

Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit

**Fortbildungsveranstaltung
Netzwerktreffen Frühe Hilfen
26. März 2014**

Abteilung
Psychiatrie und Psychotherapie
Universitäts-Klinikum Freiburg

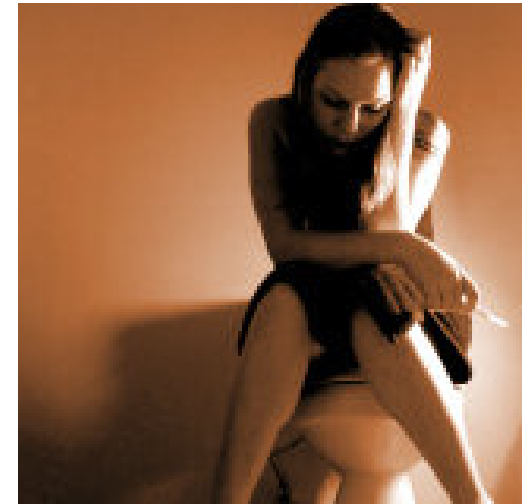


Gliederung

- Psychische Störungen in der Schwangerschaft
- Psychische Störungen in der Postpartalzeit

Affektive Erkrankungen in der Schwangerschaft

- ❑ Häufigkeit aller depressiven Störungen in Schwangerschaft wird mit 10-23% angegeben, seltener schwere Erkrankungen (Rohde 2006, Evans et al 2001, Kimberly et al 2009)
- ❑ Ersterkrankungsrisiko an Major Depression und bipolarer Störung ist in der Schwangerschaft geringer als postpartal. (Blehar et al. 1998, Viguera et al. 2000)
- ❑ Erstauftreten einer Zwangserkrankung ist in der Schwangerschaft (5,1%) eher häufiger als postpartal (4,7%).
- ❑ Die Verschlechterung einer vorbestehenden Zwangserkrankung ist in der Schwangerschaft deutlich seltener (33%) als postpartal (46,6%) (Guglielmi et al 2014)



Risikofaktoren für Depression/ Angsterkrankung

□ Psychosoziale Faktoren wie

- Niedriges Bildungsniveau/ Einkommen/
Arbeitslosigkeit
- Schlechte soziale Einbindung/ Partnerschaft
- Unerwünschte Schwangerschaft
- Geringes Alter

(Faisal Cury, Rossi-Menezes 2007, Siegel, Brandon 2014)

□ Schwangerschaftsvorgeschichte

- Geburtskomplikationen
- Aborte

(Ajinkya et al 2013)

Risikofaktoren für Depression/ Angsterkrankung

□ Individuelle Vulnerabilität

- psychische Vorerkrankungen
- Anfälligkeit für hormonelle Veränderungen (PMDD, Pubertät, frühere Schwangerschaften)
- Familienanamnese
- Gewalt- oder Missbrauchserfahrungen
- Persönlichkeitsfaktoren

(Maneus und Rhode 2009, Winkler et al 2013)

- ## □ Depression und Ängste in der Schwangerschaft sind Risikofaktor für die Entwicklung einer postpartalen Depression (Hobfoll et al. 1995, Josefsson et al. 2001)

Fallbeispiel

- Die 34 jährige Frau L. berichtet, nach langjährigem Kinderwunsch endlich schwanger geworden zu sein. Am Anfang habe sie sich sehr über die Schwangerschaft gefreut, jetzt mache sie sich **ständig Sorgen, dem Kind könne etwas passieren**. Dauernd fühle sie nach, ob sie noch Kindsbewegungen spüre, sei schon 2x mal alarmiert zum Frauenarzt zur Ultraschallkontrolle gegangen und **habe etliche Male die Hebamme kontaktiert**, aus Sorge, das Kind könnte nicht mehr leben. Sie **schlafe schlecht**, habe an **nichts mehr** wirklich **Freude**, breche **ständig in Tränen** aus. Auch habe sie zunehmend **Angst vor der Geburt**, glaube, dass sie das einfach nicht schaffe. Ihr Mann reagiere ungeduldig, verstehe nicht, warum sie sich so viele Sorgen mache.

