

Behandlungsmöglichkeiten sind vielfältig

Depressionen im Wochenbett, erkennen und behandeln

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen gebärfähiger Frauen und treten in Schwangerschaft und Stillzeit mit einer Prävalenz von ca. 7 bis 19% auf (1). Im Wochenbett können Depressionen den postpartalen Verlauf erheblich beeinträchtigen und neben der Belastung der Mutter auch einen nachhaltig negativen Einfluss auf die frühkindliche Entwicklung haben.

+ La dépression est l'une des affections psychiques les plus courantes de la femme en âge de procréer et se rencontre dans les périodes de grossesse et de lactation à une prévalence d'environ 7 à 19% (1). La dépression du post-partum affecte considérablement le décours du post-partum et représente non seulement une surcharge émotionnelle pour la mère, mais peut aussi avoir un impact négatif durable sur le développement de l'enfant dans la petite enfance.

Die ersten Tage nach der Entbindung gelten aufgrund des physiologischen Abfalls der Steroidhormonspiegel als eine besonders vulnerable Zeit. Innerhalb der ersten 10 Tage postpartal kommt es häufig zu dem sogenannten „Baby Blues“, auch „Mutterschafts-Blues“ oder Postpartale Dysphorie genannt (2). Hierbei handelt es sich um eine wenige Stunden bis Tage anhaltende, leichtgradige de-



Dr. med. Thorsten Mikoteit
Basel



Prof. Dr. med. Edith Holsboer-Trachsler
Basel

pressive Verstimmung ohne besonderen Krankheitswert. Typisch ist eine Affektlabilität mit häufigem Weinen, subdepressiver oder gereizter Stimmung oder übertriebener Ängstlichkeit. Diese sehr häufig auftretende Affektschwankung (Prävalenz von 40 bis 60%) ist in aller Regel selbstlimitierend. Aus therapeutischer Sicht ist es wichtig, die Frauen darüber aufzuklären und allenfalls supportive Massnahmen anzubieten.

Die eigentliche Postpartale Depression (PPD) hingegen ist eine länger andauernde, ernstzunehmende und behandlungsbedürftige depressive Episode. Die PPD kann zwar mit einem Baby Blues beginnen und dann wochen- bis monatelang fort dauern, oft aber beginnt sie erst innerhalb der nächsten drei Monate. Eine PPD unterscheidet sich klinisch nicht von einer depressiven Episode in einem anderen Lebensabschnitt.

Woran ist eine PPD zu erkennen?

Im Vordergrund steht eine allgemeine Erschöpfung, die nicht allein durch Schlafmangel oder Elternstress erklärt ist. Weitere Kernsymptome sind eine Freudlosigkeit, die Unfähigkeit, emotional auf das Kind zu reagieren, sowie Schuldgefühle. Die Frauen sind oft überrascht, dass sie sich nicht so fühlen können, wie sie und ihr Umfeld es erwartet haben. Die Betroffenen sind häufig übermässig ängstlich, sind besorgt und fühlen sich mit der Betreuung des Kindes überfordert. Hohe innere Ansprüche, alles richtig machen zu wollen, können nicht erfüllt werden. Zwangsgedanken (z.B. dem Kind versehentlich Schaden zuzufügen) mit entsprechendem Vermeidungsverhalten sind häufig. Seltener besteht eine gleichgültige oder feindselige Einstellung zum Kind. Es kann allerdings zu Impuls-

TAB. 1 Risikofaktoren für eine Postpartale Depression (PPD)

Depression in der Eigen-/Familienanamnese
Angst/Depression während der Schwangerschaft
Neurotizismus/geringes Selbstwertgefühl
Prämenstruelles Dysphorisches Syndrom
Baby Blues
Fragmentierter Schlaf/Schlafdefizit
Stress mit der Kinderbetreuung
Stresshafte Lebensereignisse
Partnerschaftskonflikt
Mangel an sozialer Unterstützung

kontrollverlusten kommen, die zu Misshandlungen führen können. An körperlichen Symptomen bestehen Schlafstörungen (unabhängig vom Kind), Inappetenz und unspezifische Schmerzen. Schliesslich muss auch mit Suizidalität und/oder Gefährdung des Kindes gerechnet werden. Es ist nachvollziehbar, dass eine solche über Wochen anhaltende Symptomatik Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung wie auch auf die Partnerschaft hat.

