

# SPECULUM

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

Klier CM

## **Fehlgeburt und das Risiko einer affektiven Erkrankung**

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2001; 19 (3)  
(Ausgabe für Schweiz), 13-13*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2001; 19 (3)  
(Ausgabe für Österreich), 13-16*

Homepage:

**[www.kup.at/speculum](http://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**



# Fehlgeburt und das Risiko einer affektiven Erkrankung

C. M. Klier

**D**ie psychiatrischen Konsequenzen einer Fehlgeburt wurden seit den siebziger Jahren untersucht und das Hauptaugenmerk der Forschung liegt auf der Evaluation des Risikos einer affektiven Störung. Dieses Lebensereignis, das von vielen Frauen traumatisch erlebt wird, stellt eine Gefahr für ihre psychische Gesundheit dar.

*Methoden:* Eine Reihe von kontrollierten Studien wurden seit den neunziger Jahren durchgeführt, wobei eine Vergleichsgruppe entweder von Schwangeren und/oder Frauen ohne reproduktive Ereignisse einbezogen wurde. Es wurden nicht nur depressive Erkrankungen, sondern auch depressive Symptomatik als Zielvariable untersucht, denn auch depressive Symptome haben Krankheitswert.

*Ergebnisse:* In den ersten 6 Monaten nach einer Fehlgeburt haben Frauen ein erhöhtes Risiko für depressive Symptomatik, Minor und Major Depression. Kinderlosigkeit zeigte sich durchgängig als Risikofaktor, während andere Faktoren wie psychiatrische Vorgeschichte, Stress in der Schwangerschaft, schlechte soziale Unterstützung sowie ungeplante oder ungewollte Schwangerschaft sich nur in einzelnen Studien als Risikofaktoren zeigten. Die Arbeit der Forschungsgruppe um Neugebauer zeigte, daß Frauen ein 2,5fach erhöhtes Risiko für eine Major Depression nach Fehlgeburt haben, das Risiko für depressive Symptome sind 3,4fach höher als bei Schwangeren und 4,3mal höher als bei Frauen ohne reproduktives Ereignis. Ebenso ist das Risiko für eine Minor Depression 5fach erhöht, wenn man Frauen mit Fehlgeburt mit Frauen ohne reproduktives Ereignis vergleicht.

*Diskussion:* Da eindeutig ein erhöhtes Risiko für depressive Symptomatik und depressive Erkrankungen für Frauen nach Fehlgeburt besteht, ist die Untersuchung von Frauen auf psychische Reaktionen und die Behandlung bei Vorliegen einer Erkrankung wichtig. Auch die nachfolgende Schwangerschaft und das nachfolgend geborene Kind könnten durch die unbehandelte Depression beeinträchtigt sein.

## Einleitung

Nach einer Untersuchung, die über eine Million Schwangerschaften inkludierte, ist das durchschnittliche Risiko einer Fehl- oder Totgeburt 13,5 %, wobei dies vor allem vom Alter der Frau abhängt [1]. Für viele Frauen stellt eine Fehlgeburt ein völlig unerwartetes, oft physisch wie psychisch belastendes Ereignis dar, das den Tod des zukünftigen Kindes und die Unterbrechung der reproduktiven Pläne darstellt. Es werden Zweifel über die eigenen reproduktiven Fähigkeiten und Zukunftsängste hervorgerufen und eine Trauerreaktion folgt. Kann die Trauer über den Verlust des Kindes nicht bewältigt werden, dann kann das Risiko für eine depressive Erkrankung oder Symptomatik gegeben sein.

Erstmals wurden die psychischen Folgen für die Frau nach einer Fehlgeburt von Chain beschrieben. Er erkannte die Angst, Trauer und Wut, unter denen Frauen nach diesem Verlusterlebnis litten [2]. Es folgten zahlreiche Arbeiten, die depressive Symptome und Angstsymptome bei Frauen nach einer Fehlgeburt beschrieben. Allerdings wurden erst seit 1992 insgesamt 7 kontrollierte Studien durchgeführt, d.h. die psychischen Reaktionen von Frauen mit einer Fehlgeburt werden mit einer Kontrollgruppe, also schwangeren Frauen oder Frauen ohne reproduktive Ereignisse, verglichen. Somit konnte erstmals eine eindeutige Zunahme von depressiven Symptomen und depressiven Erkrankungen nach einer Fehlgeburt im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen von Frauen nachgewiesen werden [3–7]. Erst zwei Arbeiten führten eine Untersuchung des Risikos für eine depressive Erkrankung (Major Depression und Minor Depression) durch und konnten eine signifikante Zunahme dieses Risikos im Vergleich zu Frauen ohne reproduktives Ereignis feststellen [8, 9].

