

# «Psychopharmaka in der Schwangerschaft nicht reflexhaft absetzen»

Interview mit Dr. med. Antje Heck, Psychiatrische Dienste Aargau

Viele Frauen wollen jegliche Medikamente absetzen, sobald sie schwanger werden. Das ist jedoch nicht immer sinnvoll, auch nicht bei Psychopharmaka gegen Depressionen. Wir sprachen darüber mit Dr. med. Antje Heck von den Psychiatrischen Diensten Aargau AG (PDAG), die dort eine Sprechstunde für alle Fragen zu Medikamenten in Schwangerschaft und Stillzeit aufgebaut hat.

**ARS MEDICI:** Frau Dr. Heck, nehmen tatsächlich so viele Schwangere Psychopharmaka, dass es dafür eine spezielle Sprechstunde braucht?

**Dr. med. Antje Heck:** Zunächst möchte ich darauf hinweisen, dass es in unserer Sprechstunde nicht nur um psychiatrische Fragestellungen in Schwangerschaft und Stillzeit geht, sondern auch um andere Erkrankungen, wie beispielsweise chronische Schmerzen, Migräne, Schlafstörungen, Epilepsie oder Multiple Sklerose. In der Tat kommen die meisten Frauen aber wegen der Psychopharmaka zu uns. Zum Beispiel sind Depressionen in der Schwangerschaft gar nicht selten. Man weiss aus der Literatur, dass deren Inzidenz bei zirka 10 bis 16 Prozent liegt. Unsere Zuweisungen kommen in erster Linie von Gynäkologen, Allgemeinmedizinerinnen und Psychiatern, aber auch Hebammen, Psychotherapeuten oder die Schwangeren selbst beziehungsweise Frauen mit Kinderwunsch wenden sich an uns unter Angabe eines zuweisenden Arztes. Das Erstgespräch dauert in der Regel eineinhalb Stunden.

**ARS MEDICI:** Nun steht ja in jeder Fachinformation, ob ein Medikament in der Schwangerschaft genommen werden kann oder nicht ...

**Heck:** Sonderlich hilfreich sind diese Angaben in der Praxis aber selten. Typischerweise heisst es in Arzneimittelinformationen, dass die Substanz XY während der Schwangerschaft

eine Gefahr für Mutter und Kind darstellt. So sind zum Beispiel Spontanabort, Frühgeburtlichkeit oder geringes Geburtsgewicht mit Depressionen während der Schwangerschaft assoziiert. Was vielen wahrscheinlich auch nicht klar ist: Der Suizid gehört zu den häufigsten Todesursachen in der Schwangerschaft. Eine Schwangerschaft schützt nicht vor depressiven Episoden. Man weiss aus der Literatur, dass unter Fortführung einer antidepressiven Therapie während der Schwangerschaft die Inzidenz schwerer depressiver Episoden bei 26 Prozent liegt, nach Absetzen aber bei 68 Prozent, davon die Hälfte im ersten Trimenon. Bei 60 Prozent aller Frauen, die in der Schwangerschaft ein Antidepressivum absetzen, muss dieses noch während der Schwangerschaft wieder eingesetzt werden.

**ARS MEDICI:** Sie würden also dazu raten, trotz Schwangerschaft das Medikament weiter einzunehmen und es nicht abzusetzen?

**Heck:** So pauschal kann man das nun auch wieder nicht sagen. Es kommt auf die Schwere der Erkrankung und das Medikament an. Es gibt klare Teratogene wie zum Beispiel Valproat, Carbamazepin oder auch das Aknemittel Isotretinoin, die sofort abgesetzt werden müssen. Eigentlich sollte man diese Medikamente Frauen, die schwanger werden könnten, sowieso nicht geben.

