

Postpartale Depression

Besser vorbeugen als behandeln

Postpartale Depressionen (PPD) sind häufig und haben Auswirkungen nicht nur auf die Mutter, sondern auch auf das Kind. Die Besonderheiten der PPD legen nahe, schon während der Schwangerschaft Risikofaktoren einer PPD zu erheben und für vulnerable Schwangere ein Unterstützungskonzept zu entwickeln.



La dépression du post-partum (DPP) se rencontre fréquemment, avec des répercussions négatives non seulement sur la mère, mais aussi sur l'enfant. Les particularités de ces tableaux cliniques suggèrent de chercher des facteurs de risque déjà pendant la grossesse et de développer des concepts de soutien pour les parturientes vulnérables déjà avant l'accouchement.

Postpartale Depressionen (PPD) gehören mit einer Prävalenz von 10–15% zu den häufigsten Komplikationen der Stillzeit (1). Es handelt sich hierbei um ernstzunehmende Störungen, die in Schweregrad und Dauer einer depressiven Episode entsprechen und damit weit über den kurzen und selbstlimitierenden Baby blues im Wochenbett hinausgehen (2). Der Begriff PPD ist rein deskriptiv zu verstehen. Es gibt unterschiedliche Verlaufsformen: Depressionen, die bereits während der Schwangerschaft begannen und postpartal fortbestehen; andere, die direkt nach der Entbindung, quasi aus dem Baby Blues heraus, sich entwickeln; und andere, die erst im Verlauf der nächsten Wochen und Monate postpartal auftreten (3).

Das besondere an PPD ist weniger eine spezifische Depressions-symptomatik, sondern vielmehr die Tatsache, dass eine Depression, die postpartal vorkommt, eine Frau in ihrer Adaptation sowie in ihrer Ausübung der Mutterschaft erheblich beeinträchtigen kann.

Klinische Erfahrungen

Eine PPD hat damit immer auch Implikationen für das Kind und den weiteren familiären Kontext (4). Klinisch imponieren Patientinnen mit PPD häufig mit Schlaflosigkeit, Erschöpfung, einem allgemeinen Erleben von Überforderung, Traurigkeit, Emotionslosigkeit oder Gereiztheit und der Schwierigkeit, eine adäquate Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen (5). Dieses innere Empfinden steht im Gegensatz zu den eigenen Erwartungen oder denen des Umfeldes, so dass die Betroffenen sehr oft Scham- und Schuldgefühle entwickeln, die wiederum einer Hilfe im Wege stehen.

Mögliche Konsequenzen einer PPD sind eine Chronifizierung mit sekundären Folgeschäden wie Paar- und Familienkonflikte und sozialer Desintegration. Für den Säugling kann die PPD ernsthafte Folgen haben: Durch die PPD kann die Mutter zu sehr mit sich selbst absorbiert sein, so dass sie auf kindliche Signale nicht adäquat reagieren kann. Andererseits kann die Mutter-Kind-Beziehung von Überängstlichkeit und Intrusivität geprägt sein. Beides ist



Dr. med. Thorsten Mikoteit
Solothurn

für die gesunde frühkindliche Entwicklung schädlich. Suizidalität mit oder ohne Infantizid ist, wenn auch nur selten, die schwerste Komplikation einer PPD, und Hinweise darauf müssen sehr ernst genommen werden (2).

Aus diesen klinischen Erfahrungen, d.h. der Tabuisierung der Störung, der Tatsache, dass die PPD erst nach Aufenthalt auf der Geburtsabteilung zum Tragen kommt und den möglichen weitreichenden Konsequenzen für Mutter und Kind, ergibt sich für die Geburtshilfe eine Reihe von Implikationen.

Implikationen für die Geburtshilfe

Es scheint unabdingbar zu sein, das Risiko einer postpartalen Notlage bzw. einer PPD schon während der Schwangerschaft einzuschätzen, um vorbeugende Massnahmen und ein Konzept für die anspruchsvolle, ambulante Versorgung im Postpartum zu erstellen. In der Regel ist die Zeit auf der Wochenbettstation zu kurz, um für den Bedarfsfall ein tragfähiges Konzept aufzugleisen.

TAB. 1 Risikofaktoren für eine Postpartale Depression (PPD)

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

Wegen der Tabuisierung von psychischen Störungen ist es wichtig, besondere Stressbelastungen, Depressivität und Risikofaktoren bereits während der Schwangerschaft aktiv zu erheben. In der Tat sind die klinischen Risikofaktoren für eine PPD gut bekannt (Tab. 1) und lassen sich im Rahmen einer gründlichen Anamnese leicht erfragen (6). Depressive und andere psychiatrische Vorerkrankungen bzw. Vorbehandlungen sollten immer ein Hinweis auf eine erhöhte postpartale Vulnerabilität sein. Stressbelastungen wie instabile Lebensverhältnisse, Mangel an sozialer Unterstützung oder gravierende Lebensereignisse sollten erfragt werden. Eine erhöhte Ängstlichkeit bezogen auf die Schwangerschaft und Geburt ist ebenfalls ein gut belegter Risikofaktor.