Wie ist die Diagnose zu stellen?

Da psychische Störungen bei Müttern häufig scham- und schuldbehaftet sind, wird die Störung oft als situativbedingter Erschöpfungszustand verkannt. Daher ist es wichtig, als Primärversorger an diese Störung zu denken, Risikofaktoren zu beachten und aktiv nach einer Depression zu screenen. Eine Liste der wichtigsten bekannten Risikofaktoren finden Sie in Tabelle 1 (3). Ist eine Patientin früher schon einmal an einer Depression erkrankt, besteht postpartal ein hohes Rezidivrisiko. Dies gilt besonders bei bipolaren affektiven Störungen. Stressoren wie ein Mangel an sozialer Unterstützung oder Partnerschaftskonflikte wurden in diversen Studien als hoch relevant identifiziert.

Für das Depressionsscreening eignet sich der 2-Fragen-Test (s. Kasten), der problemlos in ein klinisches Untersuchungsgespräch eingebaut werden kann (4). Sollten beide Fragen mit Ja beantwortet sein, ist eine weitere Abklärung notwendig. Internationaler Gold-Standard ist dann das Screening mit der Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale (EPDS; (5), ein 10-teiliger Selbstbeurteilungsfragebogen, der in verschiedenen Sprachen vom Internet (z.B. unter dem link: www.schatten-und-licht.de) heruntergeladen werden kann. Sollte die Frage nach Suizidalität positiv beantwortet oder mehr als 9 Punkte erreicht werden, empfiehlt sich eine weitere Abklärung bei einem Psychiater. Differentialdiagnostisch müssen körperliche Erkrankungen, die eine ähnliche Symptomatik hervorrufen können, wie z. B. eine Hypothyreose, ein Vitamin- oder Eisenmangel, ausgeschlossen werden.

Wie kann eine PPD behandelt werden?

Die Behandlung der PPD ist grundsätzlich ähnlich wie bei anderen depressiven Erkrankungen. Die allgemeinen Schweizerischen Behandlungsempfehlungen sind von der Webseite der Fachgesellschaft ((6)/www.sgad.ch) herunterzuladen. Bei der Behandlung der PPD sind allerdings spezifische Erfordernisse der frühen Mutterschaft und des Kindes zu berücksichtigen (Tab. 2).

Von grösster Bedeutung ist zunächst eine Aufklärung über die Erkrankung. Wichtig ist, dass die Betroffene von Schuldgefühlen entlastet wird. Hierbei ist es günstig, auch den Partner mit einzubeziehen. Des Weiteren geht es um supportive Massnahmen, wie z. B. die Sicherstellung eines ruhigen Nachtschlafs und Entlastungsmöglichkeiten in der Säuglingspflege. Das Angebot von aufsuchenden Fachpersonen, wie Hebammen oder Mütter-/Väterberaterinnen kann der ängstlich besorgten Frau eine wichtige Stütze sein. Die Frauen sollten von unmittelbaren Versorgungspflichten entlastet werden, aber gleichzeitig die Möglichkeit haben, entspannte Mutter-Kind-Kontakte zu erleben. Die Mutter-Kind-Beziehung kann auch z.B. durch Anleitung zur Babymassage gefördert werden.

Eine Psychotherapie sollte möglichst rasch begonnen werden. Sie sollte zunächst supportiv und bewältigungsorientiert ausgerichtet sein. Themen wie Umgang mit der Krankheit, Stressbewältigung und Entspannung aber auch Aufbau positiver Aktivitäten, Hilfsesu-

2-Fragen-Test

- 1) „Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?“
 ja nein
- 2) „Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?“
 ja nein

TAB. 2 Optionen eines integrativen Therapiekonzeptes	
Aufklärung/ Psychoedukation	
Beratung über praktische Hilfen	
Entlastung in der Kinderbetreuung	
Unterstützung des Nachtschlafs	
Förderung eines entspannten Mutter-Kind-Kontaktes	
Psychotherapie (z.B.kognitiv-verhaltenstherapeutische)	
Antidepressiva	
Stationäre Behandlung (Mutter-Kind-Setting)	
Partnerschaftskonflikt	
Mangel an sozialer Unterstützung	

chen, Adaptation an die (neue) Rolle, neben Themen der Beziehung zum Kind, Paarbeziehung und Elternrolle, sind nahe liegend.