Symptomatik

Wie „normale Depression“, jedoch häufig auf die Schwangerschaft bezogen:

- **Überforderungsgefühl** durch Schwangerschaft.
- Sorge, schlechte Mutter zu werden, Depressivität als Bestätigung dieser Befürchtung.
- **Ängste, mit dem Kind könne etwas nicht stimmen**, Schwangerschaft sei gestört, Kind wachse nicht richtig, eigenes Fehlverhalten könne Kind geschadet haben.
- Häufige Kontakte mit Hebammen und Gynäkologen zur Kontrolle und **Rückversicherung**, teilweise auch **zwanghaft**.

Behandlungsoptionen

- CAVE: Schwangerschaft ist Kontraindikation für Psychopharmaka
- Wenn möglich daher andere Verfahren
 - Psychotherapie, evtl. Paartherapie
 - Lichttherapie
 - Akupunktur z.B. bei Schlafstörungen
 - EKT bei schwerer Depression, Psychose (Kimberly et al 2009, Miller 1994)

Krankheitsverlauf

- Ausführliches Gespräch mit Pat. und Ehemann:
 - Aufklärung über Erkrankung, Symptome, Häufigkeit
 - Zusammenhang mit hormoneller Empfindlichkeit
- Entlastung durch Verständnis des Ehemannes
- Umgang mit Ängsten durch verhaltenstherapeutische Strategien (Anbindung an Ausbildungsambulanz)
- unterstützend Entspannungstechniken, Akupunktur, Sport
- Keine Medikation erforderlich, im Schwangerschaftsverlauf Abnahme der Symptomatik

Psychotische Erkrankungen – Risiko/ Verlauf

- ❑ Das Risiko erstmals an einer Psychose zu erkranken ist in der Schwangerschaft geringer als postpartal und in anderen Lebensphasen. (Pinofsky 1997, Viguera et al 2000)
- ❑ Schwere Verläufe sind in der Schwangerschaft seltener, chronische Schizophrenien sind während der Schwangerschaft oft weniger stark ausgeprägt. (Blehar et al 1998, Riecher-Rössler 2013)
- ❑ Rezidive treten in der Schwangerschaft nicht gehäuft aber auch nicht seltener auf →
Die Schwangerschaft stellt keinen wirklichen Schutz dar. (Kendell et al 1981, Viguera et al 2000)

Fallbeispiel

- Die 24jährige Frau J. stellt sich in Begleitung ihrer Hebamme im dritten Trimenon vor. Frau J. gibt an, mit dem Kind stimme etwas nicht, sie spüre keine Kindsbewegungen. Die Versicherungen der Hebamme, das alles in Ordnung sei, könne sie nicht glauben. Sie sei **überzeugt, dass das Kind schwer krank oder sogar tot** sei. Sie glaube, daran sei ihr **früherer Partner Schuld**, dieser wolle das Kind nicht, habe auf einen Abbruch gedrängt und **habe jetzt das Kind geschädigt**. Pat. wirkt **sehr angespannt, irritiert, unruhig**.

Symptomatik

Wie bei anderen Psychosen auch, Inhalte jedoch häufig auf die Schwangerschaft bezogen:

- **Wahnhaftige Überzeugung, mit dem Kind stimme etwas nicht, sei krank/ tot** oder das Kind sei von Jesus, Satan.
- **Teilweise Beeinflussungserleben, Halluzinationen Körperhalluzinationen, z.B. spürt sie wie Kindsvater dem Kind schadet.**
- **CAVE: Stimmen, die zu Schwangerschaftsabbruch/ Suizid aufrufen oder wahnbedingter Versuch, das Kind im Mutterleib und ggf sich selbst zu töten.**

Medikamente in der Schwangerschaft

- Möglichst erst ab zweitem Trimenon
- Möglichst Monotherapie
- Möglichst niedrig dosiert
- Möglichst gut untersuchte Präparate, soweit verträglich und wirksam
- Möglichst gegen Ende der Schwangerschaft reduzieren bzw. ausschleichen (perinatale Anpassungsstörung)
- Entbindung in Klinik mit Neonatologie

Verlauf:

- ❑ Pat. durch Symptomatik sehr verstört, wenig zugänglich, schlechte soziale Einbindung, daher stationäre Aufnahme erforderlich.
- ❑ Beginn mit Risperidon.
- ❑ Unter 4mg fast vollständiges Abklingen der Symptomatik, noch etwas irritierbar, misstrauisch, leichte Negativsymptomatik.
- ❑ Nach Geburt prophylaktische Fortsetzung der Medikation, gesundes Kind, kein Stillen.

