SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Stompe T

Peri- und postpartale psychische Erkrankungen – klinische Bilder, Entstehungsbedingungen und Behandlung

Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2016; 34 (3) (Ausgabe für Österreich), 19-22

Homepage:

www.kup.at/speculum

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig

Peri- und postpartale psychische Erkrankungen – klinische Bilder, Entstehungsbedingungen und Behandlung

T. Stompe

Einführung

Peri- und postpartale psychische Störungen und Erkrankungen sind Phänomene, mit denen Gynäkologen und Kinderärzte häufig konfrontiert sind. Sie unterscheiden sich in wenigen, aber durchaus bedeutsamen Facetten von vergleichbaren klinischen Bildern außerhalb der Schwangerschaft und der Zeit nach der Geburt. Manche Psychopharmaka verbieten sich besonders im 1. Schwangerschaftstrimenon aufgrund der teratogenen Wirkung auf das ZNS des Ungeborenen.

In der medikamentösen Behandlung der postpartalen Erkrankungen stellt die Exkretion von Psychopharmaka und deren Metaboliten für stillende Mütter ein Problem dar.

In der Folge werden die häufigsten peri- und postpartalen psychischen Störungen, die wesentlichen bekannten Prädiktoren und die psycho- und pharmakotherapeutischen Behandlungsoptionen dargestellt.

1. Die Phänomenologie peri- und postpartaler psychischer Störungen

Psychische Erkrankungen, die bereits vor der Schwangerschaft bekannt waren, können exazerbieren oder an Intensität gewinnen. Bei vielen Frauen treten die psychischen Störungen allerdings in der Schwangerschaft oder in den Wochen und Monaten nach der Geburt erstmals auf. Es lassen sich peri- und postpartale Formen von solchen, die ausschließlich oder vorwiegend postpartal auftreten, unterscheiden.

Peri- und postpartal:
- Angststörungen
- Zwangsstörungen
- Depressionen

Postpartal:
- Baby-Blues
- Manien (vorwiegend)
- Akut polymorphe (zykloide) Psychosen (vorwiegend)

Für die folgende Darstellung wird diese Reihenfolge verlassen, die psychischen Erkrankungen werden nach ihrem Schweregrad geordnet dargestellt [Becker & Pangerl 2011].

1.1. Baby-Blues

Es handelt sich um eine leichte Verstimmung, die 24–48 Stunden nach der Entbindung aufgrund der hormonellen Veränderungen bei 80 % der Mütter auftritt. Sie dauert in der Regel nicht länger als 2 Wochen. Die betroffenen Frauen weinen, sind reizbar, besorgt und erschöpft, affektlabil mit emotionalen Überreaktionen, Schlafprobleme sind häufig. Zumeist verschwindet das Bild vollständig, in seltenen Fällen erfolgt ein Übergang in eine postpartale Depression. Eine spezifische medikamentöse Behandlung ist nicht erforderlich, günstig sind stützende und aufklärende Gespräche und vor allem ausreichende Ruhephasen.

For personal use only. Not to be reproduced without permission of Krause & Pachernegg GmbH.

Tabelle 1: Schweregrad der Depressionen im ICD-10.

F32.0	**Leichte depressive Episode** Der Patient fühlt sich krank und sucht ärztliche Hilfe, kann aber trotz Leistungseinbußen seinen beruflichen und privaten Pflichten noch gerecht werden, sofern es sich um Routine handelt.	**F32.1**	**Mittelgradige depressive Episode** Berufliche oder häusliche Anforderungen können nicht mehr oder – bei Tagesschwankungen – nur noch zeitweilig bewältigt werden.
F32.2	**Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome** Der Patient bedarf ständiger Betreuung. Eine Klinik-Behandlung wird notwendig, wenn das nicht gewährleistet ist.	**F32.3**	**Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen** Wie F32.2, verbunden mit Wahngedanken, z. B. absurden Schuldgefühlen, Krankheitsbefürchtungen, Verarmungswahn.

