

# Postpartale Depression

## Symptomatik, Prävention, Therapie

Etwa 10 bis 15% der Frauen leiden nach der Geburt an einer behandlungsbedürftigen postpartalen Depression. Trotz regelmässiger Mutterschaftsvorsorge werden nur zirka 18% aller psychiatrischen Diagnosen erfasst. Ein Routinescreening sollte bei allen Schwangeren und frisch entbundenen Frauen durch Gynäkologen (oder Hebammen) stattfinden. Eine nicht behandelte Depression kann zu Suizidalität und schweren Störungen der Mutter-Kind-Beziehung führen.

ANKICA GING

Die Mutterschaft ist ein vielschichtiges Ereignis, das mit ausgeprägten Veränderungen des Körpers, des Hormonhaushalts, aber auch mit psychosozialen Anpassungen wie Rollenwechsel, Veränderung der Partnerschaft, der beruflichen und auch der finanziellen Situation einhergeht. Wenn man bedenkt, dass lediglich 50% der Schwangerschaften geplant sind, impliziert bereits die Feststellung der Schwangerschaft einen individuellen Anpassungsprozess bei der betroffenen Frau. Gelingt dieser nicht, können schon in der Schwangerschaft Anpassungsstörungen, Angstzustände, aber auch depressive Entwicklungen bis zu einer manifesten Schwangerschaftsdepression entstehen.

Bei der Begleitung von psychiatrisch vorbelasteten schwangeren Frauen ist neben dem erwähnten Anpassungsprozess auch die Auswirkung einer Schwangerschaft auf die Grunderkrankung mit zu berücksichtigen. Nicht jede Mutter kann sich nach der Geburt über ihr Kind freuen: Etwa 10 bis 15% der Mütter entwickeln eine behandlungsbedürftige Depression (1), die man aufgrund ihres zeitlichen Zusammenhanges mit der Geburt als postpartale Depression (PPD) oder Wochenbettdepression bezeichnet. Leider ist die postpartale Depression in unserer Gesellschaft nach wie vor tabuisiert. Aus Scham, Schuldgefühlen oder Angst verschweigen die betroffenen Mütter ihr psychisches Befinden. Nur rund 20 bis 40% der depressiven Frauen nehmen daher professionelle Hilfe in Anspruch (2). Von den behandelnden Ärzten werden die depressiven Symptome nicht aktiv erfragt und daher oft nicht erkannt.

### **Differenzialdiagnose psychiatrischer Erkrankungen im Postpartum**

Bei den psychiatrischen Erkrankungen im Postpartum handelt es sich grundsätzlich um die gleichen Störungsbilder, die man auch unabhängig von der

Schwangerschaft und dem Wochenbett sieht. Meist sind es Angsterkrankungen oder depressive Episoden. Die «Heultage» kommen am häufigsten vor (40–80%). Sie treten in der ersten Woche nach der Entbindung auf und sind durch eine ausgesprochene Affektlabilität, Weinerlichkeit und ängstliche Besorgtheit gekennzeichnet. Meist klingen diese Symptome innerhalb weniger Stunden oder Tage ab. Persistieren die Symptome länger als 2 Wochen, sollte differenzialdiagnostisch eine *postpartale Depression* ausgeschlossen werden.

1 bis 2 von 1000 Wöchnerinnen entwickeln in den ersten drei Monaten nach der Geburt eine Psychose. Die *postpartale Psychose* ist die schwerste Form einer psychischen Erkrankung im Postpartum. Meist tritt sie abrupt in den ersten Tagen nach der Geburt auf und ist gekennzeichnet durch eine ausgeprägte Verwirrtheit, Ratlosigkeit, eine gesteigerte oder gehemmte Psychomotorik sowie einen rasch wechselnden Affekt (Glücksgefühle, Ängste). Die postpartale Psychose wird häufig von Halluzinationen oder Wahn begleitet. Eine postpartale Psychose ist wegen der bestehenden Selbst- und Fremdgefährdung eine psychiatrische Notfallsituation und bedarf einer stationären Behandlung in einer psychiatrischen Klinik (vgl. *Abbildung 1*).

### **Häufigkeit**

Trotz der regelmässigen Kontakte während der Schwangerschaftsuntersuchungen werden nur zirka 18% der psychiatrischen Diagnosen in der Schwangerschaft erkannt (3). Beinahe 20% der Frauen leiden bereits in der Schwangerschaft an einer depressiven Symptomatik (4).