Gliederung

- Psychische Störungen in der Schwangerschaft
- Psychische Störungen in der Postpartalzeit

Psychische Störungen in der Postpartalzeit

- „Baby Blues“
- Postpartale Depression
- Postpartale Psychose
- Postpartale Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Der „Baby Blues“

□ **Definition:**

3-4 Tage nach der Geburt auftretender
Verstimmungszustand,
für Stunden bis Tage anhaltend.

Kein Krankheitswert aber Risikofaktor für PPD.

□ **Ätiologie:**

Hormonabfall von bis zu >300fach erhöhten Werten auf
Normalwerte.

Schlafmangel

Life event

Der „Baby Blues“

□ **Symptomatik**

Ausgeprägte Affektlabilität

-Weinen, Reizbarkeit, Irritierbarkeit

Übersteigerte Sorgen um Baby

Schuldgefühle

Schlafstörungen

Appetitmangel

□ **Häufigkeit:**

40-60%

Postpartale Depression (PPD)

□ **Definition:**

innerhalb des ersten Jahres nach Geburt auftretende affektive Störung,
mindestens 2 Wochen anhaltende Symptome

□ **Ätiologie:**

Vulnerabilität

Depression/ ausgeprägte Ängste in der Schwangerschaft

Life event

□ **Häufigkeit:**

10-15%

Fallbeispiel – Anamnese:

Die 27j. Frau M. gibt an, vor 6 Monaten ihr erstes Kind geboren zu haben. Anfangs sei es ihr noch recht gut gegangen, aber bereits wenige Wochen nach der Geburt habe sie angefangen, sich **überfordert** zu fühlen mit zunehmenden **Ängsten, etwas falsch zu machen**. Sie sei dem **Alltag mit dem Kind einfach nicht gewachsen**, frage sich ständig, ob sie alles richtig mache. Häufig kämen Ängste in ihr auf, ob es der Tochter gut gehe, ob sie richtig auf sie reagiere. Sie zweifle an ihrer Fähigkeit, die Bedürfnisse der Tochter richtig zu erkennen. Sie könnte sie keine Sekunde alleine lassen aus **Angst, es könne ihr etwas zustoßen**. Gleichzeitig habe sie **Sorge, ihr selber durch falsches Handeln zu schaden** und **müsse sich überhaupt zu allem zwingen**.

PPD- Unterschiede zu „normaler“ Depression

Neben anderen Depressionssymptomen häufig:

- Ausgeprägte **emotionale Labilität**
- Antriebsminderung mit erhöhter Ermüdbarkeit (Energieverlust) und Überforderungsgefühl
CAVE: Verwechslung mit Normalität
- Gefühllosigkeit gegenüber dem Baby
- Ca. 25% **Zwangsgedanken, dem Baby Schaden zuzufügen** (im Auto vergessen, mit Putzmittel verätzen)
- **Schuld-, Scham-, Insuffizienzgefühle** gegenüber Baby und Mutterrolle

PPD- Psychotherapie

- KVT oder IPT (Rollenwechsel)
- Besonders unterstützend, entlastend
- Psychoedukation zur Aufklärung und Entlastung von Schuldgefühlen
- Ermöglichung entspannter Mutter-Kind-Kontakte zur
 - Förderung einer gesunden Mutter-Kind-Bindung
 - Minderung von Schuld- und Insuffizienzgefühlen
 - Gratwanderung zw. Entlastung der Mutter und dadurch Verstärkung der Insuffizienzgefühle

Medikamente in der Stillzeit

- Individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung:
 - Übergang in die Muttermilch, teilw. „in Spuren“
 - In seltenen Fällen Verhaltensauffälligkeiten beim Kind (Erregung, Sedierung) beschrieben
 - Stillen für depressive Mütter oft von hoher Bedeutung
- Grundsätze:
 - Möglichst gut erprobte Medikamente
 - Möglichst Monotherapie
 - Möglichst niedrig dosiert

Verlauf:

