Geburtshilfe und Hebammen	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellung einer regelmäßigen Schwangerschaftsvorsorge • Vermittlung von Geburtsvorbereitungskursen • Gemeinsame Planung der Entbindung und Postpartalzeit • Vermittlung von Säuglingspflegekursen etc.
Stationäre Aufnahme?	V.a. bei schwerer oder psychotischer Depression, Selbst- oder Fremdgefährdung, streßreicher Lebenssituation

¹Sorgfältige Auswahl entsprechend neuesten Erkenntnissen: [22]; siehe auch nützliche Links am Ende dieses Beitrags.

Tabelle 3: Psychopharmakotherapie in *Schwangerschaft und Wochenbett*. Risiken und Vorsichtsmaßnahmen

Wichtigste Risiken

- Teratogenität (erste 12 Kalenderwochen post menstruationem)
- perinatale Komplikationen (unerwünschte Wirkungen der Medikamente, Entzugssymptome, andere Anpassungsstörungen)
- Verhaltensteratogenität und Langzeitfolgen?

Abwägen der Vor- und Nachteile

Psychotherapie und alle anderen nichtmedikamentösen Behandlungsmaßnahmen nutzen

Vorsichtsmaßnahmen bei notwendiger Medikation

- Sorgfältige Wahl des nach neuesten Erkenntnissen sichersten Medikaments
- Wenn möglich Monotherapie
- Keine reduzierte Dosis, da erhöhtes Verteilungsvolumen
- Information des Gynäkologen
- Gute Überwachung von Mutter und Ungeborenem/Neugeborenem
- Bei Einnahme im 1. Trimenon: Ultraschallfeindiagnostik
- Ggfs. Dosisanpassung im 2. und 3. Trimenon bei Medikamenten mit Clearance-Steigerung
- Sorgfältige interdisziplinäre Planung von Entbindung und Wochenbettbetreuung
- Evtl. vorsichtige und langsame Reduktion der Medikamente vor der Geburt
- Dosiserhöhung unmittelbar nach der Geburt
- Beobachtung des Neugeborenen über mindestens 2 Tage

Quelle: [22]

Tabelle 4: Vorgehen bei notwendiger Psychopharmakotherapie in der *Stillzeit*

- | | |
|--|---|
| ⇒ Einschätzung der Patientin: | <ul style="list-style-type: none">• Ist die Patientin in der Lage, das Kind genau zu beobachten und es bei möglichen medikamentösen Nebenwirkungen wie Trinkschwäche oder Lethargie sofort dem Kinderarzt vorzustellen? |
| ⇒ Abwägen der Vor- und Nachteile des Stillens mit der Patientin: | <ul style="list-style-type: none">• Warum will die Patientin stillen?• Entlasten von evtl. bestehenden Schuldgefühlen• Alternativen erwägen (z.B. Baby-Massage für Körperkontakt) |
| ⇒ Falls Entscheid zum Stillen: | <ul style="list-style-type: none">• sorgfältige Wahl des Medikaments• Monotherapie• gute Beobachtung des Säuglings, insbesondere im Hinblick auf die bekannten UAW des Präparats!• Information der Hebamme und des Pädiaters |
-

