

## **Depression in der frühen Mutterschaft\***

Thorsten Mikoteit, Anita Riecher-Rössler

### **Zusammenfassung**

*Bei den postpartalen depressiven Störungen handelt es sich - abgesehen von der kurzfristigen Verstimmung des sogenannten Blues - um ernst zu nehmende Erkrankungen mit potentiell schweren Folgen für die Mutter, das Kind und die ganze Familie. Aufklärung und Vorbeugung bezüglich dieser Störungen sollte ein vorrangiges Ziel sein. Ambulant wie stationär sollte den betroffenen Müttern mit ihren Familien ein integriertes psychiatrisch-psychotherapeutisches Angebot gemacht werden mit Beratung, Einzelpsychotherapie, Mutter-Kind-, Paar- oder Familientherapie sowie sozialarbeiterischen Interventionen. In schweren Fällen sollte selbst bei stillenden Müttern nach sorgfältiger Risiko-Nutzen-Analyse immer eine Psychopharmakotherapie in Betracht gezogen werden.*

---

\* Dieser Artikel basiert auf Riecher-Rössler A. Die Mutter mit postpartaler psychischer Erkrankung – Blues, Depression, Psychose. In: Riecher-Rössler A, Bitzer J, (eds.) Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis. München: Elsevier Urban & Fischer; 2005: 375-387

## **Einleitung**

Jede psychische Störung, die Frauen im gebärfähigen Alter betrifft, kann auch in der frühen Mutterschaft auftreten. Aufgrund der überragenden Häufigkeit von affektiven Störungen in dieser Altersgruppe ist es nicht verwunderlich, dass Depressionen die häufigsten psychischen Störungen nach einer Geburt darstellen [1]. Dabei ist die sogenannte postpartale Depression (PPD) von dem postpartalen Blues, auch postpartale Dysphorie genannt, abzugrenzen [2]. Der postpartale Blues kommt sehr häufig (25-40%) in den ersten Tagen nach der Geburt vor und ist eine leichte, in der Regel nur Stunden bis wenige Tage anhaltende depressive Verstimmung ohne Krankheitswert. Die PPD hingegen, die 10-15% aller Mütter betrifft, ist eine längerdauernde, behandlungsbedürftige Erkrankung. Eine PPD kann sich zwar aus einem schweren postpartalen Blues entwickeln, typischerweise tritt die PPD aber Wochen bis Monate später auf. Die Diagnose PPD wird rein deskriptiv für alle schwereren, längerdauernden und behandlungsbedürftigen depressiven Erkrankungen verwendet, die im ersten Jahr nach der Entbindung auftreten oder bestehen [3]. Die Rate krankheitswertiger Depressionen scheint allenfalls in den ersten drei Monaten nach der Entbindung leicht erhöht zu sein, dann gleicht sich das Erkrankungsrisiko wieder an das von gleichaltrigen Frauen ohne Entbindung an [3-5]. Entgegen früherer Annahmen geht man heute davon aus, dass es sich bei der PPD um keine Krankheitsentität mit spezifischer Ätiologie handelt. Trotzdem wird der Begriff aufrechterhalten, da depressive Störungen in der Postpartalzeit besondere diagnostische und therapeutische Anforderungen stellen [1, 3, 6-7].

## **Klinisches Bild und Verlauf**

Das klinische Bild der postpartalen Depression unterscheidet sich nicht grundlegend von dem anderer Depressionen. Allerdings fällt klinisch auf,

dass die depressiven Erkrankungen der Postpartalzeit oft mit einer besonders ausgeprägten emotionalen Labilität einhergehen - ähnlich wie auch beim postpartalen Blues beschrieben. Auch beziehen sich die Inhalte der depressiven Kognitionen häufig auf das Kind und die Mutterschaft. Viele Mütter klagen insbesondere über ein Gefühl der Gefühllosigkeit ihrem eigenen Neugeborenen gegenüber, was typischerweise Anlass für Schuld- und Schamgefühle ist. Ca. 20 % bis 40 % der Mütter leiden unter Zwangsgedanken, die sich oft darauf beziehen, sie würden das Kind schädigen. Übersichten bei [5, 8-10].

