

Journal für

# Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

[www.kup.at/  
JNeurolNeurochirPsychiatr](http://www.kup.at/JNeurolNeurochirPsychiatr)

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**Bipolare Erkrankung in der  
Schwangerschaft und im Wochenbett:  
Neue Entwicklungen in Diagnostik  
und Therapie**

Kapfhammer HP, Klier C

*Journal für Neurologie*

*Neurochirurgie und Psychiatrie*

2009; 10 (1), 32-36

Homepage:

[www.kup.at/  
\*\*JNeurolNeurochirPsychiatr\*\*](http://www.kup.at/JNeurolNeurochirPsychiatr)

Online-Datenbank  
mit Autoren-  
und Stichwortsuche

Indexed in  
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

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

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

# Häufig Migräne?

Führen Sie ein Migränetagebuch und sprechen Sie mit Ihrem Neurologen.

Für das Migränetagebuch  
Scan mich!



KOPF  
KLAR

# Bipolare Erkrankungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett: Neue Entwicklungen in Diagnostik und Therapie

H. P. Kapfhammer<sup>1</sup>, C. M. Klier<sup>2</sup>

**Kurzfassung:** Psychische Morbidität von Frauen in Schwangerschaft und Wochenbett stellt für Frauen und das gesamte Behandlungsteam eine besondere Herausforderung dar. Die Fragen zum Risiko einer Weiterbehandlung während der Schwangerschaft sind auch heute noch nicht in allen Fällen eindeutig zu beantworten, aber es gibt nun schon viele Studien, die ein differenzielles Vorgehen ermöglichen. Weiters stellen neuere Untersuchungen zum Rückfallsrisiko höhere Rückfallsquoten fest, die ein Umdenken bewirken könnten, ob man eine laufende Medikation plötzlich absetzen soll.

Im Folgenden sollen nun die schweren psychiatriischen Erkrankungen, nämlich die bipolare affektive Störung und die Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und die Implikationen für deren Behandlung in der Schwangerschaft beschrieben werden.

**Abstract: Bipolar Affective Disorders in Pregnancy and Puerperium. New Developments in Diagnostics and Treatment.** Psychiatric morbidity of women during pregnancy and the puerperium are a challenge for women themselves and the therapeutic team. The question

whether a specific medication poses a risk in a specific situation still remains difficult to answer. Recently, many prospective studies have allowed for an individualized procedure. Most recent studies showing a high relapse risk of women with psychiatric disorders after discontinuation of medication might change the rationale for maintaining medication throughout pregnancy.

The article describes clinical management of bipolar affective disorders and schizophrenic disorders and implications for treatment during pregnancy. **J Neurol Neurochir Psychiatr 2009; 10 (1): 32–6.**

## ■ Bipolar affektive Störungen

Der in der Regel frühe Erkrankungsbeginn von bipolar affektiven Störungen fällt bei betroffenen Frauen mit der Zeit ihrer intensivsten Familienplanung zusammen. Bedeutsam ist ferner, dass infolge des rezidivierenden Krankheitsverlaufs sich viele junge Frauen auch in einem relativ ausgeglichenen seelischen Zustand befinden können und bei eingetretener Schwangerschaft in den weiteren Monaten ihre andauernde Vulnerabilität nicht bedenken. Gerade im Verlauf von Langzeitbehandlungen kann es häufig zu ungewollten und ungeplanten Schwangerschaften kommen. Es sollte daher eine grundlegende Haltung des betreuenden Arztes sein, jeder Frau mit bipolarer Krankheitsanamnese einen zuverlässigen Konzeptionschutz anzuraten und künftige Schwangerschaften bewusst mit fachärztlicher Beratung und engmaschiger Führung während Schwangerschaft und Wochenbett zu planen.

Der Einfluss der Schwangerschaft auf die Vulnerabilität bzw. den Krankheitsverlauf wird unterschiedlich gesehen. Rezidive nach symptomfreien Intervallen oder Ersterkrankungen scheinen in diesen Monaten eher seltener zu sein [1]. Trotzdem geben in einem US-amerikanischen Sample ca. 45 % der Patientinnen mit bekannter bipolar affektiver Stimmung vor allem im ersten Trimenon eine erhöhte emotionale Labilität an [2, 3]. Viguera et al. [4] berichteten für ihre Gruppe von bipolar affektiven Patientinnen, die in ihrer Krankheitsanamnese Lithium-Responder waren, aber während der Schwangerschaft keine Medikamente einnahmen, über ein erstaunlich gutes psychisches Befinden. Die seltenen Rezidive ereigneten sich während der letzten Schwangerschaftswochen. Diesen Erfahrungen stehen wiederum klinisch hochrelevante Beob-