Ein wertvolles Screening-Instrument für eine aktuelle Depression während der SS wie auch postpartal ist die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), ein Selbstbeurteilungsfragebogen aus 10 Fragen, der weltweit validiert wurde und für diesen Zweck von Primärversorgern, Hebammen und anderen Hilfspersonen eingesetzt wird (7). Der EPDS kann unter <http://www.postnatale-depression.ch/de/selbsttest.html> in verschiedenen Sprachen heruntergeladen werden. Ein Summenscore von ≥ 10 legt eine weitere Abklärung nahe, ein Wert ≥ 13 spricht für das Vorliegen einer Depression. Sollte eine Schwangere im Depressionsscreening ein positives Ergebnis haben oder Risikofaktoren aufweisen, die auf die Entwicklung einer PPD hinweisen, sollte sie darüber aufgeklärt werden. Es sollte eine Beratung stattfinden und Unterstützungsmöglichkeiten sollten aufgezeigt werden, um Stress zu reduzieren. Bei vorhandener Depression sollte eine Mitbetreuung durch einen psychosomatisch orientierten Primärversorger oder einen Psychiater mit perinatalem Know-how angestrebt werden. Weitere Therapieoptionen entnehmen Sie der Tabelle 2.

Neuropsychobiologische Forschungsergebnisse

Die Ergebnisse der neuropsychobiologischen Forschung kindlicher Entwicklung führen immer mehr zu der Erkenntnis, dass pränatale Stress-Expositionen auf Seiten der Schwangeren nachhaltige Effekte auf die Gesundheit des Kindes und späteren Erwachsenen haben (8–11). Der Fetus wird zwar vor der schädlichen Wirkung mütterlicher Stresshormone (Cortisol) durch die Placenta-

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	
• evtl. Lichttherapie	
• Entspannungsverfahren	
• Stationäre Behandlung (Mutter-Kind-Setting)	

schranke abgeschirmt, was namentlich durch das Cortisol-inaktivierende Enzym 11Beta-HSD-Typ2 geschieht. Bei schwerem oder chronisch anhaltendem Stress und hohen Glukokortikoid-Expositionen versagt aber dieses System. Zum Beispiel konnte nachgewiesen werden, dass 11Beta-HSD-2 unter chronischer Stressbelastung herunter reguliert wird. Je nach Trimenon hat das unterschiedliche Folgen. Eine Exposition des Feten im ersten Trimenon scheint eine Programmierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse zu bewirken, die lebenslang anhält und dazu führen kann, dass das Kind später ebenfalls ein erhöhtes Risiko für stressassoziierte Störungen wie Angst- und Depressionen, aber auch kardiovaskuläre Krankheiten hat. Diese Zusammenhänge konnten durch epigenetische Untersuchungen des Nabelschnurblutes und grosser Kohortenstudien unterstützt werden (12–14). Eine Exposition in der Spätschwangerschaft führt eher zu einem Frühgeburtsrisiko oder einem kleineren Geburtsgewicht.

Wenn man davon ausgeht, dass mütterlicher Stress sowie eine höhere Vulnerabilität Hauptrisiken für die Entwicklung von PPD sind, liegt es nahe, neben Stress entlastenden Interventionen nach einer Verbesserung der Stressresilienz zu suchen. Hier kommt dem mütterlichen Schlaf eine hohe Bedeutung zu (15). Tatsächlich klagten selbst gesunde Frauen sehr häufig über Schlafstörungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Bei PPD ergibt sich allerdings ein

Take-Home Message

- ◆ Die postpartale Depression ist eine häufige und ernst zu nehmende Erkrankung, mit weitreichenden Folgen für Mutter und Kind.
- ◆ Häufige und leicht zu erfragende Schlüsselsymptome sind Schlafstörungen und Erschöpfung, ein allgemeines Gefühl der Überforderung, Traurigkeit oder Gereiztheit sowie die Unfähigkeit, Gefühle für das Kind zu entwickeln.
- ◆ Risikofaktoren für eine PPD sind bereits in der Schwangerschaft zu erheben, um vorbeugen zu können, wie z.B. durch beratende oder unterstützende Massnahmen sowie Planung eines postpartalen Helfer-Netzwerks.
- ◆ Stress in der Schwangerschaft gilt als nachhaltig wirksame Exposition des Kindes mit erhöhtem Risiko, selbst später an psychischen und somatischen Störungen zu erkranken.
- ◆ Bei schweren Depressionen mit Suizidalität oder bei vorbekannten rezidivierenden affektiven Störungen sollte immer die Zusammenarbeit mit einer Psychiaterin/einem Psychiater mit perinatalem Know-how gesucht werden.