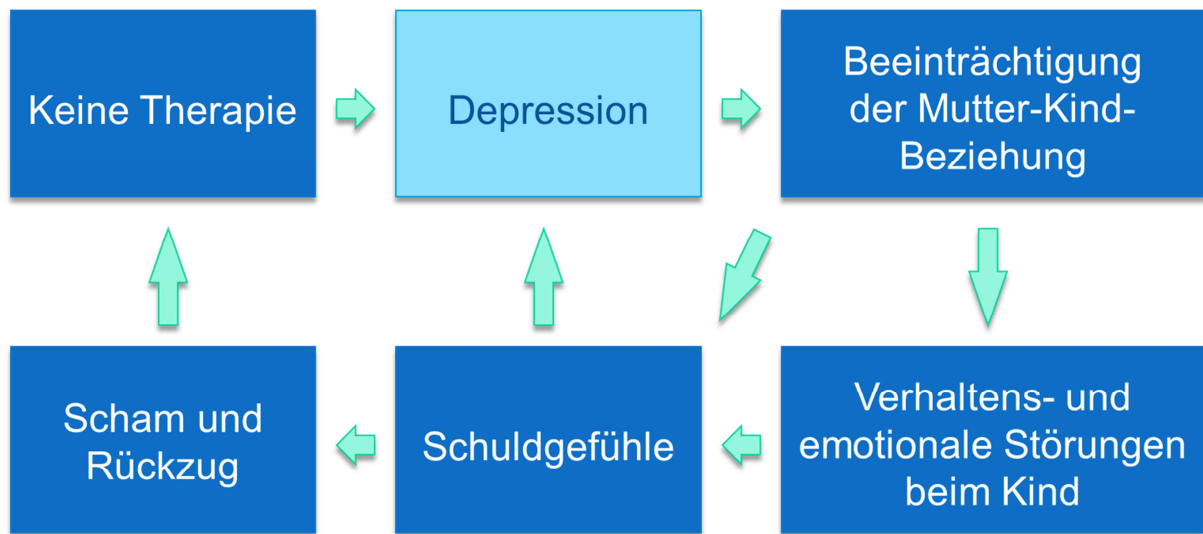


Abbildung 1: Gefahren der postpartalen Depression

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.

Beispiel: Ich habe mich glücklich gefühlt

Ja, die ganze Zeit

Ja, die meiste Zeit

Nein, nicht so oft

Nein, überhaupt nicht

Das bedeutet: "Ich war fast immer glücklich". Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antworten in gleicher Weise an.

In den letzten 7 Tagen:

<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>	

Abbildung 2: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Quelle: Deutsche Validierung [20])

Informationen über die Autorin:



Prof. Dr. med. Anita Riecher-Rössler, Jahrgang 1954, ist Ordinaria für Psychiatrie an der Universität Basel und Chefärztin des Zentrums für Gender Research und Früherkennung an den Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel. Sie ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und Psychoanalytikerin.

Ihre Forschungsschwerpunkte sind zum einen Genderaspekte sowie die Besonderheiten von psychischen Erkrankungen bei Frauen, zum anderen die Psychosen. Hier liegt der Fokus auf der Früherkennung und Frühbehandlung sowie auf den Geschlechtsunterschieden bei dieser Erkrankung einschliesslich geschlechtsspezifischer Therapieansätze.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Anita Riecher-Rössler
Chefärztin und Ordinaria für Psychiatrie
Zentrum für Gender Research und Früherkennung
Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK)
Kornhausgasse 7
CH-4051 Basel
Tel.: +41 61 325 81 61
Fax: +41 61 325 81 60
Email: Anita.Riecher@upkbs.ch

CME-Fragen (richtige Antworten sind gelb markiert)

1	
Wieviel Prozent aller (werdenden) Mütter leiden an einer behandlungsbedürftigen Depression?	<p>A 3-5%</p> <p>B 5-8%</p> <p>C 10-15%</p> <p>D 20-25%</p> <p>E 30-33%</p>
2	
Eine Depression in der Schwangerschaft...	<p>A unterscheidet sich im klinischen Bild grundsätzlich von den Depressionen außerhalb dieser Zeit.</p> <p>B wird nur in etwa 20% der Fälle diagnostiziert.</p> <p>C hat ein hohes Risiko für Infantizid.</p> <p>D wird überdiagnostiziert.</p> <p>E zeigt sich vor allem daran, daß die Frauen besonders klagsam sind.</p>
3	
Ein postpartaler Blues...	<p>A ist gekennzeichnet durch erhöhte Stimmungslabilität in den ersten max. 7 Tagen nach der Entbindung.</p> <p>B hat nichts mit der postpartalen Dysphorie zu tun.</p> <p>C ist sehr selten.</p> <p>D kann über Monate andauern.</p> <p>E muß pharmakologisch behandelt werden.</p>
4	
Welche Aussage zur Postpartalzeit ist richtig?	<p>A Das Gefühl der Gefühllosigkeit dem Kind gegenüber weist nicht auf eine Depression hin, sondern kommt ausschließlich bei Bindungsstörungen vor.</p> <p>B Suizidgedanken kommen in der Postpartalzeit praktisch nicht vor.</p> <p>C Mütter kleiner Kinder leiden nicht an Freudlosigkeit.</p> <p>D Auch Schlaf- und Appetitstörungen sind in dieser Zeit selten.</p> <p>E Eine postpartale Depression unterscheidet sich nicht prinzipiell von Depressionen in anderen Zeiten im Leben einer Frau, obwohl die Symptomatik inhaltlich durch das Kind mitbestimmt ist.</p>
5	
Zu den Risiken der unbehandelten Depression in der Schwangerschaft zählt/zählen...	<p>A „Doctor Hopping“.</p> <p>B Gewalt gegen den Partner.</p> <p>C mangelnde geburtshilfliche Vorsorge, perinatale Komplikationen, Fehl- und Frühgeburt.</p> <p>D Straftaten.</p>