- Entlastung durch Informationsvermittlung
 - Häufigkeit postpartaler Depressionen (10-15%)
 - physiologische Grundlagen (Hirnstoffwechsel, Vererbung, life event)
 - Häufigkeit von Zwangsgedanken (25%)
 - Keine Sorge, dass ZG jemals umgesetzt würden DD Impulskontrollstörung!
 - Ängste, Selbstzweifel, Gefühllosigkeit, Gereiztheit, Zwangsgedanken....
sind genau so typische Symptome einer Depression wie Appetitverlust, Konzentrations- oder Schlafstörungen und haben nichts damit zu tun, wie gut die Frau als Mutter ist und wie sehr sie ihr Kind liebt...

Verlauf:

- Hoher Stellenwert Stillen bei gleichzeitig großer Sorge, Kind durch Med. zu schaden, daher vorerst keine Medikation
- PT empfohlen
- Haushaltshilfe verordnet zur Entlastung der Frau im Haushalt und Begleitung bei Kindspflege (CAVE: Kindspflege nicht abnehmen, Vermeidungsverhalten verstärkt Ängste)

Verlauf:

- Anfangs durch Entlastung (Haushaltshilfe, Verständnis Ehemann) Besserung auf leichte Depression ohne weitere Zwangsgedanken, mit noch leichter Ängstlichkeit
- PT- Wartezeit ca. 3-4 Monate
- Im Verlauf erneute Verschlechterung
- Überlappend Abstillen/ Eindosierung Sertralin
- Unter 50mg Sertralin nach ca. 3 Wochen deutlich weniger ängstlich und gequält, Zunahme Antrieb und Selbstvertrauen

Postpartale Psychose

□ **Definition:**

postpartal auftretende psychotische Symptome
75% davon innerhalb der ersten 2 Wochen

□ **Ätiologie:**

Vulnerabilitäts-Stress-Modell
frühere postpartale Psychose
Hormonabfall, Life event
75% Erstgebärende (Kendell et al 1987)

□ **Häufigkeit:**

0,1-0,2% (Brockington 2004)

Fallbeispiel

- Frau F. berichtete, sich 2 Wochen nach Geburt ihres Sohnes auf Anraten der Hebamme vorzustellen.
- Am 3. – 5. Tag postpartal sei es im Krankenhaus zu einer ausgeprägten Euphorie und beginnender Schlaflosigkeit gekommen. Sie habe nachts zunehmend lange gelesen, sich mit dem Klinikpersonal unterhalten, sei immer aktiver geworden, habe z. B. Unterwäsche gewaschen, sich zunehmend mit ihrem Kind beschäftigt. Beim Übergang nach Hause habe sie vor lauter Energie 4 Nächte überhaupt nicht schlafen können. Sie habe stattdessen geputzt, Wäsche sortiert, viel „gekruschtelt“.
- Ihre Wahrnehmung habe sich verändert: Der Kaffee schmecke seither einfach super, das Wasser besonders rein, klar und weich. Alles komme ihr toll, blumig, lieblich, puppig, perfekt vor.
- Auch ihr Sohn sei absolut perfekt. Ihr sei eines Morgens plötzlich klar geworden, dass er göttlich sei. Von ihm gehe so ein warmes Strahlen aus, er sei gelassen wie ein Buddha und weise.

Symptomatik

Häufig manische Symptomatik in Form von:

- ❑ beschleunigtem Gedankengang, Sprunghaftigkeit im Denken, Konzentrationsstörungen.
- ❑ Gesteigertem Antrieb, ständigem Beschäftigungsdrang, Getriebenheit, Logorrhoe.
- ❑ Ausgeprägten Ein- und Durchschlafstörung ohne Erschöpfungsgefühl.
- ❑ Euphorische oder dysphorische Stimmung

Psychotische Symptomatik in Form von:

- ❑ Inhaltlichen Denkstörungen, nicht selten Größen- oder Versündigungswahn (**Wahn: Kind ist göttlich**)
- ❑ Halluzinationen (nicht sicher: **veränderte Geschmackswahrnehmung**)
- ❑ Ich-Störungen (**Gedankeneingebung – dein Kind ist göttlich**)