achtungen aus einer anderen Studie entgegen [4]. Selbst zuvor unter einer Lithiumprophylaxe stabile Patientinnen mussten nach Absetzen der Medikamente infolge eines Schwangerschaftswunsches bzw. bereits eingetretener Schwangerschaft innerhalb der nächsten 6 Monate, also noch während der Schwangerschaft, in ca. 50 % mit einer Wiedererkrankung rechnen. Zum Ausmaß des Rezidivrisikos trug offenbar auch die Geschwindigkeit bei, mit der Lithium abgesetzt wurde. Die neueste Arbeit von Viguera et al. [5] hat bei einer prospektiven Studie bei bipolaren Frauen eine Rückfallsrate von 71 % während der Schwangerschaft gefunden. Das Risiko war am höchsten bei den Frauen, die eine Phasenprophylaxe absetzten (85,5 %) und der Rückfall trat umso schneller ein, je abrupter die Medikamente abgesetzt wurden (50 % Rückfälle bereits nach 2 Wochen bei abruptem Absetzen). Die meisten Rückfälle waren depressive (41 %) oder gemischte Episoden (38 %), Hypomanie (11 %) und Manie (9,5 %) waren deutlich seltener.

Somit ist das Risiko deutlich höher als ursprünglich angenommen (+30 %) und dies bei einem Sample, das einer sozial bevorzugten Schicht angehört. Die Autoren schließen, dass das Ergebnis bei Hochrisikopatientinnen noch höher ausfallen könnte. Ein Rezidiv während der Schwangerschaft ist häufig dramatisch und macht in aller Regel eine stationäre Aufnahme erforderlich [6, 7].

In einer therapeutischen Perspektive gilt es insbesondere die teratogene Risikoträgertigkeit von Stimmungsstabilisierern zu reflektieren. Das Risikoprofil der derzeit verordneten Präparate wie Lithium, Carbamazepin, Valproat und Lamotrigin ist differenziell zu bewerten und in einer individuellen Risiko-Nutzen-Kalkulation mit den möglichen Gefahren einer unbehandelten Grunderkrankung und drohender Rezidive für Mutter und Kind abzustimmen [8–10].

Carbamazepin und Valproat sind die Substanzen mit dem höchsten teratogenen Risiko (bis 16 % bei Valproat) hinsicht-

Aus der <sup>1</sup>Universitätsklinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Graz und <sup>2</sup>pro mente reha, Sonnenpark Neusiedlersee

**Korrespondenzadresse:** o. Univ.-Prof. Dr. med. univ. Dr. phil. Hans-Peter Kapfhammer, Universitätsklinik für Psychiatrie, Medizinische Universität Graz, A-8036 Graz, Auenbruggerplatz 31; E-Mail: hanspeter.kapfhammer@meduni-graz.at

lich skelettaler Fehl- und Spaltbildungen sowie Defekten des Neuralrohrschlusses. Beide Stimmungsstabilisierer können perinatal mit Hypoglykämie, hepatischen Dysfunktionen und Carbamazepin auch mit Blutgerinnungsstörungen einhergehen. Werden beide Präparate in einer Kombinationsbehandlung eingesetzt, erhöhen sich diese Risiken (synergistische Teratogenität) signifikant. Die Gabe von 5 mg Folsäure täglich 12 Wochen vor bis 12 Wochen nach der Konzeption wird empfohlen, es ist jedoch unklar, ob hierdurch das Ausmaß des pharmakogenen Risikos reduziert werden kann.

Lamotrigin gilt nach der derzeitigen Datenlage monotherapeutisch in niedrigen bis mittleren Dosen als nur geringgradig teratogen, bei > 400 mg könnte es zu einer Erhöhung der Missbildungsraten kommen. Von einer Kombination mit Valproat wird aber abgeraten. Hepatotoxische Fälle und dermatologische Komplikationen, die in der Erwachsenentherapie registriert wurden, sollten perinatal auch beim Neugeborenen zu einer sorgfältigen Kontrolle Anlass geben. Lithium erhöht das Risiko von kardiovaskulären Fehlbildungen, vor allem der Ebstein-Anomalie um das ca. 20–40-Fache, wobei das Grundrisiko in der Allgemeinbevölkerung hierfür aber insgesamt sehr niedrig ist (1:20.000), sodass es nach heutiger Auffassung zu einer minimalen Erhöhung des Risikos auf 0,05–0,1 % kommt.