10 bis 15% entwickeln eine manifeste postpartale Depression. Das entspricht zwar auch der Prävalenzrate von depressiven Erkrankungen bei nicht schwangeren Frauen (5), dennoch zeigt die Depression in der

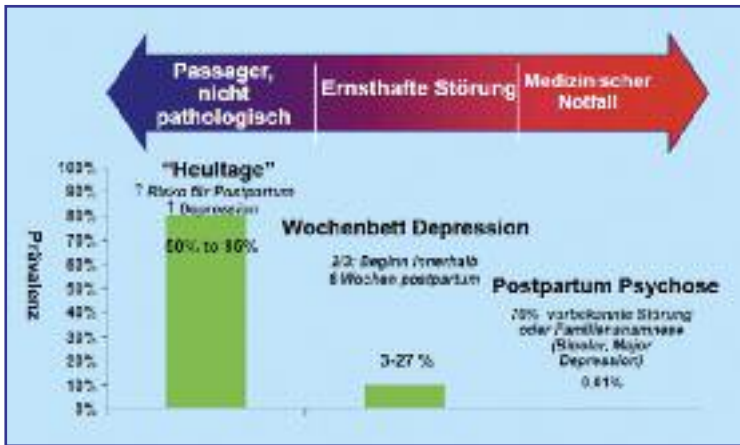


Abbildung 1: Häufigkeit der postpartalen Störungen (adaptiert nach Cohen LS. *Depress Anxiety* 1998; 1: 18–26)

Abbildung 2: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (nach Cox et al. *Br J Psychiatry* 1987)

Schwangerschaft und im Wochenbett einige Besonderheiten: Oft werden die Kernsymptome der Depression wie Schlafstörungen und verminderter Appetit während der Schwangerschaft durch schwangerschaftsbedingte physiologische Veränderungen überdeckt. Postpartal werden depressive Symptome mit einer geburtsbedingten Erschöpfung verwechselt. Wenn sich eine Frau über die Schwangerschaft oder nach der Geburt über ihr Kind nicht freuen kann, sollte das den Behandler hellhörig machen. Mithilfe der Edinburgh Postnatal Depression Scale kann eine depressive Symptomatik sowohl während der Schwangerschaft als auch postpartal rasch erfasst werden. Die deutsche Version des Fragebogens kann unter [www.mace-gesellschaft.de](http://www.mace-gesellschaft.de) heruntergeladen werden (Abbildung 2).

### Definition der postpartalen Depression

Als postpartale Depression werden alle behandlungsbedürftigen depressiven Erkrankungen zusammengefasst, die während eines Jahres nach der Entbindung auftreten. Die Frage, ob die postpartale Depression ein eigenständiges Krankheitsbild darstellt, wurde lang unterschiedlich beurteilt. Heute geht man davon aus, dass die postpartale Depression kein spezifisches Krankheitsbild ist und sich somit nicht von einer depressiven Episode in einem anderen Lebensabschnitt unterscheidet. Für die postpartale Depression gibt es weder im ICD-10 noch im DSM-5 eigenständige diagnostische Kriterien. Kodiert wird sie unter F32.xx beziehungsweise F33.xx; mit O99.3 kann zusätzlich der Zeitpunkt des Auftretens spezifiziert werden. Im DSM-5 existiert eine Zusatzkodierung für depressive Störungsbilder mit postpartalem Beginn, die für depressive Erkrankungen innerhalb der ersten 4 Wochen nach der Geburt eines Kindes vorgesehen sind (Abbildung 3).

### Ätiologie der postpartalen Depression

Bisher konnten keine spezifischen Risikofaktoren zum Zeitpunkt der Geburt gefunden werden, die eine postpartale Depression erklären würden (6). In der Metaanalyse von Beck (7) wurden diverse Prädiktoren für eine postpartale Depression gefunden, wobei psychopathologische Auffälligkeiten der Frau vor der Schwangerschaft sowie eine mangelnde soziale/partnerschaftliche Unterstützung bedeutend sind. Der wichtigste Risikofaktor scheint eine vorbestehende Depression zu sein. Zu beachten ist, dass ein Drittel der Frauen bereits in der Schwangerschaft an einer Depression leidet (5). Auch ein prämenstruelles dysphorisches Syndrom (PMDS) oder Stimmungsveränderungen unter Antikonzeptiva scheinen die postpartale Depression zu begünstigen (8).