Dies hat nicht nur unmittelbare Folgen für die Frau, sondern, falls diese Erkran-

kung nicht erkannt und behandelt wird, auch möglicherweise für die weiteren reproduktiven Pläne, die nachfolgende Schwangerschaft und Geburt und für das Bindungsverhalten des nachfolgend geborenen Kindes.

**Methoden**

Wie die Tabelle 1 zeigt, wurden die Untersuchungen sehr häufig zum Zeitpunkt 6 Monate nach der Fehlgeburt durchgeführt, andere untersuchten Frauen auch kurz nach der Fehlgeburt [3–5]. Aus der Tabelle sind auch Verlaufsuntersuchungen mit mehreren Untersuchungszeitpunkten ersichtlich [4, 5], sowie die beiden Longitudinalstudien bis 12 beziehungsweise 18 Monate nach der Fehlgeburt [6, 10]. Die Kontrollgruppen stellen jeweils Schwangere, als auch Frauen ohne reproduktive Ereignisse im vergangenen Jahr dar. Die Schwangerschaftsdauer, bis zu der eine Frau mit einer Fehlgeburt in diese Studien inkludiert wurde, differiert in den Studien um einige Wochen, Neugebauer und Klier z. B. inkludierten Frauen mit einer Fehlgeburt bis zur 28. Schwangerschaftswoche, Janssen bis zur 20. Schwangerschaftswoche. Die psychiatrischen Symptome wurden mit-

tels Selbstbeurteilungsbögen erfaßt, die beiden Studien, die eine psychiatrische Diagnose stellten, wendeten ein klinisches Interview an (Diagnostic Interview Schedule DIS) [8, 9].

**Ergebnisse**

**Häufigkeit der psychologischen Reaktionen**

In den ersten 6 Monaten nach einer Fehlgeburt haben Frauen ein erhöhtes Risiko für depressive Symptome [3–7], d. h. sie leiden an einem oder mehreren Symptomen, aber erfüllen wegen der zu geringen Anzahl von Symptomen oder zu geringer Dauer das Kriterium für eine Major Depression nicht (5/9 Symptomen durchgehend während mindestens 2 Wochen für eine Major Depression, 2/9 für Minor Depression nach DSM-IV). Ebenso leiden Frauen nach einer Fehlgeburt vermehrt unter Minor und Major Depression [8, 9], aber auch vermehrt unter Angstsymptomen, somatischen Symptomen und Zwangssymptomen [5–7]. Neugebauer fand bei Frauen nach einer Fehlgeburt ein 2,5fach erhöhtes Risiko für eine Major Depression, das Risiko für depressive Symptome war 3,4fach höher als bei Schwangeren und

**Tabelle 1:** Design und Ergebnisse aller kontrollierten Studien

	<b>Autoren</b>	<b>Vergleichsgruppe und Sample Größe</b>	<b>Zeitpunkt der Evaluation</b>	<b>Ergebnisse</b>
<b>Depressive Erkrankung</b>	Neugebauer et al. (1997)	Fehlgeburt = 229 ohne SS = 230	6 Monate	<b>MDD</b> ↑
	Klier et al. (2000)	Fehlgeburt = 229 ohne SS = 230	6 Monate	<b>MiDD</b> ↑
<b>Symptome</b>	Neugebauer et al. (1992, AJPH)	Fehlgeburt = 232 ohne SS = 283	4 Wochen	<b>Dsym</b> ↑
	Neugebauer et al. (1992, AJOG)	Fehlgeburt = 232 ohne SS = 283 Schwangere = 318	2 Wochen 6 Wochen 6 Monate	<b>Dsym</b> ↑
	Thapar & Thapar (1992)	Fehlgeburt = 60 Schwangere = 62	24 Stunden 6 Wochen	<b>Dsym</b> ↑ <b>Asym</b> ↑ <b>Som sym</b> ↑
	Beutel et al. (1995)	Fehlgeburt = 125 Schwangere = 80 Ohne SS = 125	6 Monate 12 Monate	<b>Dsym</b> ↑, <b>Asym</b> ↑ <b>Som sym</b> ↑
	Janssen et al. (1996)	Fehlgeburt = 227 Schwangere = 213	6 Monate  12 Monate 18 Monate	<b>Dsym</b> ↑, <b>Asym</b> ↑, <b>Zwangssym</b> ↑ <b>Som sym</b> ↑ = =

↑ signifikant höheres Risiko einer Krankheitsepisode oder von Symptomen im Vergleich zur Kontrollgruppe, = keine erhöhtes Risiko der Gruppe der Frauen mit einer Fehlgeburt, MDD = Major Depression, MiDD = Minor Depression; Dsym = depressive Symptome, Asym = Angstsymptome, Som sym = somatische Symptome

4,3mal höher als bei Frauen ohne reproduktives Ereignis [4, 8]. Klier konnte nachweisen, daß das Risiko für eine Minor Depression 5fach erhöht ist, wenn man Frauen mit Fehlgeburt mit Frauen ohne reproduktives Ereignis vergleicht [9]. Der Beginn der depressiven Erkrankung erfolgt überwiegend innerhalb des ersten Monats nach der Fehlgeburt [8, 9].

