

Postpartale Depression

23.5.2017

Dr. med. Heike Thomas

Oberärztin Abteilung Psychotherapie und
Psychosomatik

Klinik Hohe Mark

„Wir hatten uns sehr auf dieses Kind gefreut und lange darauf gewartet. Schon in der Schwangerschaft wurde ich zwischenzeitlich überraschend von Ängsten und Stimmungstief geplagt. Schon bald nach der Geburt quälte mich innere Leere und Verzweiflung, die ich zu verheimlichen suchte. Meine letzte Kraft gab ich dem ersehnten Kind, in der Hoffnung, dass es keinen Schaden nehmen möge. Niemals habe ich mit Freunden oder meinem Mann darüber gesprochen, der einfach glaubte, dass ich erschöpft sei. Ich schäme mich bis heute.“

Postpartale Depression



- „Das Kind ist da, das Glück lässt auf sich warten“
- „Eigentlich sollte ich glücklich sein“
- „Tränen nach der Geburt“
- „Ich würde mich so gerne freuen“
- „Mutter-Seelen-Allein“
- „Nehmt es weg von mir“
- „Auf einmal ist da ein Kind“
- „Dunkle Tage der Seele“

Postpartale Depression



- „Windeln und Wahnsinn“
- „Mutterglück und Tränen“
- „Hilfe, ich kann mein Kind nicht lieben“
- „Das bin nicht Ich“
- „Die Krise nach der Geburt“
- „Freudentränen und Babyblues“
- „Oh, Baby, das hatte ich mir anders vorgestellt“

Postpartale Depression



- Bereits von Hippokrates (460 v.Chr./ Antike) wurden die Symptome benannt
- Im 16. Jahrhundert glaubte man, dass die Gebärmutter Substanzen absondere, die zur Depression führen
- In Lehrbüchern seit Mitte des 19. Jhdt. beschrieben (ausführlich durch Marce 1858)
- Erneut seit den 70er Jahren im Fokus
- Bis heute keine eigenen S3 Leitlinien

Postpartale Depression



- Im interkulturellen Kontext besonders in der „westlichen Welt“ beschrieben
- Vergleichbarkeit schwierig wegen unterschiedlichen Krankheits- und Diagnosekonzepten
- In nicht westlich geprägten Ländern festgelegte nachgeburtliche Zeitperiode, die durch Riten/Traditionen geprägt ist, so dass der Schutz der Mutter (Entlastung/Anerkennung) und des Neugeborenen (Hygiene/Bindung) im Vordergrund stehen
- Schützender Charakter durch strukturierte soziale Einbettung scheint präventiv

Begriffe



- Partus (lat.)= Entbindung/Trennung
- Natus (lat.)= Geburt
- Puerpa (lat.)= Wöchnerin / puerperal = im Wochenbett

Postpartale/postnatale Depression



- Tritt häufig auf, ca.15% der Mütter (behandlungsbedürftig) betroffen, in der Schwangerschaft sogar >20% (bis zu 35%)
- Davon werden ca.80% NICHT behandelt
- 4% Väter betroffen, diese werden fast nie behandelt und wenn, dann unter anderen Diagnosen
- Häufigkeitsgipfel im 3. Monat postpartal

Wenn statt des Glücksgefühls eher ein Stimmungstief entwickelt wird, treten bei den betroffenen Müttern häufig Scham, Schuldgefühle und Selbstzweifel auf und nur zu einem geringen Teil wird professionelle Hilfe in Anspruch genommen. Auch viele Professionelle sind noch nicht ausreichend für die Problematik sensibilisiert und häufig über Unterstützungsmöglichkeiten und Hilfsangebote nicht genügend informiert.