Grundsätzlich ist neben den Teratogenitätsrisiken von Lithium und Antikonvulsiva die hohe Rezidivquote von bis zu 85 % nach einem Absetzen der Medikation zu diskutieren [11]. Vor einer geplanten Schwangerschaft kann mit Frauen, die einen relativ benignen Krankheitsverlauf (z. B. nur eine manische Episode) zeigen und unter Lithium stimmungsstabil sind, erörtert werden, Lithium langsam (d. h. > 2 Wochen) zu reduzieren. Bei einem heikleren Krankheitsverlauf muss sich dieser Absetzversuch sehr viel vorsichtiger gestalten. Ein Wiederauftreten von bedeutsamen Krankheitssymptomen sollte zum raschen Wiederansetzen von Lithium führen. Ein erneuter, noch behutsamerer Absetzversuch nach vorangegangener guter Stabilisierung kann gewagt werden. Alternativ wird eine allerdings mit höheren Problemen behaftete Strategie erwogen: Lithium wird bis zur überwachten frühen Dokumentation einer eingetretenen Schwangerschaft beibehalten, dann rasch (d. h. < 2 Wochen, also noch vor Entstehung der Plazenta und der Bildung des plazentaren-fetalen Kreislaufs) abgesetzt. Diese Strategie minimiert zwar die Exposition des Fetus gegenüber Lithium, bedeutet aber möglicherweise für die schwangere Frau ein beträchtliches Rezidivrisiko [12]. Frauen mit sehr schweren Krankheitsverläufen und fortgesetztem starken Kinderwunsch kann nur zu einem Beibehalten ihrer Lithiumprophylaxe während und nach der Schwangerschaft geraten werden. Das niedrige absolute, aber im Einzelfall immer mögliche teratogene Risiko bedarf einer einfühlsamen Aufklärung. Die Durchführung eines detaillierten Herzechos frühestens in der 11. Schwangerschaftswoche ist notwendig, um die schwangere Patientin vertrauensvoll weiterbetreuen zu können.

Wird Lithium nach dem ersten Trimenon angesetzt, ist im weiteren Verlauf eine Dosiserhöhung infolge einer durch die Schwangerschaft erhöhten Clearance-Rate vorzunehmen. Vor dem geplanten Entbindungstermin empfiehlt sich unter

Beachtung der hinreichenden Symptomkontrolle eine Reduktion auf ca. 30 % der zuvor eingenommenen Lithiumdosis, eine Gabe von verteilten Dosen erscheint vorteilhaft. Ein sehr sorgfältiges Monitoring des Fetus prä- und peripartal und dann des Babys postpartal ist notwendig [9].

Bei bekanntem Sectiotermin soll Lithium 48 Stunden davor abgesetzt werden, bei einer Spontangeburt mit Einsetzen der Wehen. Unter der Geburt muss auf ausreichende Flüssigkeitsgabe geachtet und eine Spiegelkontrolle durchgeführt werden, um bei einem erhöhten Spiegel sofort Gegenmaßnahmen ergreifen zu können [10].

Während Lithium eine solche differenzierte Vorgehensweise zu Schwangerschaftsbeginn erlaubt und ab dem zweiten Trimenon durchaus mit Sicherheit weitergegeben bzw. wiederangesetzt werden kann, werden Carbamazepin und Valproat prinzipiell nicht empfohlen. Frauen unter Carbamazepin ohne vorherigen Lithiumversuch können auf Lithium umgestellt werden. Bei Unwirksamkeit oder Unverträglichkeit des Lithiums in der Vorgeschichte wird dem Carbamazepin der Vorrang vor Valproat zu geben sein. Frauen, die nur unter Valproat eine Stabilität erfahren haben, müssen detailliert über die teratogenen Risiken aufgeklärt sein. Wichtig ist, Neuroleptika, die bisher insgesamt keinen Hinweis auf Teratogenität geben, als Alternative in Erwägung zu ziehen.

In der Schwangerschaft exazerbierende oder neu auftretende manische Episoden können mit Lithium, Antipsychotika, Clonazepam oder mit EKT behandelt werden.

Es besteht wissenschaftlich Einigkeit darüber, dass Frauen mit bipolar affektiver Disposition zu den Hochrisikopatientinnen gehören, im Wochenbett ein psychotisches Rezidiv zu erleiden. In einer nosologischen Einordnung der Wochenbettpsychosen sprechen derzeit die besten Argumente dafür, dass sie mehrheitlich Varianten einer bipolar affektiven Störung darstellen [13–16]. Auf einer syndromalen Ebene imponieren einerseits maniforme und schizoaffektive Zustandsbilder mit oft ausgeprägter Verwirrtheit, Ratlosigkeit, oneirodem Erleben, Desorganisiertheit des sozialen Verhaltens, Halluzinationen, einem Pendeln zwischen psychomotorischer Erregtheit und Stupor sowie rasch wechselnden, z. T. extremen Affektzuständen. Eine ausgesprochene Fluktuation und Variabilität der psychopathologischen Symptome ist typisch. Geschlossene Wahnsysteme sind vergleichsweise seltener, wenngleich bunte Wahnideen mit heftiger Wahndynamik vorgetragen werden können. Andererseits imponieren depressive Zustandsbilder eines melancholischen Typus. Relativ häufig bestehen hier synthyme Wahnvorstellungen. In beiden syndromalen Zuständen sind oft zentrale Sorgen um Gesundheit, vermeintliche Anomalien oder Bedrohungen des Babys zu eruieren. Obsessive Ruminationen, das Kind verletzen zu können oder zu müssen, oder infantizide Vorstellungen sind bei einigen Frauen zu finden, wenngleich das tatsächliche Risiko eines Infantizids als wohl sehr niedrig einzustufen, dann oft im Kontext einer erweiterten Suizidalität zu begreifen ist [17–19]. Das Suizidrisiko ist hoch. Es muss insgesamt beachtet werden, dass das Suizidrisiko für Frauen mit Postpartumpsychosen im ersten postnatalen Jahr um das ca. 70-Fache erhöht ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung [20].