Eine zusätzliche medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva ist dann indiziert, wenn es sich um eine mittelschwere bis schwere Depression handelt. Bei komplexen Therapien sollte ein Psychiater beigezogen werden. Bei stillenden Müttern ist zu bedenken, dass alle Psychopharmaka in die Muttermilch übergehen. Die Studienlage zur Exposition der Kindes durch Antidepressiva in der Muttermilch ist nach wie vor unzureichend. Aktuell besteht allerdings die Meinung, dass eine Exposition des Kindes durch eine (chronische) mittel- bis schwere PPD für die kindliche Entwicklung schädlicher ist, als die Exposition mit Spuren von Antidepressiva in der Muttermilch bei einer rationalen und wirksamen Psychopharmakotherapie (7). Angesichts der anerkannten Vorteile des Stillens in den ersten sechs Monaten muss daher bei einer Monotherapie mit den angegebenen Wirkstoffen nicht prinzipiell zum Abstillen geraten werden. Eine Risiko-Nutzen-Analyse ist allerdings im Einzelfall vorzunehmen. Bei der Auswahl des Antidepressivums orientiert man sich einerseits an der Substanz, auf die die Patientin früher schon einmal positiv angesprochen hat, andererseits an dem aktuellen Wissen über spezifische Risiken (8). Ein umfassendes Nachschlagewerk zum Risikoprofil von einzelnen Arzneimitteln in Schwangerschaft und Stillzeit bieten Schaefer et al. (9) sowie die Webseite www.embryotox.de. Aktuell präferierte Wirkstoffe sind Sertralin, Paroxetin und Nortriptylin (3). Wird während der Stillzeit ein Antidepressivum neu eingeführt, sollte mit der halben Standarddosis begonnen werden. Klinische Veränderungen auf Seiten des Kindes sind sorgfältig zu beobachten. Besondere Vorsicht ist bei Frühgeborenen oder kranken Neugeborenen geboten.

Die Evidenz für nicht-pharmakologische Behandlungsoptionen ausser der obengenannten verhaltensorientierten Psychotherapie ist gering. Verfahren wie Lichttherapie, Massage, calciumreiche Diät oder Bewegungstherapie können bei leichteren Depressionen allenfalls als Zusatzverfahren versucht werden (8). Schlafstörungen sollten zunächst mit schlafhygienischen Massnahmen behandelt werden. Was Hypnotika während der Stillzeit betrifft, gilt dasselbe wie für Antidepressiva. Bei stillenden Müttern wird Diphendramin bevorzugt, in schweren Fällen kann punktuell auch ein kurzwirkendes Benzodiazepin oder ein sedierendes Antidepressivum gegeben werden (Vorsicht bei Frühgeborenen) (10).

Leichtere Depressionen können ambulant behandelt werden. Bei schwereren Formen und insbesondere, wenn das Risiko eines Suizids besteht, ist eine stationäre Aufnahme meist unumgänglich. Sofern es der Zustand der Mutter erlaubt, sollte ein Mutter-Kind-Setting auf einer spezialisierten Station angestrebt werden, um eine längere Trennung von Mutter und Kind zu vermeiden und die Mutter-Kind-Beziehung zu fördern.

Schliesslich sei noch auf die schweizerische Selbsthilfegruppe (www.postnatale-depression.ch) hingewiesen: Hier finden Betroffene viele hilfreiche Informationen, nicht zuletzt auch eine Liste von spezialisierten Therapeutinnen/Therapeuten.