Einteilung



- Postpartales Stimmungstief (Baby-Blues), 50-85%
- Postpartale Depression (PPD/ Wochenbettdepression), 10-20%
- Postnatale PTBS (nach traumatischen Geburtser eignissen), 2-16%
- Postpartale Psychose (PPP), 0,1-0,3%
- Postpartale Angstsyndrome, 8-18%

Klassifikation nach ICD10



- F53 Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, andernorts nicht klassifiziert
- F53.0 Leichte Störung, Postpartale Depression
- F53.1 Schwere Störung, Puerperalpsychose
- F53.8 Sonstige Störung
- F53.9 Nicht näher bezeichnete Störung

Postpartales Stimmungstief



- Kurzfristiges Stimmungstief
- In den ersten 10 Tagen nach der Geburt auftretend
- Meist drei bis fünf Tage anhaltend
- Ohne Behandlung rückläufig
- Häufigkeit 50-80%
- Traurigkeit, häufiges Weinen, Erschöpfung, Ängstlichkeit, Reizbarkeit, Schlaf- und Ruhelosigkeit, Stimmungsschwankungen, Konzentrationsschwierigkeiten
- Bei Anhalten >14 Tage, cave Entwicklung PPD

Postnatale PTSD



- Bei Hochrisikoschwangerschaften, Hochrisikogeburten, Frühgeburten, Fehlgeburten
- Insbesondere bei vorbelasteten Frauen
- Häufigkeit 2% (je nach Erhebung bis 16% benannt)
- Flashbacks, Albträume, Panikattacken, Benommenheit, Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme, Reizbarkeit, Wutausbrüche (wie F43.1)

Postpartale Psychose



- Vorwiegend in den ersten zwei Wochen nach der Geburt auftretend, manchmal auch aus Postpartaler Depression heraus sich entwickelnd
- Häufigkeit 1-3 Mütter von 1000 (0,1-0,3%)
- Halluzinationen, Wahnvorstellungen, häufig mit manischer Auslenkung: Antriebssteigerung, motorische Unruhe, Größenideen, formale Denkstörung, Euphorie, Enthemmung, wenig Schlafbedürfnis; insbesondere bei manischer Auslenkung Gefährdung des Kindes durch herabgesetzte Urteilsfähigkeit

Postpartale Depression



- Kann jederzeit in den ersten zwei Jahren nach der Geburt auftreten
- Häufig schleichende Entwicklung mit zunächst körperlichen Symptomen
- Risiko sind psychische Erkrankungen vor der Schwangerschaft / in der Schwangerschaft, traumatische Erlebnisse und belastende Lebenssituationen (Armut/ Isolation/ Partnerschaftsprobleme)

Symptome



Für die Diagnose sollten 5 der Hauptsymptome länger als 14 Tage bestehen

- Energiemangel/erhöhte Ermüdbarkeit
- Traurigkeit/Gedrückte Stimmung/Freudlosigkeit
- inneres Leeregefühl/Wertlosigkeitsgefühle
- Schuldgefühle, ambivalente Gefühle dem Kind gegenüber
- Desinteresse/Interessenverlust/Teilnahmslosigkeit
- Hoffnungslosigkeit/Suizidgedanken/Tötungsgedanken
- Ängste, Panikattacken
- Konzentrations-/Schlafstörungen

Larvierte Symptome



Kopfschmerzen

Herzbeschwerden

extreme Reizbarkeit

Taubheitsgefühle

Zittern

Schwindel

Sexuelle Unlust

Essstörungen

Psychomotorische Unruhe/Verlangsamung

Weitere Symptome



Isolation, Abkapselung

Beschwerden über mangelnde Unterstützung

Missdeutung kindlichen Verhaltens

Fehlende Feinfühligkeit (Fähigkeit, sich von den kindlichen Signalen leiten zu lassen und prompt und angemessen zu reagieren)

Zwangsgedanken



- Immer wieder sich gegen inneren Widerstand aufdrängende Gedanken oder Vorstellungen, die als unsinnig erlebt werden. Sie lassen sich nur schwer unterbinden und werden häufig als quälend erlebt.
- Treten bei 54% aller Frauen mit PPD auf
- Gefahr des Suizides /Infantizides

Biologische Ursachen



- Psychische Erschöpfung und Umstellung nach der Geburt
- Schlafmangel/ Rhythmusveränderung
- Große körperliche Anstrengung während der Geburt und plötzliche körperliche Veränderung
- Ungleichgewicht der Hormone: Progesteronabfall „verursacht“ Depressionen, Östrogenabfall „verursacht“ Schlafstörungen
- außerdem: Schilddrüsenhormone beobachten!