Unbehandelt hält eine Depression meist viele Monate an, nicht selten mehr als ein Jahr. Der Verlauf von Depressionen in der Postpartalzeit scheint günstiger zu sein als in anderen Zeiten im Leben einer Frau. Trotzdem: Eine Depression in dieser Zeit kann besonders schwere Folgen haben, nicht nur für die Mütter, sondern auch für die Kinder und oft für die Partnerschaft und die ganze Familie.

So wird die frühe Mutter-Kind-Beziehung, die als so wichtig für die aktuelle und auch spätere Entwicklung des Kindes gilt, durch den depressiven Rückzug und das krankheitsbedingte Unvermögen der Mutter, sich dem Kind zuzuwenden, oft nachhaltig gestört [11]. Die Mutter selbst verarbeitet dies oft mit Schuldgefühlen, wodurch sich die Depression verstärken und ein fataler Teufelskreis in Gang kommen kann.

Die Kinder von schwer depressiven Müttern zeigen häufig nicht nur emotionale und Verhaltensauffälligkeiten, sondern auch Entwicklungsverzögerungen im Bereich der intellektuellen Leistungsfähigkeit, die zum Teil noch bis ins Schulalter nachweisbar sind, und haben selbst ein hohes Risiko später an einer psychischen Erkrankung zu leiden [12-14]. Eine frühzeitige Behandlung der Mütter kann aber die Mutter-Kind-Beziehung und die Entwicklung des Kindes offensichtlich deutlich verbessern [15].

Auch gehen postpartale Depressionen, wie alle Depressionen, immer mit dem Risiko eines Suizids einher. Dabei ist auch die Gefahr des erweiterten Suizids oder des Infantizids - vor allem im Rahmen einer psychotischen Depression - zu bedenken, wobei der Infantizid mit einer Häufigkeit von ca. 1:50'000 Geburten aber ein extrem seltenes Ereignis darstellt [2].

### **Ätiologie und Risikofaktoren**

Spezifische Risikofaktoren, die zum Zeitpunkt der Geburt als Auslöser fungieren würden, konnten bisher nicht identifiziert werden. Die betroffenen Frauen sind offensichtlich weder bezüglich hormoneller (z. B. Östrogen- und Progesteronspiegel) oder geburtshilflicher (z. B. Zahl der Geburten, Geburtskomplikationen, Dauer des stationären Aufenthaltes) noch bezüglich der allermeisten psychosozialen Faktoren auffällig anders als die Frauen, die nach der Entbindung gesund bleiben [6].

Das Risiko während des Postpartums an einer Depression zu erkranken, wird durch eine genetische Prädisposition beeinflusst. Ein Drittel der Frauen, die an einer PPD erkranken, litt zuvor bereits unter einer ähnlichen affektiven Störung. Häufig besteht auch eine positive Familienanamnese. Kürzlich konnten auch einzelne genetische Polymorphismen, die mit PPD assoziiert sind, identifiziert werden [16-18]. Die aktuell bekannten Prädiktoren einer PPD sind in Tabelle 1 dargestellt [5, 19].

Viele Ergebnisse der Grundlagenforschung sprechen dafür, dass die physiologischen hormonellen Veränderungen, die bei der Geburt stattfinden, bei prädisponierten Frauen eine Rolle spielen: So weiss man, dass der Östrogenspiegel während der Schwangerschaft auf das etwa 100- bis 200-fache der Norm erhöht ist, um dann nach der Entbindung innerhalb von wenigen Tagen wieder auf den Normalwert abzufallen [20].

Der postpartale Östrogenabfall wird mit der Stimmungsinstabilität des postpartalen Blues in Verbindung gebracht. *Bloch et al.* [20] zeigten, dass ein experimentell herbeigeführter Östrogenentzug nur bei Frauen mit positiver Anamnese eine Depression triggern konnte. Substitutionsversuche bei PPD gibt es bisher nur vereinzelt mit positiven Ergebnissen [21].