Weitere Fragestellungen für die Untersuchungen waren die Abhängigkeit der psychologischen Reaktionen von der Dauer der Schwangerschaft, die Auswirkung von Kinderlosigkeit auf die psychologische Reaktion, sowie psychosoziale Faktoren.

#### **Dauer der Schwangerschaft**

Die meisten Arbeiten finden keinen Zusammenhang zwischen der Dauer der Schwangerschaft und den depressiven Reaktionen auf den Verlust. Dies kann mit der schon sehr früh erfolgenden Bindung an den sich entwickelnden Fötus erklärt werden. Beutel fand, daß Mütter und Väter schon sehr früh Phantasien in bezug auf das Aussehen und das Geschlecht des Kindes hatten [10]. Von Seiten der Entwicklungspsychologie wurde gezeigt, wie sich „Arbeitsmodelle“, d. h. Vorstellungen in bezug auf das Temperament der zukünftigen Kinder schon in der Frühschwangerschaft bilden und über den Zeitraum bis nach der Geburt konstant bleiben und sich auch durch das tatsächliche Temperament des Kindes kaum verändern [11]. Frauen, bei denen eine frühe Ultraschalluntersuchung durchgeführt wurde, zeigten bei einigen Studien keinen Unterschied in der psychologischen Reaktion auf die Fehlgeburt im Unterschied zu den Frauen, bei denen keine Ultraschalluntersuchung durchgeführt wurde, obwohl auch über vermehrte Bindung an das Ungeborene durch die Ultraschallvisualisation berichtet wurde [10].

#### **Kinderlosigkeit**

Kinderlosigkeit zeigte sich durchgängig als Risikofaktor und erhöhte das Risiko für eine Major Depression auf das 5fache [8] und das Risiko für depressive Symptome im Vergleich zu schwangeren Frauen um das 5,7fache und im Vergleich zu Frauen ohne reproduktives Ereignis um das 11fache [4], während andere Faktoren wie psychiatrische Vorgeschichte, Stress in der Schwangerschaft, schlechte soziale Unterstützung sowie Einstellung zur Schwangerschaft

sich nur in einzelnen Studien als Risikofaktoren für affektive Störungen zeigten.

#### **Risiko für die nachfolgende Schwangerschaft**

Neuere Arbeiten beziehen sich auf die Folgen für die nachfolgende Schwangerschaft und es wird diskutiert, daß es möglicherweise ungünstige Auswirkungen gäbe. Das Risiko für Frühgeburtlichkeit und geringes Geburtsgewicht als Risiko von depressiver Symptomatik und Stress in der Schwangerschaft oder als Folge einer Fehlgeburt wird widersprüchlich beurteilt. Einige Autoren sehen einen Zusammenhang zwischen Angstsymptomen, Depression und Stress einerseits und geringem Geburtsgewicht und Frühgeburtlichkeit andererseits [12–15], während andere Autoren keine Zusammenhänge von psychosozialen Problemen in der Schwangerschaft und perinatalen Problemen sehen [16, 17]. Eine neue Arbeit zeigt einen Zusammenhang von depressiven Symptomen und Angstsymptomen in der Frühschwangerschaft und Präeklampsie [18]. Noch sehr wenig erforscht ist das Gebiet möglicher Bindungsstörungen eines nachfolgend geborenen Kindes an seine Mutter. Mütter, die eine Fehlgeburt erlitten, hatten in einer Untersuchung im Vergleich zu Müttern ohne dieses Ereignis signifikant mehr unsicher gebundene Kinder (unorganisierter Bindungsstil) [19].

#### **Diskussion**

Da Frauen eindeutig ein erhöhtes Risiko für depressive Symptome und Erkrankungen nach einer Fehlgeburt im Vergleich zu schwangeren Frauen und Frauen, die kein reproduktives Ereignis im letzten Jahr hatten, haben, wäre die Untersuchung dieser Frauen auf psychische Reaktionen und die Behandlung bei Vorliegen einer Erkrankung wichtig. Da die Frauen durch den Routine-Check einige Wochen nach der Fehlgeburt im Kontakt mit dem geburts-hilfflichen Team stehen, könnte ein hoher Prozentsatz dieser depressiven Frauen entdeckt und behandelt werden. Denn nicht nur die Mütter sind durch diese Krankheit beeinträchtigt, zusätzlich könnten verlängerte Trauer und Depression negative Auswirkungen auf den Ausgang der nachfolgenden Schwangerschaft haben, sowie die Mutter-Kind-Bindung beeinträchtigen.