Biologische Risikofaktoren



- eine Geburt, die subjektiv als traumatisch erlebt wurde
(nicht gesichert)
- positive Anamnese für Depression oder Angsterkrankung
(hochsignifikant)
- positive Familienanamnese für Depression oder
Angsterkrankung (hochsignifikant)
- Schilddrüsendysfunktion
- „Östrogensensitivität“ (PMS in der Anamnese)

Vulnerabilität



Aktuelle, negative und belastende „Life-Events“ führen häufig zu Depression bei 1 von 4 Vulnerabilitätsfaktoren:

- >3 junge Kinder zu Hause
- keine außerhäusige Tätigkeit
- Verlust der eigenen Mutter vor dem 11. Lebensjahr
- Mangel an vertrauensvollen Beziehungen

Psychische Ursachen



- Die Geburt ist ein einschneidendes Erlebnis (hochsignifikantes „Life-Event“)
- Konfrontation mit Ängsten (Versagens-/Schmerzangst)
- Verabschiedung von eigener Kindheit und dem Ideal der Jugendlichkeit
- Über Schwangerschaft, Geburt und Stillen verändern sich Körper und Körperbild
- Aufgabe von Kontrolle und Eigenbestimmtheit (Unterordnung eigener unter kindliche Bedürfnisse)

Psychosoziale Ursachen



- Isolation durch fehlende Berufstätigkeit
- Außenbeurteilung der Babyversorgung (keine „Rabenmutter“ sein, Beruf weiter verfolgen, Selbstverwirklichung auf mehreren Ebenen erwartet)
- Neue Rolle als Mutter muss gelernt und ein eigenes Mutterschaftskonzept entwickelt und in die früheren Rollen (als Partnerin, Berufstätige etc.) integriert werden
- Stigmatisierung/ Entwertung bei Überforderung/ Anstrengung oder hochirritablen Kindern („Schreikind“)

Psychosoziale/kulturelle Faktoren



Das aktuelle gesellschaftlich vermittelte Mutterbild (z.B. Zeitschriften, Werbung, Filme, o.ä.) zeigt immer noch das Bild einer perfekten, immer glücklichen Mutter (und einem zufriedenen Kind), dem die Frau (oder der Mann) nicht gewachsen sein kann, dies führt zu erheblichem inneren Druck, Schuldgefühlen, Verheimlichung von Symptomatik etc.....

Psychosoziale Risikofaktoren



- jugendliches (<16 Jahre) oder fortgeschrittenes (>40 Jahre) Alter als Primipara
- instabile, unbefriedigende oder fehlende Partnerschaft (hochsignifikant)
- fehlende soziale Unterstützung (hochsignifikant)
- in der eigenen Kindheit fehlende Mütterlichkeit, Deprivation oder sexueller Mißbrauch (an mögliche PTBS denken)

Diagnostisches Screening



- Edinburgh Postnatal Depression Rating Skale (EPDS)
- einfacher 10-Fragen-Selbstbeurteilungsfragebogen mit Punktwert von 0-30 Punkten, der in wenigen Minuten ausgewertet werden kann
- Ergebnisse für Depression, Angst und Suizidalität
- 10-12 Punkte: mäßige Wahrscheinlichkeit für PPD
- >13 Punkte: hohe Wahrscheinlichkeit für PPD
- möglichst 6 Wochen vor und 6-12 Wochen nach Entbindung erheben

Edinburgh-Postnatal-Depression-Skala



- Ich konnte lachen und die schönen Seiten des Lebens sehen
- Ich konnte mich so richtig auf etwas freuen
- Ich habe mich grundlos schuldig gefühlt, wenn etwas schief ging
- Ich war aus unerfindlichen Gründen ängstlich und besorgt
- Ich erschrak leicht oder geriet grundlos in Panik