Während das Erkrankungsrisiko für eine postpartale Psychose in der Allgemeinbevölkerung bei ca. 1–2 je 1000 Entbindungen angesetzt wird, steigt es auf ca. 25–30 % bei bipolar affektiver Anamnese an [21]. Neurobiologische Mechanismen dieser Erkrankung lassen ein sehr komplexes, in den Befunden nach wie vor aber inkonsistentes Bild erkennen. Familienstudien und molekulargenetische Untersuchungen deuten eine starke Assoziation zu bipolar affektiven Störungen an [22]. Als besondere Risikovariablen werden neben bipolar affektiver Eigenanamnese, diesbezüglicher Familienanamnese sowie psychotischen Wochenbettserkrankungen bei weiblichen Verwandten ersten Grades der Status als Primipara und schwerwiegende Komplikationen bei der Geburt wie z. B. notfallmäßige Entbindung über Kaiserschnitt aufgeführt [14, 23].

Postpartumpsychose setzt in der überwiegenden Mehrzahl in den ersten 3 Tagen (in über 70 %) bis wenigen Wochen nach der Entbindung ein [24]. In Einzelfällen kann eine Manifestation der Symptomatik schon kurze Zeit vor der Entbindung beobachtet werden.

Postpartumpsychose können von wenigen Tagen bis zu vielen Monaten dauern, wobei die Variable „Therapiemodalität“ wichtig ist. Die Remissionsqualität ist für die akute Episode in aller Regel gut. Dies muss jedoch nicht mit einer analogen Remissionsstabilität einhergehen, was von großer Bedeutung für die ambulante Weiterbetreuung der Patientinnen v. a. im Hinblick auf die Kontrolle der Suizidalität ist. Psychotische Rezidive beim Wiedereinsetzen der Menstruation sind beschrieben worden. Hinsichtlich des weiteren Krankheitsverlaufs nach einer Indexepisode stellt sich für die betroffenen Frauen einerseits die Frage nach der Höhe des Risikos, bei einer weiteren Schwangerschaft und Entbindung erneut zu erkranken, wie andererseits auch die Frage nach dem nonpuerperalen Rezidivrisiko. In verschiedenen Studien wird das puerperale Rezidivrisiko mit 1:5 bis 1:3 veranschlagt. Das nonpuerperale Rezidivrisiko scheint vergleichsweise noch höher zu liegen [16, 25, 26].

In einer therapeutischen Perspektive verlangt das zum Teil exzessive postpartale Rezidivrisiko ein mehrschichtiges Vorgehen im Sinne einer überlegten Prophylaxe einerseits und einer notwendigen Therapie der dann sehr häufigen psychotischen Dekompensation andererseits.

Mütter mit postpartal auftretenden psychotischen Erkrankungen müssen in aller Regel stationär behandelt werden. In der syndromorientierten Therapie spielt der Einsatz von Phasenprophylaktika und Antipsychotika eine führende Rolle, eine Sedierung bei der offenkundigen Ungesteuertheit des interpersonalen Verhaltens postpartal psychotischer Frauen ist oft vorrangig. Bei den manifomren Zustandsbildern ist zusätzlich der therapeutische Einsatz von Lithium gewinnbringend, wobei in dieser Akutphase höhere Plasmaspiegel von 1,0–1,2 mmol/l angestrebt werden sollen als für rezidivprophylaktische Ziele notwendig. Überwiegen depressive Syndrome, haben die diversen antidepressiven Medikamentenregimes ihre Indikation, wobei anfangs in aller Regel eine Kombination mit Stimmungsstabilisierern oder Antipsychotika vorteilhaft erscheint.

Entschießen sich Frauen wegen einer schweren Wochenbettpsychose abzustillen, ist auf eine sorgfältige Hygiene der Brüste zu achten, um interkurrenten Mastitiden vorzubeugen. Erfolgt die Abstillung medikamentös, ist der psychotogene Effekt z. B. von Bromocriptin zu berücksichtigen [27]. Unter antipsychotischer Grundmedikation muss jedoch eine psychotische Exazerbation nicht befürchtet werden. Stillen unter Lamotrigin und Carbamazepin sollte nur unter einer engmaschigen Kontrolle des Gesundheitsstatus des Babys im Hinblick auf Toxizitätszeichen im begründeten Einzelfall erfolgen. Von Lithium und Valproat sollte während des Stillens eher Abstand genommen werden. Antipsychotika der ersten Generation scheinen prinzipiell mit dem Stillen kompatibel zu sein, für Antipsychotika der zweiten Generation liegen bisher weniger Risikoeinschätzungen vor [28]. Eine prinzipielle Vereinbarkeit ist wahrscheinlich, vor allem unter Clozapin müssen aber auch starke Sedierungseffekte und das assoziierte Risiko negativer Effekte auf die Granulozytopoiese auch beim Baby bedacht werden [9].