Auch die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden(HPA)-Achse, deren Dysregulation gemeinhin mit affektiven Störungen in Verbindung gebracht wird, unterliegt peripartal grossen Veränderungen: Die HPA-Achse ist während der Schwangerschaft durch einen hohen plazentaren Corticotropin (CRH)-Spiegel physiologisch stimuliert. Dies resultiert in einem antepartalen Hyperkortisolismus mit erhöhter Stresstoleranz während der Schwangerschaft, und dann einem postpartalen Cortisolentzug [20]. Bei Müttern mit PPD ist die HPA-Achse oft wochenlang protrahiert down-reguliert [22]. Es findet sich eine ähnlich abgeschwächte Cortisol-Aufwach-Reaktion (CAR), wie sie z. T. auch bei PTSD und depressiven Erschöpfungszuständen beschrieben wurde [23], [24]. Diese Befunde lassen vermuten, dass diese Mütter empfindlicher auf den postpartalen Entzug von CRH und Cortisol reagieren und sich weniger flexibel an die multiplen Stressoren der neuen Lebenssituation adaptieren können.

Zusammenfassend ist von einem Vulnerabilitäts-Stress-Modell auszugehen: Das Lebensereignis „Mutterwerden“ geht mit zahlreichen biologischen, psychologischen und sozialen Anpassungserfordernissen einher, die für sich alleingegenommen oder zusammen mit weiteren psychosozialen Stressoren ausreichen, um bei individueller Prädisposition einer PPD Vorschub zu leisten [7].

## Diagnostik

Da die PPD häufig mit Schlafstörungen und Erschöpfung einhergeht, wird sie oft als etwas für diese Lebensphase „Normales“ übersehen. Viele Mütter scheuen sich auch vor weitergehender Abklärung aus Scham und Schuldgefühlen, oder der Angst vom Kind getrennt zu werden [3]. Darum ist es essentiell bei erschöpften, freudlosen oder nervösen, irritierbaren Müttern niederschwellig an eine Depression zu denken. Als international anerkanntes Screening-Instrument hat sich die "Edinburgh Postnatal Depression Scale" (EPDS) bewährt (deutsche Übersetzung: [25]). Zur weiteren Abklärung und Therapieplanung sollte nach Möglichkeit ein Psychiater zugezogen werden. Wenn die Depression als solche erkannt ist, sind selbstverständlich alle bei einer Depression auch sonst erforderlichen Untersuchungen zum Ausschluss behandelbarer Ursachen (z. B. einer Schilddrüsenunterfunktion) durchzuführen.

## Therapie

Die Behandlung der postpartalen Depression ist prinzipiell dieselbe wie diejenige depressiver Erkrankungen in anderen Lebensabschnitten einer Frau, wobei aber auf die spezifischen Erfordernisse der Postpartalzeit und des Kindes besonderer Wert zu legen ist (Tab. 2).

Von grösster Bedeutung ist zunächst eine Aufklärung über die Erkrankung, auch zur Entlastung der Mütter von Schuldgefühlen. Wichtig für den weiteren Verlauf ist, dass sowohl die Mutter, als auch ihre Bezugspersonen, verstehen, dass es sich hierbei um eine Erkrankung handelt und nicht etwa, um die Folge eines Versagens der Frau als Mutter. Die Sicherstellung eines ruhigen Nachtschlafs ist sehr wichtig [26]. Hier, wie überhaupt, ist der Partner unbedingt einzubeziehen. So konnten *Misri et al.* [27] zeigen, dass durch eine Unterstützung der Väter auch eine bessere Remission bei den Müttern zu erreichen ist. Die Betroffenen und

deren Angehörige sollten auch über verschiedene Hilfsangebote zur Entlastung der Mutter beraten 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, Hilfesuchen, Adaptation an die (neue) Rolle, neben Themen der Beziehung zum Kind, Paarbeziehung und Elternrolle sind nahe liegend. Eine gute Anleitung gibt das auch im Einzelsetting anwendbare Gruppentherapiemanual „Muttersein ist manchmal schwer“ [28].