- Ich fühlte mich durch verschiedene Umstände überfordert
- Ich war so unglücklich, dass ich nur schlecht schlafen konnte
- Ich habe mich traurig oder elend gefühlt
- Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste
- Ich hatte den Gedanken, mir selbst etwas anzutun

Prognose/Folgen



- Die Prognose der PPD ist gut, die Depression klingt (auch ohne Behandlung) meist vollständig wieder ab, ABER:
- Die Zeit bis zur Genesung ist lang und mit ausgeprägt großem Leiden für die Frau verbunden (häufig auch für das Kind und die Angehörigen), so dass eine dringende Indikation zur Behandlung besteht
- Chronifizierung ist/ Rezidive sind möglich
- UND: Bei anhaltenden Depressionen kann es zur Bindungsstörung und zu emotionaler und kognitiver Beeinträchtigung des Kindes kommen

Behandlung



- Unterstützung bei Hausarbeit und Babybetreuung
- Selbsthilfe (www.schatten-und-licht.de)
- Psychotherapie (Einzel- und Familientherapie)
- Medikamentöse Behandlung (Antidepressiva, ggf. Benzodiazepine, hormonelle Substitution mit Östrogenen, Progesterone scheinen die Depression zu verstärken)
- Schlaf (Zufüttern/Abstillen/Abpumpen als Option, manchmal sogar erforderlich)
- Lichttherapie

Psychotherapeutische Behandlung



Grundsätzlich ist einerseits die Vermittlung von Gelassenheit (die Natur rechnet nicht mit perfekten Eltern und eine gewisse Anpassungsfähigkeit der Kinder besteht), andererseits aber auch die Förderung von Bindung (Band der Zuneigung, Nähe besonders auch in Krisensituationen aufrecht erhalten zu können) ggf. vorübergehend mithilfe von Regulation von außen erforderlich/hilfreich.

Es mangelt bislang an spezifischen psychotherapeutischen Methoden, die sich spezifisch auf die PPD beziehen.

Stationäre Behandlung



- Ein gutes ambulantes Setting kann die Notwendigkeit stationärer Aufnahme verhindern
- Gemeinsame Mutter/Kind-Aufnahmen sind häufig wünschenswert (aber nicht immer)
- Leider gibt es immer noch nur ein geringes Angebot spezialisierter Stationen/eingebundener Möglichkeiten
- Stationäre Behandlung ist häufig mit großen Ängsten der Betroffenen verbunden

Spezialisierte Behandlung



- Erfordert ein systemisches Setting
- Pflege/Behandlung der Mutter
- Pflege/Betreuung des Kindes
- Förderung der Mutter-Kind-Interaktion („Interactional-Coaching-Strategien“, z.B. Safe[®])
- Settingspezifische Berufsgruppen wünschenswert (Kinderkrankenschwester, Erzieher, Kita, Ki/Ju-Psych. ergänzend zum psychiatrisch-psychotherapeutischen Erwachsenen-Setting)

Behandlungsvorteile



- Stationäre Behandlung von Mutter und Kind gemeinsam wirkt protektiv auf die Mutter-Kind-Beziehung
- Prävention möglicher späterer seelischer Erkrankung des Kindes (Folgekostensenkung)
- Bessere Behandlungsergebnisse in kürzerer Zeit, da die Trennung von Mutter und Kind in der Regel erhebliche Stresssymptome hervorruft
- Einbinden von Therapien wie Körper-, Musik- und Gestaltungstherapie, Aromatherapie, Babymassage etc. für Mutter und Kind möglich

Medikamentöse Behandlung



- Psychopharmaka in Schwangerschaft und Stillzeit, Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie Berlin, Enquete Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung
- In Schwangerschaft und Stillzeit sind KEINE Psychopharmaka generell zugelassen, also jegliche Gabe ist „Off-label-use“, es besteht aber die „ärztliche Freiheit“ der Gabe (keine Guidelines, keine internationalen Konsensuskonferenzen)

Medikamente und Stillen



- Die meisten Medikamente erscheinen in der Muttermilch, die Frage ist nur, in welcher Menge
- Für die Gefahr der Akkumulation beim Baby ist die HWZ entscheidend, da eingeschränkte renale und hepatische Metabolisation
- Stillen möglichst kurz vor der Medikamenteneinnahme und vor der Schlafphase des Babys, (ggf. Monitoring des Babys bei Beginn der Behandlung)