Messages à retenir

- ◆ La dépression du postpartum est une maladie fréquente qu'il s'agit de prendre au sérieux. Elle a des répercussions profondes sur la mère et l'enfant.
- ◆ Les symptômes-clés, faciles à dépister, sont les troubles du sommeil, l'épuisement, le sentiment d'être dépassée partout, la tristesse ou l'irritabilité et l'incapacité de développer des sentiments adéquats envers l'enfant.
- ◆ Les facteurs de risque sont identifiables déjà pendant la grossesse. Leur dépistage permet d'agir en amont, par des consultations de conseil et de soutien et la construction d'un réseau d'aide au postpartum.
- ◆ Le stress pendant la grossesse représente un facteur qui expose l'enfant in utero durablement au risque de développer plus tard des troubles psychiques ou somatiques.
- ◆ En cas d'état dépressif grave avec des idées suicidaires ou en présence de troubles affectifs récidivants connus, la collaboration avec un/une psychothérapeute ayant de bonnes connaissances en périnatalogie doit être cherchée.

Teufelskreis: Insomnie ist ein Kernsymptom der PPD, die Schlafdeprivation verstärkt wiederum den negativen Affekt am Tage, das Insuffizienz- und Stresserleben und weitere Depressionssymptome. Darum ist die Unterstützung von erholsamem Schlaf im Postpartum ein wichtiger Ansatzpunkt für Therapie. Dies betrifft auch die Versorgungssituation des Kindes in der Nacht. In manchen Fällen kann Abstillen eine sinnvolle Lösung sein. Bei Schrei- und Fütterungsstörungen des Kindes sollten die Dienste einer Schrei-Baby-Sprechstunde in Anspruch genommen werden.

Medikamentöse Behandlung

Zuletzt noch ein Wort zur medikamentösen Behandlung von PPD: Aus psychiatrischer Sicht ist der Einsatz von Antidepressiva nur bei mittel- bis schweren Depressionen in Schwangerschaft und Stillzeit gerechtfertigt. Es ist eine fachärztliche Risiko-Nutzen-Abwägung vorzunehmen, die neueste Erkenntnisse zu den Risiken mit einbezieht. Ein gutes Nachschlagewerk für alle relevanten Psychopharmaka ist unter www.embryotox.de zu finden. Allgemein hat sich die Auffassung durchgesetzt, dass der Fetus durch eine schwere Depression der Mutter einer gravierenderen Exposition ausgesetzt ist als durch die aktuell als sicher erscheinenden Antidepressiva (16, 17). Meistens werden Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) wie Sertralin oder Escitalopram verordnet. Über Risiken, insbesondere das häufiger vorkommende Neonatale Anpassungssyndrom (30% vs. 15%), welches in der Regel keiner weiteren Intervention bedarf, müssen Schwangere aufgeklärt werden. Frauen, die während der Schwangerschaft Psychopharmaka eingenommen haben, sollten in Kliniken entbinden, die eine neonatale Versorgung gewährleisten können. Die Evidenz für eine Hormonersatztherapie (z.B. 17 Beta-Estradiol) gilt als ungenügend (17). Dahingegen ist die Wirkung von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen gut belegt (18).

Zusammenfassend legen es die besonderen Gegebenheiten der PPD nahe, schon während der Schwangerschaft Risikofaktoren einer PPD zu erheben und für vulnerable Schwangere ein Unterstützungskonzept zu entwickeln. Hohe Stressbelastungen und Depressionen während der Schwangerschaft sollten unbedingt behandelt werden. Die Exposition des Feten kann nachhaltige Einflüsse auf dessen spätere Gesundheit haben.

Dr. med. Thorsten Mikoteit

Chefarzt Stv./Leitender Arzt
 Psychiatrische Dienste, Solothurner Spitäler AG
 Behandlungszentren für Angst, Depression und Psychosomatik
 Weissensteinstrasse 102, 4503 Solothurn
thorsten.mikoteit@spital.so.ch

+ **Interessenskonflikt:** Der Autor hat keinen Interessenskonflikt im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

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. O'Hara MW, McCabe JE. (2013) Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol* 9: 379–407.
3. Postpartum Depression: Action Towards Causes and Treatment (PACT) Consortium. (2015) Heterogeneity of postpartum depression: a latent class analysis. *Lancet Psychiatry*. 2:59–67.
4. Guyon-Harris K, Huth-Bocks A, Lauterbach D, Janisse H. (2016) Trajectories of maternal depressive symptoms across the birth of a child: associations with toddler emotional development. *Arch Womens Ment Health*. 19: 153–65.
5. Williamson JA, O'Hara MW, Stuart S, Hart KJ, Watson D. (2015) Assessment of postpartum depressive symptoms: the importance of somatic symptoms and irritability. *Assessment*. 22:309–18.
6. Silverman ME, Reichenberg A, Savitz DA, Cnattingius S, Lichtenstein P, Hultman CM, Larsson H, Sandin S. (2017) The risk factors for postpartum depression: A population-based study. *Depress Anxiety*. 34: 178–187.
7. 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.
8. Glover V. (2011) Annual Research Review: Prenatal stress and the origins of psychopathology: an evolutionary perspective. *J Child Psychol Psychiatry* 52: 356–67
9. Reynolds RM, Labad J, Buss C, Ghaemmaghami P, Räikkönen K. (2013) Transmitting biological effects of stress in utero: implications for mother and offspring. *Psychoneuroendocrinology*. 38:1843–9.
10. Van den Bergh BR, Mulder EJ, Mennes M, Glover V. (2005) Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. *Neurosci Biobehav Rev*. 29:237–58.