Von zahlreichen Autoren wird der frühe Einsatz einer Elektrokrampftherapie befürwortet, die gerade unter der Indikationsstellung einer Postpartumpsychose schon nach wenigen Anwendungen zu einer raschen Symptomremission führen und die notwendige Aufenthaltsdauer auf einer psychiatrischen Station erheblich verkürzen kann [29].

Während des stationären Aufenthalts einer psychotisch erkrankten Mutter muss verstärkt auch die supportive und aufklärende Arbeit vor allem mit dem Vater, aber auch mit weiteren Familienangehörigen in die Gesamtbehandlung mit einbezogen werden. Familientherapeutische Interventionen können notwendig werden. Notwendige stationäre Therapien sollten vorteilhaft auf eigenständig konzipierten „Mutter-Kind-Einheiten“ durchgeführt [30, 31].

Schwieriger ist die Frage zu beantworten, ob Frauen ohne eine vor der Schwangerschaft etablierte medikamentöse Prophylaxe, bei guter Symptomfreiheit während der Schwangerschaftsmonate, aber nichtsdestoweniger beträchtlichem Erkrankungsrisiko im bevorstehenden Puerperium präventiv mit Psychopharmaka behandelt werden sollen. Wird in der Überprüfung der individuellen Situation eine solche Indikation befürwortet, scheint eine unmittelbar nach Entbindung begonnene Medikation mit Lithium in relativ hoher Dosierung durchaus einen beachtlichen Schutz zu vermitteln. Diese Entscheidung kann sich aber vorläufig nur auf unkontrollierte Studien stützen [32, 33]. Möglicherweise wird künftig auch ein Einsatz von 17 $\beta$ -Estradiol als prophylaktischer Strategie anerkannt werden [34, 35].

### Schizophrene Störungen

Der Krankheitsverlauf gerade chronisch schizophrener Frauen in Schwangerschaft und Wochenbett ist selten Gegenstand systematischer Forschungen gewesen [36]. Ein Zusammenhang zu einer komplex vermittelten reduzierten Fertilität mag in früheren Jahrzehnten ein Grund hierfür gewesen sein. Wenngleich Frauen mit der Diagnose Schizophrenie auch heute noch weniger Kinder haben, steigen die Konzeptionsraten unter den Bedingungen verbesserter pharmakologischer

Behandlungen und sozialpsychiatrischer Unterstützungsangebote deutlich [37]. Schwangerschaften erfolgen aber häufig ungeplant und ungewollt [38], resultieren nicht selten aus sexuellen Missbrauchserfahrungen und gehen häufig auch mit verschiedenen sexuell übertragenen Infektionskrankheiten einher [39]. Armutsbedingungen, ungünstige familiäre Verhältnisse und nachteiliges Gesundheitsverhalten können den Verlauf der Schwangerschaftsmonate und die Wochenbettzeit bestimmen [40, 41].

Wenngleich einige Patientinnen während der Schwangerschaftsmonate eine gewisse Verbesserung ihres psychopathologischen Status erfahren können und zuweilen auch mit den Herausforderungen der Mutterrolle konstruktiv umzugehen lernen, stellen die vielfältigen psychobiologischen und -sozialen Belastungen von Schwangerschaft und Mutterschaft für eine große Mehrheit vor allem der chronisch schizophrenen Frauen eine Überlastung dar und bedingen meist eine Verschlechterung des Verlaufs [42–44]. Im Wochenbett besteht ein hohes psychotisches Rezidivrisiko [45]. Die Gefahr eines richterlichen Entzugs der elterlichen Fürsorgepflicht für das Baby ist dann gegeben [46, 47]. Die Rate der perinatalen Komplikationen erscheint gegenüber Frauen aus der Allgemeinbevölkerung erhöht zu sein [48], zeigt aber keine exzessiven Risiken im Vergleich mit anderen psychischen Störungen an [49].

In einer therapeutischen Perspektive sollten Frauen mit vor allem chronischen oder häufig rezidivierenden schizophrenen Erkrankungen während der Schwangerschaft mit einer klinisch wirksamen Dauermedikation eines Antipsychotikums behandelt werden. Antipsychotika der ersten Generation (Haloperidol, Phenothiazine mit nicht-aliphatischer Seitenkette) gelten in ihrem teratogenen Gefährdungspotenzial als vertretbar und können auch über die Postpartalzeit hinaus gegeben werden [50]. Aber auch bei Antipsychotika der zweiten Generation liegen Daten aus einer prospektiven Studie vor, die kein erhöhtes Teratogenitätsrisiko zeigen [51]. Antiparkinson-Medikamente sind prinzipiell auf ein Minimum zu beschränken. Schizophrene Frauen werden heute vorrangig mit Antipsychotika der zweiten Generation behandelt. Sie können diese Medikation, speziell bei langfristiger Therapie mit Clozapin auch während und nach der Schwangerschaft beibehalten, auch wenn der Sicherheitsstatus dieser Medikamente auf noch keine so breite empirische Datenbasis bezogen werden kann [52]. Auf die besondere Bedeutung unterstützender sozialtherapeutischer Maßnahmen in der Führung schizophrener Patientinnen während der Indexzeiträume ist nachdrücklich hinzuweisen [53, 54].