Medikamente und Stillen



- Es gibt hinreichend gut untersuchte TCA, SSRI und Neuroleptika, die grundsätzlich Stillen erlauben. Bei sorgfältiger Auswahl sind Symptome beim Kind selten
- Ebenso wie in der Schwangerschaft sollte auch in der Stillzeit die Therapie bei einer stabilen Patientin nicht geändert werden, selbst wenn sie ein unzureichend untersuchtes Medikament nimmt
- Enge Kooperation zwischen Gynäkologe, Psychiater und Kinderarzt wünschenswert

Medikamente und Stillen



- Vorsicht bei Opiaten und Benzodiazepinen, insbesondere wenn diese neu angesetzt werden, das Kind ein Frühgeborenes, unter zwei Monaten und/oder unter Atemstörungen leidet
- Benzodiazepine gehen nur in geringem Maße in die Muttermilch über, daher kann nicht generell vom Stillen abgeraten werden
- Cave: Sedierung, Lethargie, Trinkstörungen
- **Außerdem: Stillen/Abstillen ist eine Abwägung, die keiner moralischen Bewertung unterliegen sollte!**

TCA



- Tricyclische Antidepressiva gehen nur in sehr geringem Umfang in die Muttermilch über, dies gilt insbesondere für Nortriptylin (Nortrilen)
- Vorsicht wegen z.T. aktiver Metaboliten
- Benkert/Hippius rät vom Stillen unter TCA oder Gabe von TCA unter Stillen ab

SSRI / SNRI, Stillen und UAW beim Kind



- Citalopram = unruhiger Schlaf
- Escitalopram = Irritabilität
- Fluoxetin = Irritabilität, Krämpfe
- Fluvoxamin = Ikterus
- Mirtazapin = nichts bekannt
- Paroxetin = nichts bekannt
- Sertralin = unruhiger Schlaf
- Venlafaxin = nichts bekannt

Lithium



- Im Serum der gestillten Säuglinge war nach Absinken der postnatal hohen Werte kaum ein Drittel der Mutterwerte nachweisbar (nur kleine untersuchte Fallzahlen ! (11))
- In anderen Untersuchungen (von 1998) Tremor und abnorme Bewegungsmuster beim Säugling
- Benkert /Hippius rät vom Stillen unter Lithium ab
- Postpartal sollten intermittierend zur Geburt abgesetzte Mood-stabilizer innerhalb von 48 Stunden wieder angesetzt werden, da 50% der bipolar-affektiven Störungen postpartal exazerbieren

Lamotrigin



- Beim Säugling Sedierung, therapeutische Plasmakonzentrationen und Transaminasenerhöhung möglich
- Stillen vermeiden oder Einnahme während des Stillens vermeiden

Neuroleptika



- Neuroleptika (außer Quetiapin und Clozapin) führen zu einer Prolaktinerhöhung; Bromocriptin (zum Abstillen) kann Psychosen auslösen oder deren Symptomatik verstärken
- bei akuten postpartalen Psychosen ist die Empfehlung (auch aus interaktionellen Mutter-Kind-Gründen) am ehesten abzustillen

Zusammenfassung



- Monotherapie mit AD i.a. unproblematisch
- Mehrfachtherapie individuell entscheiden
- Aufmerksame Beobachtung des Kindes
- Symptome nach der Geburt meist durch Plazentaübergang der Medikamente
- Bei neu auftretenden Symptomen Kinderarzt und Embryonaltoxikologie Berlin mit einbeziehen, ggf. Plasmakonzentration beim Kind bestimmen

- C.Schaefer, H.Spielmann, K.Vetter:
Arzneiverordnung in Schwangerschaft und Stillzeit,
Urban und Fischer
- www.motherisk.org
- www.reprotox.de
- www.marce-gesellschaft.de
- www.agup.de