1.2. Angststörungen

Angststörungen finden sich in mehreren Varianten: Schwangere und junge Mütter mit einer Nosophobie sind übermäßig besorgt um die Gesundheit ihres Kindes. Die Sorge, nicht in der Lage zu sein, den Säugling ausreichend zu versorgen, kann zu einer generalisierten Angststörung, aber auch zu einer Depression führen.

Am häufigsten sind die postpartalen Panikstörungen. Es handelt sich dabei um kurz dauernde Angstzustände (5–20 Minuten) mit körperlichen Symptomen wie Kurzatmigkeit, Beklemmungsgefühlen, Schmerzen im Brustbereich, Schwindel, Parästhesien in Händen und Füßen, Zittern, Schweißausbrüchen, Gefühl des Kontrollverlusts oder Angst, sterben zu müssen.

Medikamentös werden Angststörungen mit Antidepressiva behandelt, begleitend wäre an eine kognitiv-behaviorale Therapie und die Erlernung von Entspannungstechniken zu denken.

1.3. Zwangsstörungen

Zwangsstörungen finden sich etwas häufiger postpartal als peripartal. In den ersten Wochen nach der Geburt können sich bei manchen Müttern zwanghaft Gedanken aufdrängen, dem Neugeborenen etwas anzutun; manchmal handelt es sich um innere, sich unwillkürlich aufdrängende Bilder. Zumeist findet sich dieses klinische Bild bei Frauen mit rigiden Vorstellungen von einer positiven Mutterrolle mit Verdrängung der negativen Aspekte der Mutterschaft. Diese können in Gestalt von Zwangsgedanken und -vorstellungen wieder ans Bewusstsein drängen.

Im Gegensatz zur Wochenbettpsychose besteht hier allerdings Distanz zu diesen Gedanken und Impulsen, es kommt für gewöhnlich nicht zu aggressiven Handlungen gegen das neugeborene Kind. Auch Zwangsstörungen werden mit Antidepressiva behandelt, begleitende Gespräche zur Entlastung der Betroffenen sind naturgemäß unerlässlich.

1.4. Depressionen

Depressive Verstimmungszustände finden sich bei 10–15 % der Schwangeren und jungen Mütter. Die zentralen Symptome, die man auch bei Depressionen außerhalb von Schwangerschaft und Wochenbett findet, sind: depressive Stimmung, bei schweren Formen ein Gefühl der Gefühllosigkeit, Antriebshemmung, Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen, Interesseverlust, Freudlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Schuldgefühle, vermindertes Selbstwertgefühl, Entschlusserschwernis, Initiativlosigkeit, Schlafstörungen, frühmorgendliches Erwachen oder gesteigertes Schlafbedürfnis, morgendliches Pessimum, Appetitlosigkeit oder gesteigerter Appetit, Gewichtsab- oder -zunahme und Suizidalität. Bei den schwersten psychotischen Formen können wahnhafte Schuld- oder Verarmungsideen auftreten, auch hypochondrische Ideen sind dann nicht selten [Tellenbach 1992]. Als problematisch gilt das Auftreten von nihilistischen Ideen, da hier an die Gefahr eines erweiterten Suizids gedacht werden muss. Als weitere Besonderheit findet sich bei postpartalen Depressionen eine ansonsten untypische Reizbarkeit. Nach Schweregrad werden leichte, mittelgradige sowie schwere depressive Episoden mit und ohne psychotische Symptome unterschieden (Tab. 1).

Während in der Schwangerschaft bei leichtgradigen Depressionen die Indikation für eine medikamentöse Therapie im Sin-

ne einer Risikoabwägung überdacht werden muss, sollten Frauen mit mittelgradigen und schweren Depressionen sehr wohl mit Antidepressiva behandelt werden. Bei psychotischen Depressionen müssen fallweise auch Antipsychotika verordnet werden.