### Klinisches Bild der postpartalen Depression

Das klinische Bild der postpartalen Depression unterscheidet sich nicht grundsätzlich von anderen depressiven Episoden. Dennoch gibt es Besonderheiten: Inhaltlich ist die depressive Symptomatik mit der Auseinandersetzung des Kindes und der Mutterschaft geprägt. Mütter mit einer postpartalen Depression können sich nicht über ihr Kind freuen oder berichten von einer Gefühllosigkeit ihm gegenüber. Dies wiederum führt zu Schuld- und Insuffizienzgefühlen bei den Müttern. Die Frauen erleben sich als «schlechte Mütter», die nicht in der Lage sind, die Bedürfnisse des Kindes abzudecken. Auftretende Stillprobleme verstärken die Insuffizienzgefühle. Besonders belastend und beschämend erleben Mütter mit

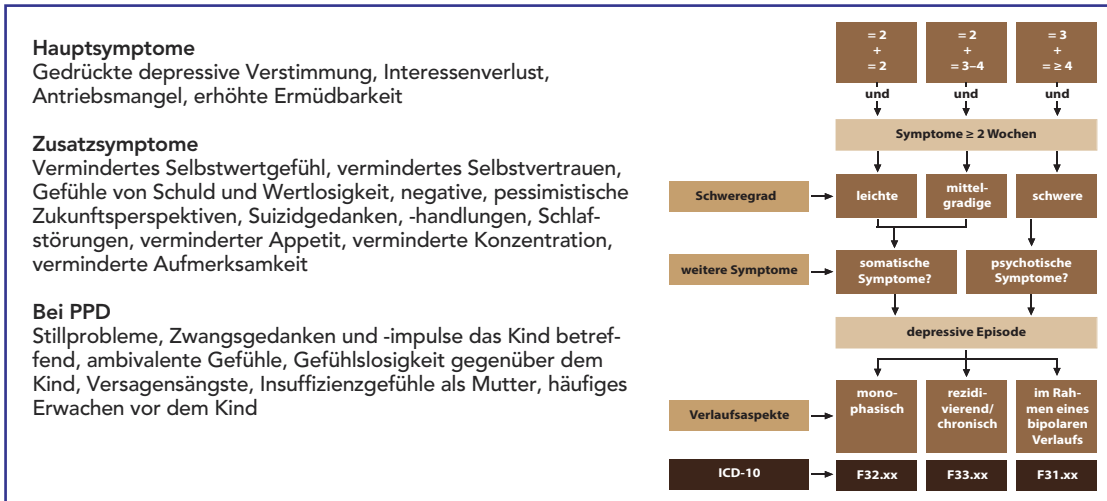


Abbildung 3: Diagnosealgorithmus für unipolare Depression gemäss S3-Leitlinie, ergänzt um Besonderheiten der postpartalen Depression (PPD) (nach Hübner-Liebermann B et al. Dtsch Arztebl int 2012; 109[24]: 419-424)

einer postpartalen Depression Zwangsgedanken respektive Impulse, ihrem Kind etwas anzutun (14). Suizide und Suizidversuche treten in der Schwangerschaft relativ selten auf. Die Sorge um das ungeborene Kind und der engmaschige Kontakt zum Gesundheitssystem im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge scheinen protektiv zu wirken. Dennoch sind Suizide die häufigste Ursache für die mütterliche Mortalität in der Schwangerschaft (9). Erst an zweiter Stelle folgen kardiale und andere somatische Erkrankungen (Tabelle).