	E verstärkte Gewichtszunahme beim Ungeborenen.
6	
Die Frühdiagnose der peripartalen Depression...	<p>A ist nicht notwendig, da Schwangerschaft und Mutterschaft protektiv sind und einen therapeutischen Effekt haben.</p> <p>B ist in den meisten Praxen und klinischen Zentren im deutschsprachigen Raum üblich.</p> <p>C ist eine Aufgabe der Hebammen und nicht der Ärzte.</p> <p>D wird erleichtert durch Verwendung von Screening-Bögen, wie z.B. der Edinburgh Postnatal Depression Scale.</p> <p>E wird von den Müttern als zu belastend erlebt.</p>
7	
Die Therapie der Depression in der Schwangerschaft...	<p>A sollte zunächst alle nicht pharmakologischen Möglichkeiten ausschöpfen.</p> <p>B ist immer auch mit Psychopharmakotherapie verbunden.</p> <p>C erfolgt vor allem in Form von Paartherapie.</p> <p>D ist nicht effektiv möglich.</p> <p>E sollte ausschließlich durch den Gynäkologen erfolgen.</p>
8	
Welche Aussage zur Therapie der Depression in der Postpartalzeit ist richtig?	<p>A Entspannungstraining ist bei jungen Müttern kontraindiziert.</p> <p>B Sie sollte v.a. mit Phasenprophylaktika erfolgen.</p> <p>C Valproat ist das Mittel der Wahl, da dieses prinzipiell bei Frauen im gebärfähigen Alter gegeben werden sollte.</p> <p>D Auf keinen Fall sollten Schlafmedikamente verabreicht werden.</p> <p>E Sie beinhaltet in schwereren Fällen auch die Gabe von Antidepressiva, deren Auswahl sorgfältig zu erfolgen hat.</p>
9	
Die Psychopharmaka-Gabe in der Schwangerschaft hat Folgendes zu berücksichtigen:	<p>A Alle psychotropen Pharmaka passieren die Plazenta und sind im Fruchtwasser nachweisbar.</p> <p>B Es besteht unter allen Psychopharmaka ein deutlich erhöhtes Fehlbildungsrisiko.</p> <p>C Das Fehlbildungsrisiko besteht während der gesamten Schwangerschaft.</p> <p>D Eine Psychopharmaka-Gabe sollte in der Schwangerschaft möglichst vermieden werden.</p> <p>E Wenn eine Psychopharmaka-Gabe in der Schwangerschaft unbedingt notwendig ist, sollte sie möglichst niedrig dosiert werden.</p>

10	
Welche Aussage zur Psychopharmakagabe in der Stillzeit ist richtig?	<p>A Unerwünschte Wirkungen beim gestillten Kind sind zu vernachlässigen, da die Pharmaka praktisch nicht in die Muttermilch und den Säugling übertreten.</p> <p>B Eine Mutter sollte nicht über die möglichen medikamentösen Nebenwirkungen aufgeklärt werden, da sie das nur unnötig beunruhigt.</p> <p>C Eine Trinkschwäche oder Lethargie beim gestillten Säugling sind keine Zeichen medikamentöser Nebenwirkungen, sondern einer somatischen Grunderkrankung.</p> <p>D Während des Stillens sollten lieber mehrere Medikamente, dafür in geringer Dosierung gegeben werden.</p> <p>E Die Vor- und Nachteile des Stillens unter Psychopharmaka sollten mit Mutter und Vater ausführlich diskutiert werden.</p>