Anders sieht es mit den Antidepressiva aus. Diese sind im Allgemeinen nicht teratogen. Von den SSRI werden allenfalls Paroxetin und Fluoxetin mit einem gering erhöhten Risiko für Septumdefekte assoziiert, Paroxetin zusätzlich mit einem erhöhten Risiko für persistierende pulmonale Hypertonie. Fluoxetin ist in der Schwangerschaft und Stillzeit auch wegen seiner recht langen Halbwertszeit eher ungünstig, sodass Sertralin und Citalopram als erste Wahl für depressive Schwangere gelten. Das heisst aber wiederum nicht, dass diese SSRI nun völlig nebenwirkungsfrei für das Kind wären. Man weiss, dass SSRI in der Schwangerschaft bei Neugeborenen neben Anpassungsstörungen in Einzelfällen zu einer erhöhten Blutungsneigung und einem verlängerten QT-Intervall führen können. Generell gilt daher für jede Schwangerschaft unter Psychopharmaka, dass die Geburt in einer Klinik mit Neonatologie erfolgen sollte.

Auch Trizyklika können in Schwangerschaft und Stillzeit eingesetzt werden. Ihre Wirksamkeit ist etwa gleich gut wie die der SSRI, aber die unerwünschten anticholinergen Wirkungen und die Toxizität bei Überdosierung sind Nachteile dieser recht gut dokumentierten Substanzgruppe. Eine erhöhte Teratogenität durch Trizyklika ist

**Ziel ist es, für die Schwangere möglichst viel Stabilität mit möglichst wenig Medikamenten zu erreichen.**

nicht angewendet werden sollte, es sei denn, es sei dringend erforderlich. Das führt oft zu einem unüberlegten, reflexartigen Absetzen oder einer drastischen Dosisreduktion in der Schwangerschaft. Übersehen wird dabei, dass die Grunderkrankung, hier zum Beispiel die Depression, per se auch



### Zur Person

Dr. med. Antje Heck, Fachärztin für klinische Pharmakologie und Toxikologie FMH und Anästhesie FMH, leitet die Spezialsprechstunde Medikamente in Schwangerschaft und Stillzeit der Psychiatrischen Dienste Aargau AG (PDAG).

zwar nicht bekannt, aber zur Sicherheit sollte immer eine Ultraschallfeindiagnostik am Ende des ersten Trimenons erfolgen. Bei einer Neueinstellung wären Amitriptylin, Imipramin oder Nortriptylin wegen der umfangreichen Datenlage zu bevorzugen – natürlich immer als Monotherapie. Auch andere Dinge sind zu bedenken. Wenn die Mutter das Kind stillen möchte, sollte man zum Beispiel gar nicht erst mit Doxepin anfangen.

### Auch die Grunderkrankung, hier zum Beispiel die Depression, ist per se eine Gefahr für Mutter und Kind.

**ARS MEDICI:** Leidet das Neugeborene unter Entzugserscheinungen, wenn die Mutter während der Schwangerschaft Psychopharmaka eingenommen hat?

**Heck:** Man weiss, dass zirka 20 Prozent der Neugeborenen, die während der Schwangerschaft Psychopharmaka ausgesetzt waren, je nach Dauer und Substanz gewisse Anpassungsstörungen aufweisen können. Bei den SSRI sind die Symptome aber meist mild und selbstlimitierend. Sie treten auch nach anderen Psychopharmaka in der Schwangerschaft auf. Um Anpassungsstörungen zu vermeiden, raten manche Kollegen, die Psychopharmaka zwei Wochen vor dem Geburtstermin abzusetzen. Das ist aber nur eine Faustregel und keine evidenzbasierte Empfehlung, denn das Intervall hängt ja nicht zuletzt von der Halbwertszeit der jeweiligen Substanz ab. Ausserdem weiss man, dass Anpassungsstörungen eher von der Dauer der Exposition in der Schwangerschaft abhängen und weniger davon, wie nah an den Geburtstermin heran sie eingenommen werden. Sicher ist Absetzen sinnvoll, wenn es sich um ein Medikament handelt, das die Atmung beeinträchtigt, sedierend wirkt oder schwer für das Kind auszuschleiden ist. Die meisten Antidepressiva sind das aber nicht. Insofern finde ich es relativ gefährlich, bei Schwangeren mit hohem Risiko für das Auftreten eines neuen depressiven Schubs die Medikamente zwei Wochen vor dem errechneten Geburtstermin abzusetzen. Nur 4 Prozent aller Kinder kommen tatsächlich am Termin. Die Frau könnte also auch erst zwei Wochen später gebären. Im ungünstigsten Fall hätte sie dann vier Wochen lang keinen Schutz – und das in einer Phase, in der mit der postnatalen Depression ohnehin ein

erhöhtes Risiko droht. Ich rate darum eher dazu, das Antidepressivum auch kurz vor dem Geburtstermin nicht abzusetzen, ausser wie gesagt bei Substanzen, die toxisch oder schwer für das Kind auszuschleiden sind oder häufiger schwerere Anpassungsstörungen verursachen.