Somit könnte der Geburtshelfer eine wichtige Rolle einnehmen, nämlich diese depressiven Zustände beim Routine-Check nach der Fehlgeburt zu erkennen und eine geeignete Behandlung in die Wege zu leiten [20].

## LITERATUR

1. Nybo Andersen AM, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. *BMJ* 2000; 320: 1708–12.
2. Cain AC, Erikson ME, Fast I, Vaughan RA. Children's disturbed reactions to their mothers miscarriage. *Psychosom Med* 1964; 26: 58–66.
3. Neugebauer R, Kline J, O'Connor P, Shrout P, Johnson J, Skodol A, Wicks J, Susser M. Depressive symptoms in women in the six months after miscarriage. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: 104–9.
4. Neugebauer R, Kline J, O'Connor P, Shrout P, Johnson J, Skodol A, Wicks J, Susser M. Determinants of depressive symptoms in the early weeks after miscarriage. *Am J Public Health* 1992; 82: 1332–9.
5. Thapar AK, Thapar A. Psychological sequelae of miscarriage: a controlled study using the general health questionnaire and the hospital anxiety and depression scale. *Br J Gen Pract* 1992; 42: 94–6.
6. Janssen JEMH, Cuisinier CJM, Hoogduin ALK, Graauw PHMK. Controlled prospective study on the mental health of women following pregnancy loss. *Am J Psych* 1996; 153: 226–30.
7. Beutel M, Deckardt R, von Rad M, Weiner H. Grief and depression after miscarriage: their separation, antecedents and course. *Psychosom Med* 1995; 45: 295–302.
8. Neugebauer R, Kline J, Shrout P, Skodol A, O'Connor P, Geller PA, Stein Z, Susser M. Major depressive disorder in the 6 month after miscarriage. *JAMA* 1997; 277: 383–8.
9. Klier CM, Geller PA, Neugebauer R. Minor depressive disorder in the context of miscarriage. *J Affect Disord* 2000; 59: 13–21.
10. Beutel M, Willner H, Deckhardt R, von Rad M, Weiner H. Similarities and differences in couples grief reactions following miscarriage: results from a longitudinal study. *J Psychosom Res* 1996; 40: 245–53.
11. Zeahnah C, Danes B, Hirshberg L, Dietz L. Initial adaptation in mothers and fathers following perinatal loss. *Infant Mental Health Journal* 1995; 16: 80–93.
12. Hughes PM, Turton P, Evans CDH. Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: cohort study. *BMJ* 1999; 318: 1721–4.
13. Copper RL, Goldenberg RL, Das A, Elder N, Swain M, Norman G, et al. The preterm prediction study: maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than 35 weeks gestation. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 1286–92.
14. Wadhwa PD, Sandman CA, Porto M, Dunkel-Schetter C, Garite U. The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 858–65.
15. Hedegaard M, Henriksen TB, Sabroe S, Secher NJ. Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *BMJ* 1993; 307: 234–9.
16. Perkin MR, Bland JM, Peacock JL, Anderson HR. The effect of anxiety and depression during pregnancy on obstetric complications. *Br J Obstet Gynaecol* 1993; 100: 629–34.
17. Brooke OG, Anderson HR, Bland JM, Peacock JL. Effects on birthweight of smoking, alcohol, caffeine, socioeconomic factors, and psychosocial stress. *BMJ* 1989; 298: 795–801.
18. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 487–90.
19. Fonagy P. Plenary Address at the World Association of Infant Mental Health Congress, Montreal, July 28<sup>th</sup>, 2000.
20. Leppert Ph, Phalka B. Grieving characteristics after spontaneous abortion: A management approach. *Obstet Gynecol* 1984; 64: 119–22.

**Claudia M. Klier**

Medizinstudium in Innsbruck und Wien. Ausbildung zur Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie an der Universitätsklinik Innsbruck und Wien 1991–1998. Forschungsaufenthalt an der Columbia University, NYC, USA 1995/96 sowie zahlreiche kurzfristige Forschungsaufenthalte in den USA. Seit 1998 wissenschaftliche Mitarbeiterin der Universitätsklinik für Psychiatrie und Koordinatorin des EU Projektes: Transkulturelle Aspekte der Postpartalen Depression

Wissenschaftliche Schwerpunkte: Psychiatrische Erkrankungen im Rahmen von Schwangerschaft und Geburt

**Korrespondenzadresse:**

Dr. Claudia Klier  
 Universitätsklinik für Psychiatrie  
 A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20  
 e-mail: claudia.klier@univie.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](#)