1.5. Manien

Manien treten zumeist in den ersten Tagen nach der Geburt auf und äußern sich in Ruhelosigkeit, Rededrang, Tätigkeitsdrang, plötzlichen Stimmungsumschwüngen, mangelndem Urteilsvermögen, unlogischen Schlüssen, manchmal verzerrten Wahrnehmungen und in Krankheitsuneinsichtigkeit. Im Vergleich zu Manien außerhalb von Schwangerschaft und Wochenbett findet sich gehobene oder euphorische Stimmung seltener, Gereiztheit und leichte Erregbarkeit hingegen häufiger.

Manien werden mit Antipsychotika und/oder oralen Phasenprophylaktika (Lithium, Valproat, Carbamazepin oder Oxcarbazepin) behandelt. Bei den seltenen peripartalen Manien sind die Phasenprophylaktika aufgrund ihrer teratogenen Wirkung kontraindiziert.

1.6. Postpartale Psychosen

Die postpartalen Psychosen zeigen in etwa 80 % der Fälle das Bild von zykloiden Psychosen [Lanczik et al. 1990]. Im ICD-10 werden diese Erkrankungen zumeist als akut polymorphe Psychosen mit schizophrenen Symptomen diagnostiziert [WHO 2011]. Sie sind charakterisiert durch einen episodischen Verlauf mit kompletter Remission. In 70 % der Fälle durchlaufen die Betroffenen nur eine Episode.

Als gefährlich sind Wahnideen anzusehen, bei denen die Mutter überzeugt ist, dass das Kind ein Dämon ist, oder sie Angst hat, dass es unter den Einfluss finsterer Mächte gerät. In manchen Fällen tötet die Mutter in ihrer Verzweiflung das Neugeborene. Häufig besteht eine hereditäre Belastung, die einen zusätzlichen Beitrag zur Pathogenese dieser Psychosen leistet. Die Mutter kann die Bedürfnisse des Kindes nicht mehr adäquat einschätzen, ist nicht krankheitseinsichtig, weshalb eine stationäre Behandlung mit Antipsychotika dringend indiziert ist.

Tabelle 2: Prädiktoren für die Entwicklung peri- und postpartaler psychischer Störungen.

Biologisch	– Körperliche Veränderungen – Hormonelle Veränderungen
Psychisch	– Lebensstil – Psychische Probleme in der Vergangenheit – Nicht verarbeitete Verluste oder unmittelbare Belastungen – Kindheitserfahrungen
Sozial	– Veränderungen der Partnerbeziehung nach der Geburt – Qualität von Ehe und Partnerschaft – Stabilität des sozialen Netzes – Qualität der Mutter-Kind-Beziehung – Verhältnis zu bereits vorhandenen Kindern – Migration

2. Entstehungsbedingungen peri- und postpartaler psychischer Erkrankungen

Es sind biologische, psychologische und soziale Faktoren bekannt, die die Entwicklung peri- und postpartaler psychischer Störungen begünstigen (Tab. 2).

2.1. Biologische Faktoren

Die mit der Schwangerschaft verbundenen körperlichen Veränderungen werden von Frauen mit einem auf Schlankheit festgelegten Körperbild als hochgradig belastend erlebt. Nach der Geburt wiederum treten abermals Veränderungen auf, die manchmal schwer zu verarbeiten sind: Der Bauch fällt ein, die Bauchdecken sind schlaff, die Bauchhaut manchmal eingerissen, Milch schießt ein, die Brüste schwellen an, spannen und schmerzen oft. Dammschnitte erschweren das Sitzen und können zu Miktionsstörungen führen. Der abrupte Abfall von Östrogen und Progesteron nach der Geburt begünstigt das Auftreten von postpartalen psychischen Störungen. Frauen, die in der Schwangerschaft überdurchschnittlich hohe Hormonspiegel aufwiesen, sind hier als besonders gefährdet anzusehen. Auch die stressbedingte Kortisolausschüttung kann die Pathogenese postpartaler psychischer Erkrankungen begünstigen.