**MERKE:**

*Die postpartale Depression ist in unserer Gesellschaft nach wie vor tabuisiert: Wenn sich eine Frau nach der Geburt über ihr Kind nicht freuen und keine Beziehung zu ihm aufbauen kann, ist an eine postpartale Depression zu denken. Zwangsgedanken, Impulse, dem Kind etwas antun zu können, sowie Suizidgedanken müssen aktiv bei der betroffenen Frau nachgefragt werden.*

**Behandlung der postpartalen Depression**

Die Behandlung der postpartalen Depression unterscheidet sich nicht von der Behandlung einer depressiven Episode in einem anderen Lebensabschnitt. In einem ersten Schritt erfolgt die Aufklärung über das Krankheitsbild, die Entlastung von Schuldgefühlen sowie die Einleitung von supportiven Massnahmen. Bei psychiatrisch vorbelasteten Müttern kann eine länger andauernde Schlaflosigkeit zu einer Aggravierung der Grunderkrankung führen. Die Sicherstellung des Schlafs der betroffenen Mutter ist daher prioritär. Durch den Miteinbezug des Partners und des internen (Familie, Bekannte) und externen (Hebammen) Helfersystems wird die Betreuung des

Kindes gewährleistet. Dadurch werden die betroffenen Mütter entlastet und können gleichzeitig eine Beziehung zu ihrem Kind aufbauen.

Die kognitiv-behaviorale und interpersonelle Psychotherapie (IPP) (10) sind auf die Behandlung postpartaler Depression gut adaptiert (11). Mit der IPP können die verschiedenen Rollenkonflikte der Frauen (Sistieren der Erwerbstätigkeit nach der Geburt, Angst vor Autonomieverlust durch finanzielle Abhängigkeit vom Partner etc.), aber auch der Übergang in die neue Mutterrolle reflektiert werden. Eine Mutter-Kind-zentrierte Intervention bei Müttern mit postpartaler Depression verbessert nicht nur die Depressivität der Mutter, sondern auch die Mutter-Kind-Beziehung (12). Je nach Schweregrad der Erkrankung wird auch eine antidepressive Medikation benötigt. Bewährt haben sich Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) (z.B. Sertralin, das auch mit dem Stillen vereinbar ist). Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung während der Schwangerschaft und in der Stillzeit können beim Pharmakovigilanzzen-

Tabelle:

**Zusammenstellung der postpartalen Symptome**

- Depressive Verstimmung/Reizbarkeit
- Interessenverlust
- Antriebsstörung
- Energiemangel, chronische Erschöpfung
- Konzentrationsstörungen
- Schlaf- und Appetitstörungen
- Ängste
- Zwangsgedanken (Angst, das Baby nicht gut versorgen zu können oder es zu verletzen)
- Gefühl, mit dem Kind nichts anfangen zu können
- Schuld- und Insuffizienzgefühle dem Kind gegenüber
- Suizidgedanken

trum für Embryonaltoxikologie ([www.embryotox.de](http://www.embryotox.de)) erfragt werden.

### Stationäre Mutter-Kind-Behandlung

Bei schweren Depressionen und einem erhöhten Suizidrisiko ist eine stationäre Behandlung oft nicht zu umgehen. Eine anhaltende Trennung von Mutter und Kind ist zwar, wenn immer möglich, zu vermeiden, da eine solche den Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung erschwert. Stationäre Angebote für Mutter und Kind ermöglichen eine Aufnahme der Mütter mit ihren Kindern.

In der Schweiz sind die Angebote für eine stationäre Mutter-Kind-Behandlung leider nur vereinzelt vorhanden und kaum untereinander vernetzt. Zudem fehlt ein standardisiertes spezialisiertes Behandlungsangebot für postpartal erkrankte Mütter. In der Privatklinik Wyss, in der SGM-Klinik Langenthal, im Spital Affoltern am Albis und auch im Kriseninterventionszentrum der Universitären Psychiatrischen Dienste in Bern können Mütter mit postpartaler Depression gemeinsam mit ihren Kindern aufgenommen werden. Weitere Angebote sind auf der Webseite des Vereins Postnatale Depression Schweiz zu finden.

Für eine stationäre Aufnahme mit dem Kind sollte die Mutter psychisch so stabil sein, dass keine Selbst- oder Fremdgefährdung mehr besteht. Gleichzeitig sollten die Mütter auch in der Lage sein, sich um ihre Kinder zu kümmern. Ein spezialisiertes Mutter-Kind-Angebot, das nebst der Grundbehandlung der Mutter ein interaktionales Therapieprogramm anbietet, verbessert auch die Mutter-Kind-Beziehung (12). Ein Baustein des interaktionalen Therapieprogramms sind Videoaufnahmen von Mutter und Kind in Alltagssituationen, zum Beispiel beim Wickeln oder Spielen, die nachfolgend psychotherapeutisch bearbeitet werden (13).