**ARS MEDICI:** Was ist nun konkret das Ziel der Beratung in Ihrer Spezialsprechstunde in Bezug auf Psychopharmaka?

**Heck:** Ziel der Konsultation ist es, für die Schwangere möglichst viel Stabilität mit möglichst wenig Medikamenten zu erreichen. Wenn mir eine Patientin von mehreren Absetzversuchen eines Antidepressivums in der Vergangenheit erzählt, nach denen die Depression immer wieder aufflackerte, dann ist klar, dass es nicht ohne geht. Zudem schauen wir, dass alle nicht medikamentösen Therapieoptionen ausgeschöpft sind. Es gibt aber auch andere Fälle, wie zum Beispiel kürzlich eine Frau mit Kinderwunsch, die vor Jahren einmal eine depressive Episode hatte und seitdem Paroxetin einnahm. Hätte ich diesen Fall nur als Konsil per E-Mail an den behandelnden Arzt erledigt, wäre meine Antwort vermutlich gewesen, auf Sertralin oder Citalopram umzustellen. Als mir die Frau aber gegenüber sass, stellte sich im Gespräch rasch heraus, dass sie eigentlich ganz gut ohne Antidepressivum auskommen könnte – und so war es dann auch. Es handelt sich also immer um ganz individuelle Fragestellungen, die man auch so beantworten muss. Aus diesem Grund hatte ich mich vor drei Jahren auch entschlossen, diese spezielle Sprechstunde aufzubauen. Der klinische Nutzen von Pauschalaussagen wie Medikament A ist in dieser Zeit geeigneter als Medikament B ist nämlich zweifelhaft und geht an den Bedürfnissen der einzelnen Patientin vorbei. Zudem besteht ein hoher Aufklärungsbedarf, dem wir mit unserer Beratung nachkommen.

**ARS MEDICI:** Setzen viele Schwangere ihre Psychopharmaka aus Angst um das Kind nicht sowieso einfach ab?

**Heck:** Ja, die Schwangeren setzen ihre Psychopharmaka oft selbst ab, oder sie werden von ihren Familien, dem Hausarzt, Gynäkologen oder dem Apotheker dazu gedrängt. Schon nach kurzer Zeit kann es dann sein, dass sie dekomensieren und dann wiederum leider recht lange, bis sie Hilfe suchen. Viele Patientinnen nehmen Psychopharmaka ein, ohne dass sie je einen Psychiater gesehen haben. Das finde ich sehr bedenklich, denn das heisst schliesslich auch, dass diese Frauen keine Psychotherapie machen, was ja eigentlich der wichtigste Behandlungspfeiler in der antidepressiven Therapie wäre. Am Ende sitzen mir dekomensierte, zum Teil schwer depressive Schwangere gegenüber, von denen ich einige sogar schon ins Spital einweisen musste, so schlecht ging es ihnen. Ein ebenfalls häufiges Phänomen ist, dass viele depressive Schwangere, egal wie schlecht es ihnen geht, um keinen Preis Medikamente nehmen wollen, um das Kind nicht zu gefährden. Das ist zwar verständlich, aber sie schiessen damit doch meist über das Ziel hinaus und gefährden sich und ihr Ungeborenes ebenfalls.