Zum Wohle des Kindes und der Mutter sollte von Anfang an auf die Etablierung einer guten Mutter-Kind-Beziehung geachtet werden, etwa durch Förderung entspannter Mutter-Kind-Kontakte, möglichst auch durch zeitweise Entlastung von der unmittelbaren Säuglingspflege, durch praktische Anleitung und Hilfe oder durch Mutter-Kind-Spieltherapie. Eine definitive Trennung von Mutter und Kind sollte möglichst vermieden werden, es sei denn, es bestünde unmittelbare Gefahr, etwa durch Vernachlässigung, Misshandlung oder gar Infantizid.

Eine zusätzliche medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva ist dann indiziert, wenn es sich um eine mittelschwere bis schwere Depression handelt. In diesem Fall ist zu bedenken, dass fast alle Psychopharmaka in die Muttermilch übergehen. Die Frage des Abstillens ist deshalb mit der Mutter zu erörtern unter sorgfältiger Aufklärung und einer Nutzen/Risikoanalyse. Neben den Vor- und Nachteilen des Stillens sind die Risiken einer Exposition des Säuglings durch Antidepressiva in der Muttermilch gegenüber den Risiken einer Exposition des Säuglings durch die Folgen der unbehandelten mütterlichen Depression abzuwägen [30]. Wenn die Mutter weiterhin stillen möchte, ist eine Psychopharmakotherapie – wenn auch die Datenlage dazu limitiert ist –

unter bestimmten Vorsichtsmassnahmen möglich [29]. In diesem Fall sollte eine Monotherapie mit einem Antidepressivum mit kurzer Halbwertszeit in geringer relativer Dosis gewählt werden, wie z. B. die selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer Paroxetin oder Sertralin (vgl. Tab. 3) [29, 31-33]. Das Antidepressivum sollte sorgfältig entsprechend den neuesten Empfehlungen ausgewählt werden. Hierzu sollten auch aktuelle Richtlinien wie etwa die ACOG Guidelines [34] konsultiert werden oder die Website [www.embryotox.de](http://www.embryotox.de). Wird während der Stillzeit ein Antidepressivum neu begonnen, 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 [35]. Medikamenteneinnahmezeiten können so geplant werden, dass das Stillen in Zeiten mit hohen mütterlichen Serumspiegeln vermieden wird, d.h. Halbwertszeit und Zeiten mit höchstem Serumspiegel (Tmax) der Medikamente sind zu beachten. Im Allgemeinen empfiehlt es sich, die Medikamente unmittelbar nach dem letzten Stillen am Abend einzunehmen, oder aber durch den Tag in mehreren Dosen zu verteilen.

Gerade bei stillenden Müttern sollten neben den oben erwähnten psychotherapeutischen Optionen auch andere nicht-pharmakologische Behandlungsmethoden in Erwägung gezogen werden. Hierzu zählen beispielsweise chronobiologische Interventionen wie Lichttherapie oder Therapieformen zur Unterstützung der Mutter-Kind-Interaktion wie Babymassage oder Spieltherapie. Schlafstörungen der Mutter sollten zunächst stets mit schlafhygienischen Massnahmen behandelt werden. Bei schweren Schlafstörungen kann das Antihistaminikum Diphenhydramin oder vorübergehend ein kurzwirksames Benzodiazepin (z. B. Lorazepam) verordnet werden, letzteres nicht bei Frühgeborenen.