Gerade um die komplexen nachteiligen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und die weitere psychosoziale Adaptation von Mutter und Kind besser begleiten zu können, sollten schizophrene Mütter und ihre Kinder in so genannten „mother-and-baby units“ engmaschig behandelt und begleitet werden, auch wenn es hierzu nach wie vor ein starkes Forschungsdefizit zu beklagen gilt [55]. Die Prävention, Diagnose und Behandlung der Bindungsstörungen psychisch kranker Mütter stellt die Hauptaufgabe der gemeinsamen Behandlung der Mutter mit ihres Babys dar [56]. Diese entstehen in etwa bei 25 % aller postpartal erkrankten Frauen und dauert unbe-

handelt über die Remission der psychiatrischen Erkrankung an. Das größte Risiko dieser Störung ist die Tötung oder Misshandlung des Kindes, andere Risiken beinhalten eine Störung der Emotionsregulation des Säuglings und das Nicht-Erreichen von Entwicklungsmeilensteinen [57].

## Schlussbemerkung

Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Wochenbett zeigen für Frauen eine bedeutsame Vulnerabilität an, die eine erstrangige Herausforderung für eine differenzierte psychiatrische Betreuung bilden. In der allmählichen Etablierung einer eigenständigen „perinatalen Psychiatrie“ wird dem in Wissenschaft und Versorgung sukzessiv Rechnung getragen. Dies setzt eine engmaschige Kooperation zwischen Psychiatern, Gynäkologen und Pädiatern in ambulanten und klinischen Einrichtungen voraus. Da im Krankheitsverlauf die Gesundheit und das Wohlergehen nicht nur der Mutter, sondern auch des Babys unmittelbar betroffen sind, und im Erkrankungsfalle auch weitreichende Konsequenzen für die Familie insgesamt auftreten, sind mit dieser geschlechtersensiblen Perspektive auch wichtige ärztlich-ethische Fragestellungen verbunden [58].

## Relevanz für die Praxis

Frauen mit psychischen Erkrankungen, vor allem mit bipolar affektiven Störungen, haben ein erhöhtes Risiko, in der Schwangerschaft und im Wochenbett schwerwiegend zu erkranken. Dieses Risiko sollte sowohl den betreuenden Gynäkologen als auch den behandelnden Psychiatern bewusst sein. Eine kollegiale Zusammenarbeit ist von großem Vorteil für die prospektive Beratung bei Kinderwunsch und für die sichere Führung in der Schwangerschaft. Medikamentöse Strategien sollten in ihrem therapeutischen und prophylaktischen Stellenwert bekannt sein. Ein detailliertes Wissen über Nebenwirkungen und eventuelle teratogene Effekte ist zu fordern.

## Literatur:

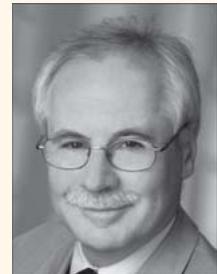
1. Cott AD, Wisner KL. Psychiatric disorders during pregnancy. *Int Rev Psychiatry* 2003; 15: 217–30.
2. Blehar MC, DePaulo JR Jr, Gershon ES, Reich T, Simpson SG, Nurnberger JI Jr. Women with bipolar disorder: findings from the NIMH Genetics Initiative sample. *Psychopharmacol Bull* 1998; 34: 239–43.
3. Grof P, Robbins W, Alda M, Bergheofer A, Vojtěchovský M, Nilsson A, Robertson C. Protective effect of pregnancy in women with lithium-responsive bipolar disorder. *J Affect Disord* 2000; 61: 31–9.
4. Viguera AC, Nonacs R, Cohen LS, Tondo L, Murray A, Baldessarini RJ. Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 179–84.
5. Viguera AC, Whitfield T, Baldessarini RJ, Newport DJ, Stowe Z, Remnick A, Zurick A, Cohen LS. Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study of mood stabilizer discontinuation. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 1817–24.
6. Finnerty M, Levin Z, Miller LJ. Acute manic episodes in pregnancy. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 261–3.
7. Sharma V, Persad E. The effect of pregnancy on three patients with bipolar disorder. *Ann Clin Psychiatry* 1995; 7: 39–42.
8. Dood S, Opi J, Berk M. Pharmacological treatment of anxiety and depression in pregnancy and lactation. In: Castle DJ, Kulkarni J, Abel KM (eds). *Mood and Anxiety Disorders in Women*. Cambridge University Press, Cambridge, 2006; 163–84.
9. Misri S, Carter D, Little RM. Bipolar affective disorder: Special issues for women. In: Castle DJ, Kulkarni J, Abel KM (eds). *Mood and Anxiety Disorders in Women*. Cambridge University Press, Cambridge, 2006; 185–211.
10. Yonkers KA, Wisner KL, Stowe Z, Leibenluft E, Cohen L, Miller L, Manber R, Viguera A, Suppes T, Altshuler L. Management of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 608–20.
11. Viguera AC, Newport DJ, Ritchie J, Stowe Z, Whitfield T, Mogielnicki J, Baldessarini RJ, Zurick A, Cohen LS. Lithium in breast milk and nursing infants: clinical implications. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 342–5.
12. Viguera AC, Cohen LS, Nonacs RM, Baldessarini RJ. Management of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. In: Cohen LS, Nonacs RM (eds). *Mood and Anxiety Disorders in Pregnancy and Post-*