Viele Mütter sind beschämt und verzweifelt darüber, dass sie keine Zuneigung zu ihrem Kind empfinden können. Durch die Förderung von entspannten Mutter-Kind-Kontakten (Spielen, Babymassage, Erlernen von Beruhigungstechniken) kann die Mutter-Kind-Beziehung gefördert werden. Damit können die Schuld- und Insuffizienzgefühle der betroffenen Mütter gemindert und der Genesungsprozess beschleunigt werden.

Eine ambulante Müttergruppe, die sich mit den Anforderungen, die eine Mutterschaft mit sich bringt, auseinandersetzt, sowie der Miteinbezug der Väter und der Angehörigen sind weitere Bausteine des interaktionalen Therapieprogramms (14).

### Zusammenfassung

Depressionen in der Schwangerschaft und im Wochenbett sind häufig, werden aber zu wenig erfasst. Mithilfe der Selbstbeurteilungsbögen der Edinburgh

Postnatal Depression Scale können die depressiven Symptome bereits in der Schwangerschaft von den physiologischen schwangerschaftsbedingten Anpassungen unterschieden und entsprechend behandelt werden. Die Folgen einer unbehandelten Depression wie Suizidalität und Substanzmissbrauch können somit frühzeitig coupiert werden. Durch die frühzeitige Behandlung der postpartalen Depression können Störungen des Bindungsverhaltens vermieden werden.

Für die optimale Behandlung der Schwangerschaftsdepression und der postpartalen Depression ist eine Zusammenarbeit zwischen der Psychiatrie und der Gynäkologie unabdingbar und sollte zukünftig noch verstärkt werden. Die Ausarbeitung eines standardisierten spezialisierten Behandlungsangebots für postpartal erkrankte Mütter sowie die Vernetzung der Institutionen, die eine stationäre Mutter-Kind-Behandlung anbieten, ist dringend notwendig. Nur so können die betroffenen Frauen schnell und koordiniert professionelle Hilfe erhalten. ■



med. pract. Ankica Ging  
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern  
E-Mail: [ankica.ging@gef.be.ch](mailto:ankica.ging@gef.be.ch)

Leiterin Gynopsychiatrische Sprechstunde  
und Mutter-Kind-Einheit  
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern  
[Ankica.ging@gef.be.ch](mailto:Ankica.ging@gef.be.ch)

Leiterin geburtshilflich-psychiatrische  
Sprechstunde  
Inselspital  
[Ankica.ging@insel.ch](mailto:Ankica.ging@insel.ch)

#### Quellen:

1. Riecher-Rössler A.: Psychische Störungen und Erkrankungen nach der Erkrankung: *Fortschr Neurol Psychiatr* 1997; 65: 97–107.
2. McGarry J, Kim H, Sheng X.: Postpartum depression and help-seeking behavior. *J Midwifery Womens Health* 2009; 54: 50–56.
3. Kelly RH, Zatzick DF, Anders TF.: The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 213–219.
4. Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL.: Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J Womens Health* 2003; 12: 373–380.
5. Dietz PM et al.: Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 1515–1520.
6. Riecher-Rössler A.: Psychische Störungen nach der Entbindung. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1997; 65: 97–107.
7. Beck CT.: Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 2001; 50: 275–285.
8. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E.: Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *J Affect Disord* 2005; 88: 9–18.
9. The Eighth Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. *BJOG* 2011; 118 Suppl 1: 1–203.
10. Schramm E.: *Interpersonelle Psychotherapie*. Schattauer, Stuttgart 1996.
11. Stuart S et al.: The prevention and psychotherapeutic treatment of postpartum depression. *Arch Womens Ment Health* 2003; 6 (Suppl. 2): 57–69.
12. Murray L et al.: Controlled trial of the short-and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. 2. Impact on the mother-child relationship. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 420–427.
13. Downing G.: Videomikroanalysetherapie. In: Scheuerer-English H, Suess GJ, Pfeifer EK.: *Bindungswissen in Diagnostik und Intervention*, Psychosozial-Verlag, Giessen 2003: 51–67.
14. Riecher-Rössler A et al.: Die Mutter mit postpartaler psychischer Erkrankung. In: *Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis*. Urban und Fischer. München 2005: 375–387.

Interessenkonflikte: keine.