**ARS MEDICI:** Wie hoch ist das Risiko für Fehlbildungen beim Kind denn tatsächlich?

**Heck:** Das kommt wie gesagt auf das Medikament an. Generell gilt: Keine Panik, auch wenn eine Schwangerschaft

### Spezialsprechstunde Medikamente in Schwangerschaft und Stillzeit

Beratung und Information bei Kinderwunsch, in der Schwangerschaft und Stillzeit

Psychiatrische Dienste Aargau AG

Klinik Königsfelden

Qualitätszentrum für Medikamentensicherheit mediQ

Zürcherstrasse 241

5210 Windisch

Tel.: 052-462 21 86

E-Mail: schwangerschaft@pdag.ch

akzidentiell unter Psychopharmakagebrauch beginnt! Selbst eine Valproateinnahme würde keinen Schwangerschaftsabbruch ohne intensive Ultraschallfeindiagnostik rechtfertigen. Man darf auch nicht vergessen, dass schon als Basisrate bei 2 bis 3 Prozent aller Neugeborenen schwerwiegende Fehlbildungen vorliegen und bei 7 bis 14 Prozent kleinere Fehlbildungen. Medikamente, Chemikalien oder Genussmittel spielen dafür entgegen der allgemein verbreiteten Wahrnehmung eine eher untergeordnete Rolle: Man schätzt, dass 4 bis 5 Prozent der angeborenen Entwicklungsstörungen darauf zurückzuführen sind, während 20 Prozent auf das Konto bekannter Erbkrankheiten gehen und die genaue Ursache bei mehr als der Hälfte der Neugeborenen mit Fehlbildungen gar nicht bekannt ist. Die Ängste der Mütter betreffen nach meiner Erfahrung auch oft Fehlbildungen, die gar nichts mit Medikamenten zu tun haben. Was glauben Sie, wovor die meisten Schwangeren in meiner Sprechstunde Angst haben? Vor der Trisomie oder vor spastischen Lähmungen! Es geht also immer auch darum, die Frauen umfassend aufzuklären, wie gross ein bestimmtes Risiko tatsächlich ist und wodurch es tatsächlich ausgelöst wird. Es ist wichtig, die Angst zu nehmen und die vermeintliche Schuld.

#### ARS MEDICI: Sind Phytopharmaka eine Alternative?

**Heck:** Ich bitte die Frauen immer, dass sie mich umgehend informieren, sobald sie sich etwas frei Verkäufliches aus der Apotheke holen. Viele denken ja, dass Phytopharmaka überhaupt keinen Schaden anrichten könnten, aber das ist bekanntermassen nicht richtig. Zum Beispiel ist Johanniskraut als Monotherapie bei leichten Depressionen wahrscheinlich auch in der Schwangerschaft in Ordnung. Man muss aber daran denken, dass es verschiedene Leberenzyme induziert und damit die Wirksamkeit anderer Medikamente herabsetzen kann. Der bei Schlafstörungen beliebte Baldrian oder der Hopfen sind aus meiner Sicht unbedenklich. Passionsblume hingegen wirkt wehenauslösend, sodass man bei gemischten Tees aufpassen muss. Bei so schweren Depressionen, wie ich sie vorhin geschildert habe, nützen Phytopharmaka allerdings kaum etwas und wären als Monotherapie nicht zu verantworten.

**ARS MEDICI:** Vielleicht könnte man die Schwangere dann mit einer nicht ganz so hohen Dosis Antidepressiva überzeugen?

**Heck:** Nein, davon halte ich gar nichts. Entweder wir behandeln pharmakologisch – aber dann so, dass es zu einem wirkamen Plasmaspiegel führt –, oder wir behandeln nicht. Es ist leider so, dass in der Schwangerschaft gerne einmal gefühlsmässig die Hälfte von irgendetwas verabreicht wird, aber das entbehrt jeglicher Grundlage. Noch dazu verändert sich die Physiologie in der Schwangerschaft fundamental, und es kommt eher zu subtherapeutischen Plasmaspiegeln bei einer sonst ganz normalen Dosierung. Ziel ist sicher immer, die niedrigst wirksame Dosis herauszufinden, um eine zu hohe Exposition des Ungeborenen zu vermeiden. Je nach Medikament kann auch ein Dosisplitting Plasmaspitzenpiegel vermeiden. Im Zweifelsfall kann hier auch ein therapeutisches Drug-Monitoring durchgeführt werden.

#### ARS MEDICI: Bei welchen Medikamentenklassen besteht nach Ihrer Erfahrung die grösste Unsicherheit bei den behandelnden Ärzten?