- partum. American Psychiatric Pub, Washington, DC, 2005; 53–76.
13. Chaudron LH, Pies W. The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorders: a review. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 1284–92.
  14. Harlow BL, Vitonis AF, Sparer P, Cnattingius S, Joffe H, Hultman CM. Incidence of hospitalization for postpartum psychotic and bipolar episodes in women with and without prior pre pregnancy or prenatal psychiatric hospitalizations. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 42–8.
  15. Jones I, Craddock N. Bipolar disorder and childbirth: the importance of recognizing risk. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 453–4.
  16. Robertson E, Jones I, Haque S, Holder R, Craddock N. Risk of puerperal and non-puerperal recurrence of illness following bipolar affective puerperal (post-partum) psychosis. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 258–9.
  17. Marks M. Infanticide. *Psychiatry* 2006; 5: 13–5.
  18. Oates M. Suicide: the leading cause of maternal death. *Br J Psychiatry* 2003; 183: 279–81.
  19. Spinelli MG. Maternal infanticide associated with mental illness: prevention and the promise of saved lives. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1548–57.
  20. Appleby L, Mortensen PB, Faragher EB. Suicide and other cause of mortality after post-partum psychiatric admission. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 209–11.
  21. Brockington IF. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet* 2004; 363: 303–10.
  22. Jones I, Hamshire M, Nangle JM, Bennett P, Green E, Heron J, Segurado R, Lambert D, Holmans P, Corvin A, Owen M, Jones L, Gill M, Craddock N. Bipolar affective puerperal psychosis: Genome-wide significant evidence for linkage to chromosome 16. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 1099–104.
  23. Blackmore ER, Jones I, Doshi M, Haque S, Holder R, Brockington I, Craddock N. Obstetric variables associated with bipolar affective puerperal psychosis. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 32–6.
  24. Heron J, McGuinness M, Blackmore ER, Craddock N, Jones I. Early postpartum symptoms in puerperal psychosis. *Br J Obstet Gynaecol* 2008; 115: 348–53.
  25. Sit D, Rothschild A, Wisner K. A review of postpartum psychosis. *J Womens Health* 2006; 15: 352–68.
  26. Tschinkel S, Harris M, Le Noury J, Healy D. Postpartum psychosis: two cohorts compared, 1875–1924 and 1994–2005. *Psychol Med* 2007; 37: 529–36.
  27. Brockington IF, Meakin CJ. Clinical clues to the aetiology of puerperal psychosis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1994; 18: 417–29.
  28. Gentile S. Infant safety with antipsychotic therapy in breast-feeding: a systematic review. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 666–73.
  29. Schüle C, Kapfhammer HP. Elektrokonvulsionstherapie während Schwangerschaft und Wochenbett. In: Baghai TC, Frey R, Kasper S, Möller HJ (Hrsg). *Elektrokonvulsionstherapie. Klinische und wissenschaftliche Aspekte*. Springer-Verlag, Wien-New York, 2004; 305–39.
  30. Kumpf-Tontsch A, Schmid-Siegel B, Klier CM, Muzik M, Lenz G. [Health care services for women with postpartum mental disorders – assessment of current options in Austria]. *Wien Klin Wochenschr* 2001; 113: 641–6.
  31. Riffer F. Vier Jahre Mutter-Kind Behandlung an einer psychiatrischen Akutabteilung. *Psychiatr Psychother* 2008; 4: 1–4.
  32. Cohen LS, Sichel DA, Robertson LM, Heckscher E, Rosenbaum JF. Postpartum prophylaxis for women with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1641–5.
  33. Stewart DE. Prophylactic lithium in postpartum affective psychosis. *J Nerv Ment Dis* 1991; 176: 485–9.
  34. Ahokas A, Kaukoranta J, Wahlbeck K, Aito M. Relevance of gonadal hormones to perinatal mood and anxiety disorders. In: Riecher-Rössler A, Steiner M (eds). *Perinatal Stress, Mood and Anxiety Disorders*. Karger, Basel, 2005; 100–11.
  35. Gentile S. The role of estrogen therapy in postpartum psychiatric disorders: An update. *CNS Spectr* 2005; 10: 944–52.
  36. Bosanac P, Buist A, Burrows G. Motherhood and schizophrenic illnesses: a review of the literature. *Aust N Z J Psychiatry* 2003; 37: 24–30.
  37. Miller LJ. Sexuality, reproduction and family planning in women with schizophrenia. *Schizophr Bull* 1997; 23: 623–35.
  38. Miller LJ, Finnerty M. Family planning knowledge, attitudes and practices in women with schizophrenic spectrum disorders. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998; 19: 210–7.