2.2. Psychische Faktoren

Schwangerschaft und Geburt bedeuten sowohl in positiver als auch in negativer Sicht einen massiven Einschnitt im Leben einer Frau. Arbeit und Karriere müssen zumeist zurückgestellt werden, die eigene Jugend ist endgültig vorbei. Während sich in der Schwangerschaft alles um die werdende Mutter drehte, steht nun das Neugeborene ganz im Zentrum des Interesses, alle Aktivitäten sind auf die Bedürfnisse des Kindes gerichtet, was bei entsprechender Vorpersönlichkeit zu einer massiven narzisstischen Kränkung der Frau führen kann.

Bereits vor der Schwangerschaft bestehende psychische Störungen und Erkrankungen können aktualisiert werden oder an Intensität gewinnen. Aufgrund der besonderen Situation stehen Copingmechanismen zur Bewältigung und Verarbeitung von Problemen und Konflikten in der Schwangerschaft nicht ausreichend zur Verfügung. Einen wesentlichen Beitrag zur Vulnerabilität leisten sexuelle, körperliche und emotionale Missbrauchserlebnisse, die nach der Geburt des Kindes aktualisiert werden können. Aber auch die Positionierung anderer wichtiger Netzwerkpersonen wie Eltern, Verwandte und Freunde zur Schwangerschaft und zum Neugeborenen spielt eine Rolle. Unter Umständen wird ein potenziell tragfähiges soziales Netz von der Mutter aus Schamgefühlen oder Stolz nicht beansprucht.

2.3. Soziale Faktoren

Belastende soziale Verhältnisse leisten einen ganz wesentlichen Beitrag für die Entwicklung peri- und postpartaler psychischer Störungen. Vor allem der Partnerbeziehung kommt hier ein ganz wesentliches Gewicht zu. Alleinerziehende Mütter oder Frauen in konflikthaften Beziehungen gelten als besonders gefährdet. Der Versuch von Paaren, die sich auseinandergelebt haben, durch ein Kind wieder zusammenzufinden, ist fast immer zum Scheitern verurteilt. Ein oft unterbewerteter Faktor ist die Qualität der Beziehung der Mutter zum Neugeborenen. Gelegentlich entspricht das Kind nicht den Erwartungen, es schreit, lässt sich nicht immer beruhigen, ist vielleicht nicht so hübsch wie erhofft. Auch manche Mutter erlebt sich in der Mutter-Kind-Beziehung als nicht so perfekt, wie sie es gerne wäre. Eine besondere Belastung entsteht, wenn das Neugeborene von älteren Geschwistern, die häufig selbst noch klein und dementsprechend bedürftig sind, abgelehnt wird. Wie bei vielen anderen psychischen Störungen ist auch hier Migration ein wesentlicher Belastungsfaktor.

Zusammenfassung

Psychische Störungen in Schwangerschaft und Stillzeit können ganz unterschiedliche Gestaltungen und Ausprägungen aufweisen. Am häufigsten finden sich peri- und postpartale Depressionen. Diese Erkrankungen sind das Resultat des Zusammenwirkens komplexer biologischer, psychischer und sozialer Faktoren. Wenn eine medikamentöse Behandlung erforderlich ist, sollte sie konsequent und unter Beachtung des vorhandenen psychiatrischen Erfahrungswissens durchgeführt werden.

LITERATUR: beim Verfasser

Korrespondenzadresse:
Ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Stompe
Abteilung für Sozialpsychiatrie
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail: thomas.stompe@meduniwien.ac.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☑ **Bestellung kostenloses e-Journal-Abo**

Besuchen Sie unsere

zeitschriftenübergreifende Datenbank

☑ **Bilddatenbank** ☑ **Artikeldatenbank** ☑ **Fallberichte**

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum **Disclaimers & Copyright** **Datenschutzerklärung**