Literatur zum Thema



- Dalton „Mütter nach der Geburt“
- Dalton „Wochenbettdepression“
- Leibold „Postnatale Depressionen“
- Riecher-Rössler „Postpartale Depression“
- Rohde „Rund um die Geburt“
- Sauer „Postpartale Depression“
- Rohde/Schäfer „Psychopharmakotherapie in Schwangerschaft und Stillzeit“

Literatur/Artikel



- Brisch (München)
- Hornstein et. al. (Wiesloch/Nordbaden)
- Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit NRW
- Kreis der Sicherheit (Hamburg)
- Marce-Gesellschaft (Frankfurt)
- Papousek (München)
- Schatten und Licht (Regionale Gruppen)
- Turmes (Herten)

Handlungsmöglichkeiten



- Früherkennung fördern
- Gynäkologen, Pädiater und Hebammen schulen/
Berufsgruppen sensibilisieren („Krabbelgruppe“)
- Standardeinführung EPDS
- Information Allgemeinbevölkerung
- Entstigmatisierung
- Leitlinien erstellen
- „Wochenbettkultur“ fördern

Klinik Hohe Mark



Filmempfehlung: „Das Fremde in mir“, DVD im Handel,
„Herbstkind“, Film der ARD, dort im Filmarchiv erhältlich

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



www.hohemark.de



Medikation in der Schwangerschaft



*Das individuelle Risiko muss
individuell abgeschätzt werden*

Mood-stabilizer



- Lithium = Herzfehler/Ebstein-Anomalie 1:100 bei Gabe in Frühschwangerschaft, Spontaninzidenz 1:20.000
- Alle Antiepileptika sind teratogen!
- Valproinsäure= höchstes embryotoxisches Risiko, 2-3xhäufiger Fehlbildungen, 20-30x häufiger Neuralrohrdefekte

SSRI



- Zunächst keine Hinweise auf erhöhtes Fehlbildungsrisiko bei mehreren Tausend exponierten Schwangerschaften im ersten Trimenon, jetzt erste Hinweise für erhöhte Prävalenz von Kraniosynostosen und Mißbildungen im Bereich des Herzens, ggf. sogar Anencephalie
- 30-40% der Kinder, deren Mütter bis zur Geburt SSRI nahmen hatten Anpassungsstörungen nach der Geburt (Trinkstörung, Übererregbarkeit, Sedierung, Krampfanfälle, Atemstörungen) als Entzug oder serotonerge Toxizität, nur wenige Tage anhaltend und selbst limitierend, ggf. pulmonaler Hochdruck am Ende der Schwangerschaft (1:100)

Schwangerschaft und Antidepressiva



- Unter SSRI vermehrt Frühgeburten
- Empfehlung bei Kinderwunsch:
- SSRI: Sertralin, Citalopram
- TCA: Amitryptilin, Clomipramin, Desipramin, Imipramin, Nortryptilin

Neuroleptika



- Klassische Neuroleptika und Phenothiazine nicht im Verdacht Fehlbildungen zu verursachen, sind aber nicht alle systematisch untersucht
- Atypische Neuroleptika haben sich ebenfalls nicht als teratogen gezeigt, aber nur Olanzapin und Clozapin ausreichend untersucht

Schlussfolgerung



- Psychopharmaka (Neuroleptika, Antidepressiva) eigentlich kein nennenswertes Fehlbildungsrisiko, aber trotzdem Notwendigkeit kritisch prüfen
- Antiepileptika sind teratogen, besonders Valproinsäure = möglichst vermeiden
- Psychopharmaka verursachen Anpassungsstörungen bei jedem 3. Neugeborenen, ggf. Dosisreduktion vor Geburt. Entbindung in Klinik mit Neonatologie

Zusammenfassung



- Stabile Einstellung der Mutter im Vordergrund, kein abruptes Absetzen/Umstellen
- Sonographische Diagnostik nach 1. Trimenon, keine Fruchtwasserpunktion wegen Medikation
- Länger erprobte Medikamente vorziehen
- Kritische Erörterung Familienplanung bei instabiler Patientin
- Schwangerschaftsdaten an Embryonaltoxikologie Berlin