  39. Tekell JL. Phenomenology, fertility and sexual issues in women with schizophrenia. In: Yonkers KA, Little BB (eds). *Management of Psychiatric Disorders in Pregnancy*. Arnold Publishers, London, 2001; 173–88.
  40. Abel KM. Perinatal and gynaecological disorders. In: Lloyd G, Guthrie E (eds). *Handbook of Liaison Psychiatry*. Cambridge University Press, Cambridge, 2007; 632–72.
  41. Raynor M. Pregnancy and the puerperium: The social and psychological context. *Psychiatry* 2006; 5: 1–4.
  42. Bägedahl-Strindlund M, Ruppert S. Parapartum mental illness: a long-term follow-up study. *Psychopathology* 1998; 31: 250–9.
  43. Davies A, McIvor RJ, Kumar RC. Impact of child birth on a series of schizophrenic mothers: a comment on the possible influence of oestrogen on schizophrenia. *Schizophr Res* 1995; 16: 25–31.
  44. McNeil TF, Kaij L, Malmquist-Larsson A. Women with non-organic psychosis: pregnancy's effect on mental health during pregnancy. *Acta Psychiatr Scand* 1984; 70: 140–8.
  45. McNeil TF. A prospective study of postpartum psychoses in a high-risk group: 1. Clinical characteristics of the current postpartum episodes. *Acta Psychiatr Scand* 1986; 74: 205–16.
  46. Oates MR. Perinatal psychiatric syndromes: clinical features. *Psychiatry* 2006; 5: 5–9.
  47. Jones DPH. Assessment of parenting for the family court. *Psychiatry* 2006; 5: 29–32.
  48. Jablensky AV, Morgan V, Zubrick SR, Bower C, Yellachich LA. Pregnancy, delivery, and neonatal complications in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. *Am J Psychiatry* 2006; 162: 79–91.
  49. Webb RT, Abel KM, Pickles AR, Appleby L, King-Hele SA, Mortensen PB. Mortality risk among offspring of psychiatric inpatients: a population-based follow-up to early adulthood. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 2170–7.
  50. Diav-Citrin O, Shechtman S, Ornoy S, Arnon J, Schaefer C, Garbis H, Clementi M, Ornoy A. Safety of haloperidol and penfluridol in pregnancy: a multicenter, prospective, controlled study. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 317–22.
  51. McKenna K, Koren G, Tetelbaum M, Wilton L, Shakir S, Diav-Citrin O, Levinson A, Zipursky RB, Einarsen A. Pregnancy outcome of women using atypical antipsychotic drugs: a prospective comparative study. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 444–9.
  52. NICE. Antenatal and postnatal health: clinical management and service guidance. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007.
  53. Miller LJ. Comprehensive prenatal and postpartum psychiatric care for women with severe mental illness. University of Illinois at Chicago Women's Program, Chicago. *Psychiatr Serv* 1996; 47: 1108–11.
  54. Seeman MV, Cohen R. Focus on women: a service for women with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1998; 49: 674–7.
  55. Joy CB, Saylan M. Mother and baby units for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (1): CD006333.
  56. Brockington IF, Aucamp HM, Fraser C. Severe disorders of the mother-infant relationship: definitions and frequency. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9: 243–51.
  57. Brockington I. Diagnosis and management of post-partum disorders: a review. *World Psychiatry* 2004; 3: 89–95.
  58. Seeman MV. Relational ethics: when mothers suffer from psychosis. *Arch Womens Mental Health* 2004; 7: 201–10.

### ***o. Univ.-Prof. DDr. Hans-Peter Kapfhammer***

*Geboren 1952. Studium der Psychologie, Philosophie und Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München, Università di Pavia und der Medical School, University of Oxford.*

*Facharzt für Psychiatrie und Neurologie. Zusatzbezeichnungen „Psychotherapie“ und „Psychoanalyse“. Habilitation für das Fach Psychiatrie, Dr. med. habil. Psychoanalytiker (DGPT) an der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München. Facharzt für Psychotherapeutische Medizin. Habilitation für das Fach Psychotherapie und Psychosomatik. Ruf auf die Professur für Psychosomatische Medizin an der Universität Tübingen. Seit 2003 Vorstand der Universitätsklinik für Psychiatrie der Karl-Franzens-Universität Graz/Medizinische Universität Graz.*



# Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere  
**zeitschriftenübergreifende Datenbank**

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

## 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](#)