Leichtere Depressionen können ambulant behandelt werden. Bei schwereren Formen und insbesondere wenn das Risiko eines Suizids

besteht, ist eine stationäre Aufnahme meist unumgänglich. Die Trennung vom Kind wird von der Mutter allerdings oft nur schwer verkraftet, erzeugt zusätzliche Schuldgefühle und erschwert den Aufbau einer guten Mutter-Kind-Beziehung noch weiter [3]. Aus diesem Grund gibt es inzwischen an einigen psychiatrischen Krankenhäusern spezielle Mutter-Kind-Abteilungen oder Rooming-in Möglichkeiten, wo das Kind zusammen mit der Mutter aufgenommen werden kann [6, 8, 36, 37], u.a. auch bei uns in der Kriseninterventionsstation der Psychiatrischen Poliklinik am Universitätsspital Basel.

## Literatur

1. Riecher-Rössler A. Prospects for the classification of mental disorders in women. *European Psychiatry* 2010; 25: 189–196.
2. Riecher-Rössler A, Bitzer J. Epidemiologie psychischer Störungen bei Frauen. In: Riecher-Rössler A, Bitzer J, (eds.) *Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis*. München: Elsevier Urban & Fischer; 2005: 21–9.
3. Riecher-Rössler A. Die Mutter mit postpartaler psychischer Erkrankung – Blues, Depression, Psychose. In: Riecher-Rössler A, Bitzer J, (eds.) *Frauengesundheit. Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis*. München: Elsevier Urban & Fischer; 2005: 375-387.
4. O'Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH, Wright EJ. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J Abnormal Psychol* 1990; 99: 3-15.
5. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996; 8: 37-54.

6. Riecher-Rössler A, Hofecker Fallahpour M. Die Depression in der Postpartalzeit. *Schweizer Archiv Neurol Psychiatrie* 2003a; 154: 106-115.
7. Riecher-Rössler A, Hofecker Fallahpour M. Postpartum depression - do we still need this diagnostic term? *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2003; 418: 51-56.
8. Brockington I. *Motherhood and mental health*. Oxford: Oxford University Press, 1996.
9. Murray L. Postpartum depression and child development. *Psychol Med* 1997; 27: 253-260.
10. Riecher-Rössler A, Steiner M (eds.) *Perinatal stress, mood and anxiety disorders – From Bench to Bedside*. Basel: Karger; 2005.
11. Kumar RC. “Anybody’s child”: severe disorders of mother-to-infant bonding. *Br J Psychiatry* 1997; 171:175-81.
12. Beardslee WR, Versage EM, Gladstone TR. Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37:1134-41.
13. O'Connor TG, Heron J, Glover V; Alspac Study Team. Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41:1470-7.
14. Moehler E, Kagan J, Parzer P et al. Childhood behavioral inhibition and maternal symptoms of depression. *Psychopathology* 2007; 40: 446-452.
15. Weissman MM, Pilowsky DJ, Wickramaratne PJ et al. Remissions in maternal depression and child psychopathology: a STAR\*D-child report. *JAMA* 2006; 295: 1389-98.
16. Sanjuan J, Martin-Santos R, Garcia-Esteve L et al. Mood changes after delivery: role of the serotonin transporter gene. *Br J Psychiatry* 2008; 193: 383-8.

17. Mahon PB, Payne JL, MacKinnon DF et al. Genome-wide linkage and follow-up association study of postpartum mood symptoms. *Am J Psychiatry* 2009;166:1229-37.
18. Costas J, Gratacòs M, Escaramís G et al. Association study of 44 candidate genes with depressive and anxiety symptoms in postpartum women. *J Psychiatr Res* 2010 Jan 19, [Epub ahead of print].
19. Beck CT. Meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nursing Research* 1996; 45: 297-303.
20. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in etiology of postpartum depression. *Compr Psychiatry* 2003; 44: 234-246.
21. Ahokas A, Kaukoranta J, Wahlbeck K, Aito M. Estrogen deficiency in severe postpartum depression: successful treatment with sublingual physiologic 17beta-estradiol: a preliminary study. *J Clin Psychiatry* 2001;62:332-336.
22. Jolley SN, Elmore S, Barnard KE, Carr DB. Dysregulation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in postpartum depression. *Biol Res Nurs* 2007; 8: 210-22
23. Taylor A, Glover V, Marks M, Kammerer M. Diurnal pattern of cortisol output in postnatal depression. *Psychoneuroendocrinology* 2009; 34: 1184-8.
24. Sonnenschein M, Mommersteeg PM, Houtveen JH, Sorbi MJ, Schaufeli WB, van Doornen LJ. Exhaustion and endocrine functioning in clinical burnout: an in-depth study using the experience sampling method. *Biol Psychol* 2007; 75: 176-84.
25. Bergant AM, Nguyen T, Heim K, Ulmer H, Dapunt O. Deutschsprachige Fassung und Validierung der „Edinburgh Postnatal Depression Scale“. *Dtsch Med Wochenschr* 1998; 123: 35-40.
26. Steiner M: Perinatal mood disorder: position paper. *Psychopharmacology Bulletin* 1998, 34: 301-6.