Dr. med. Thorsten Mikoteit

Prof. Dr. med. Edith Holsboer-Trachsler

Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK)

Zentrum für Affektive-, Stress- und Schlafstörungen (ZASS)

Wilhelm Klein-Str. 27, 4012 Basel

thorsten.mikoteit@upkbs.ch

Literatur:

1. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN et al. (2005) Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol* 106: 1071–1083
2. Reck C, Stehle E, Reing K, Mundt C. (2009) Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *J Affect Disord* 113: 77-87
3. O'Hara MW, McCabe JE. (2013) Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol* 9: 379-407
4. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. (1997) Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 12: 439-445
5. Bergant AM, Nguyen T, Heim K, Ulmer H, Dapunt O. (1998) Deutschsprachige Fassung und Validierung der „Edinburgh Postnatal Depression Scale“. *Dtsch Med Wochenschr* 123: 35-40
6. Holsboer-Trachsler E, Hättenschwiler J, Beck J et al. (2010) Die somatische Behandlung der unipolaren Störungen. *Schweiz Med Forum* 10(46): 802–809
7. Newport DJ, Hostetter A, Arnold A, Stowe ZN. (2002) The treatment of postpartum depression: minimizing infant exposures. *J Clin Psychiatry* 63 (Suppl 7): 31-44
8. Yonkers KA, Vigod S, Ross LE. (2011) Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. *Obstet Gynecol* 117: 961-77
9. Schaefer C, Spielmann H, Vetter K, Weber-Schöndorfer C. (2012) Arzneimittel in Schwangerschaft und Stillzeit, 8. Auflage. München: Urban&Fischer
10. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 92, April 2008. *Obstet Gynecol* 2008; 111: No. 4

Take-Home Message

- ◆ In der frühen Mutterschaft muss die behandlungsbedürftige, länger anhaltende Postpartale Depression (PPD) von dem frühen, selbstlimitierenden „Baby Blues“ abgegrenzt werden
- ◆ Kernsymptome wie allgemeine Erschöpfung, Unfähigkeit, Freude zu empfinden, oder gesteigerte Ängstlichkeit, die länger als 1-2 Wochen anhalten, sind differentialdiagnostisch Indikatoren für eine PPD
- ◆ Risikofaktoren sind neben einer positiven Depressionsanamnese, das Prämenstruelle dysphorische Syndrom (PMDS), psychosoziale Stressoren wie konfliktreiche Paarbeziehungen oder Mangel an sozialer Unterstützung
- ◆ Die Behandlungsmöglichkeiten sind vielfältig: von der Aufklärung über die Diagnose, Mütterberatung, Stressreduktion durch Entlastung in der Kinderbetreuung bis hin zu spezifischeren psychotherapeutischen Methoden und einer differentiellen Psychopharmakotherapie
- ◆ Bei bipolaren affektiven Störungen oder bei mittelschweren bis schweren Depressionen mit z. B. Suizidgedanken sollte immer ein Psychiater hinzugezogen werden

Message à retenir

- ◆ Après l'accouchement, la dépression du post-partum (DPP) qui dure plus longtemps et qui nécessite un traitement doit être distinguée du "Baby Blues", qui est d'apparition plus précoce et en général auto-limitant
- ◆ Les symptômes clefs permettant d'orienter le diagnostic différentiel vers une DDP sont notamment une fatigue générale, une incapacité à ressentir du plaisir ou une anxiété exagérée durant plus que 1–2 semaines
- ◆ Les facteurs de risque sont des antécédents personnels (ou familiaux) de dépression, la présence d'un syndrome dysphorique prémenstruel et l'existence de facteurs de stress psychosociaux tels qu'une relation de couple conflictuelle ou l'absence de soutien social
- ◆ Les possibilités de traitement sont multiples: Elles vont de l'annonce du diagnostic avec explication détaillée sur cette maladie, en passant par le conseil aux parents, la réduction du stress pour la mère en la soulageant de la garde des enfants jusqu'à des méthodes psychothérapeutiques plus spécifiques et à une psychopharmacothérapie différenciée
- ◆ En cas de troubles affectifs bipolaires ou de dépression modérée à sévère avec présence par exemple de pensées suicidaires, un psychiatre devrait toujours être consulté