**Heck:** Das sind zum einen die Antiepileptika, entweder mit der Indikation Epilepsie oder als sogenannte Mood-Stabilizer wie Carbamazepin, Valproat oder Lamotrigin. Zu den Mood-Stabilizern zählen auch Lithium oder atypische Antipsychotika wie Risperidon, Olanzapin, Quetiapin oder Ziprasidon. Hierunter finden sich einige teratogene Substanzen, und die Auswahl in der Schwangerschaft ist häufig schwierig. Jedoch bergen auch die meist eher schwerwiegenden Grunderkrankungen, für die diese Medikamente verordnet wurden, Risiken für die Mutter und das Ungeborene. Es würde an dieser Stelle aber zu weit führen, auf all diese Substanzen im Detail einzugehen.

Zum anderen sind Schlafstörungen und ihre medikamentöse Behandlung ein häufiges Thema in der Sprechstunde, und auch Neuroleptika sowie Schmerz- und Migränemedikamente geben Anlass zu Fragen.

Allgemein kann man sagen, dass jegliche Polypharmazie in der Schwangerschaft problematisch ist. In jedem Fall arbeite ich aber mit den behandelnden Ärzten eng zusammen und ändere eine Pharmakotherapie nicht ohne Rücksprache.

#### ARS MEDICI: Kommen wir nun noch zum Stillen. Wie sieht es in dieser Phase mit den Psychopharmaka aus?

**Heck:** Für mich persönlich hat dann die Gesundheit der Mutter Vorrang, jedoch muss ihr Stillwunsch berücksichtigt werden. In der Regel finden wir hier gangbare Möglichkeiten, die den Wunsch der Mutter berücksichtigen und eine ausreichende Stabilität gewährleisten. Doch man muss vorsichtig sein: Bei allen Frauen, aber gerade bei den psychiatrischen Patientinnen, sind Geburt und Mutterschaft einschneidende Lebensereignisse mit massiven Veränderungen in Paarbeziehung und Lebensalltag. Diese können zusätzliche Stressoren sein. Falls es dann zusätzlich mit dem Stillen nicht klappt, kann es zu einer Abwärtsspirale kommen. Die Mutter bekommt zu wenig Schlaf, ist frustriert, eine psychische Erkrankung kann sich rasch verschlechtern. In solchen Fällen muss man manchmal auch den Druck wegnehmen und vom Stillen abraten, auch wenn unter dem Medikament theoretisch gestillt werden könnte. Es kann für eine Mutter-Kind-Beziehung durchaus manchmal besser sein, wenn die Frau nicht stillt. Jedoch gibt es viele Mütter, die partout stillen wollen, auch wenn sie eher kritische Medikamente einnehmen

müssen. Prinzipiell ist das kein Problem, denn es gibt in allen therapeutischen Gruppen Substanzen, die für die Stillzeit eher geeignet sind, bei den SSRI zum Beispiel am ehesten das Sertralin. Bei den sogenannten Mood-Stabilizern sind interessanterweise eher diejenigen für die Stillzeit geeignet, die als humane Teratogene gelten, nämlich Valproat und Carbamazepin. Hier rate ich aber klar vom Stillen ab, da eine erneute Schwangerschaft auch in der Stillzeit möglich ist und dann teratogene Schäden eintreten können. Lamotrigin hingegen, welches von den antiepileptischen Mood-Stabilizern am ehesten in der Schwangerschaft gegeben werden kann, eignet sich nicht für die Stillzeit, da die Substanz beim Kind kumulieren könnte. Bei einer Polymedikation ist in der Regel eher vom Stillen abzuraten, da der Nettoeffekt auf das Kind nicht abzuschätzen ist.

---

**ARS MEDICI: Welchen allgemeinen Rat für die Praxis möchten Sie unseren Leserinnen und Lesern in puncto Psychopharmaka in Schwangerschaft und Stillzeit geben?**

**Heck:** Ich denke, dass es primär wichtig ist, die Risiken einer psychischen Erkrankung für Mutter und Kind nicht zu vernachlässigen und diese in Relation zum Nebenwirkungspotenzial der entsprechenden Medikamente zu betrachten. Diese Einschätzung ist eine individuelle, zeitintensive und mitunter sehr komplexe Sache, sodass ich empfehlen möchte, bei Schwangerschaft oder Kinderwunsch einer Patientin den Rat bei einem Spezialisten oder bei uns in der Spezialsprechstunde zu suchen. ❖

**Das Interview führte Renate Bonifer.**