27. Misri S, Kostaras X, Fox D, Kostaras D. The impact of partner support in the treatment of postpartum depression. *Can J Psychiatry* 2000; 45: 554-558.
28. Hofecker Fallahpour M, Zinkernagel C, Frisch U, Neuhofer C, Stieglitz RD, Riecher-Rössler A. Was Mütter depressiv macht... und wodurch sie wieder Zuversicht gewinnen. Bern: Huber, 2005.
29. Lanza di Scalea T, Wisner KL. Pharmacotherapy of postpartum depression. *Expert Opin Pharmacother* 2009; 10: 2593-607.
30. Newport DJ, Hostetter A, Arnold A, Stowe ZN. The treatment of postpartum depression: minimizing infant exposures. *J Clin Psychiatry* 2002; 63 (Suppl 7): 31- 44.
31. Schaefer Ch, Spielmann H. Arzneiverordnung in Schwangerschaft und Stillzeit. 7. Aufl., München: Urban & Fischer, 2006.
32. Eberhard-Gran M, Eskild A, Opjordsmoen S. Use of psychotropic medications in treating mood disorders during lactation : practical recommendations. *CNS Drugs* 2006; 20: 187-98.
33. Gentile S. Use of contemporary antidepressants during breastfeeding: a proposal for a specific safety index. *Drug Saf* 2007; 30: 107-21.
34. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 92, April 2008. *Obstetr & Gynecol* 2008; 111: No. 4.
35. Lanza di Scalea T, Wisner KL. Antidepressant medication use during breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol* 2009; 52: 483 -97.
36. Brockington I: Die Psychiatrie der Mutterschaft: eine komplexe Herausforderung an die psychiatrischen Dienste. In: Riecher-Rössler A, Rohde A, Hrsg. *Psychische Erkrankungen bei Frauen - Für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie*. Basel: Karger, 2001: 15-24.
37. Mikoteit T, Riecher-Rössler A. Mutter-Kind-Behandlungsangebote in der Psychiatrie: Erfahrungen in Basel. *Nervenheilkunde* 2008; 27: 513-9.

## **Depression in early motherhood**

*Postpartum depressive disorders, except for the brief and common postpartum blues, are serious mental disorders which can result in adversities for the mother, her infant and the whole family. Information and prevention should be topics of major concern. Because of its numerous psychosocial implications, depression in early motherhood always requires integrative therapeutical approaches, containing counselling, psychoeducation, psychotherapy in individual-, mother-infant-, couple- or family-settings and social work. In severe cases psychopharmacotherapy should be taken into account, even if a mother wants to continue breastfeeding.*

### **Korrespondierender Autor**

*Dr. med. Thorsten Mikoteit*

*Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK)*

*Psychiatrische Poliklinik/ APA*

*c/o Universitätsspital Basel*

*Petersgraben 4*

*CH-4031 Basel*

*Tel. : +41 61 265 50 40*

*FAX: +41 61 265 45 88*

*E-Mail: [thorsten.mikoteit@upkbs.ch](mailto:thorsten.mikoteit@upkbs.ch)*