Behandlung

- ❑ Meist rasche Entwicklung der Symptomatik.
- ❑ Meist so ausgeprägt, dass akute stationäre Aufnahme und Trennung vom Kind zumindest anfangs erforderlich ist.
- ❑ Fast immer Neuroleptika erforderlich.
- ❑ Meist Abstillen zu empfehlen (nicht mit Dopaminagonisten).
- ❑ Akute Positivsymptomatik/ Wahn ist nicht durch Psychotherapie beeinflussbar.
- ❑ Bei Frauen mit Vorgeschichte postpartaler Psychose postpartale Prophylaxe empfohlen: Kein Wiederauftreten mit Prophylaxe (n=20) gegenüber 44,4% ohne (geringes Gesamtzahl n ges= 29) (Berking et al 2012)

Verlauf

- ❑ Pat. und Ehemann lehnen stationäre Aufnahme ab, daher Ehemann als „Haushaltshilfe“ angestellt, diesem eingeschärft, Frau nicht mit Kind alleine zu lassen.
- ❑ Beginn mit Quetiapin zur Nacht ambulant, Pat. wollte unbedingt weiter stillen.
- ❑ Unter Quetiapin bis 200mg deutliche Beruhigung der Pat. mit Rückgang der Schlaflosigkeit, der Getriebenheit, jedoch keine Änderung von Gedankeneingebung und Wahn. Höhere Dosen nicht toleriert wegen Schwindel, Müdigkeit, Gangunsicherheit.
- ❑ Pat. Nach 1 Woche mit Kind im ZfP Wiesloch aufgenommen, abgestellt, mit Abilify bis 20mg behandelt, innerhalb von weiteren 2 Wochen Rückbildung der Symptomatik
- ❑ Nach Entlassung wurde Medikation von Pat. eigenständig abgesetzt, bisher symptomfrei geblieben.

Postpartale Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

□ **Definition:**

Traumatisch erlebte Entbindung

Auftreten der Symptome mit Latenz von Wochen bis Monaten

□ **Ätiologie:**

- Komplikationen in der Schwangerschaft
- Sekundäre Sectio nach langem Versuch vaginaler Entbindung
- Gefühl von Ausgeliefertsein, Hilflosigkeit
- Verletzung von Schamgefühlen, unsensibler Umgang
- *Neben den genannten aktuellen Einflüssen spielt aber auch hier die individuelle Vulnerabilität der einzelnen Frau eine große Rolle:*

Postpartale PTBS -Vulnerabilität

- psychische Störungen
- Traumatisierungen
- melancholische Persönlichkeitsakzentuierung mit hohem Kontrollbedürfnis
- übersteigerte Geburtsängste

Fallbeispiel :

Die 39 jährige Frau F. kommt zur Abklärung bei V.a. Depression in unsere Sprechstunde. Sie habe vor 2 Monaten eine gesunde Tochter geboren, die Geburt sei sehr schwierig gewesen, nach stundenlangem Versuch einer normalen Geburt sei notfallmäßig ein Kaiserschnitt erforderlich gewesen. Sie leide unter **Alpträumen von der Geburt** und **müsse auch tagsüber oft daran denken**. Sie sei gleichzeitig erschöpft und rastlos, habe ständig ein „ungutes Gefühl“. **Zur Frauenärztin und in die Nähe der Geburtsklinik gehe sie gar nicht mehr, auch die Besuche der Hebamme habe sie kaum ertragen** und schließlich beendet, da sie **dadurch immer wieder an die Geburt erinnert** worden sei. Zur Rückbildungsgymnastik oder zum Babyschwimmen zu gehen, wie sie es in der Schwangerschaft geplant habe, könne sie sich gar nicht vorstellen.

Symptomatik

□ Symptomatik:

- Sich **aufdrängende Erinnerungen**, Flashbacks, **Alpträume**
- **Typische Auslöser durch Assoziationen** (hochschwängere Frau, Spielplatz etc.).
- **Vermeidungsverhalten** (Krabbelgruppe, Rückbildungsgymnastik, Nachsorge etc.)
- Evtl. weitere Symptome (Gereiztheit, Depressivität, Schreckhaftigkeit, **Unruhe**, Abstumpfung, sozialer Rückzug, **Erschöpfung**)

□ Häufigkeit:

1,5-2%

Behandlung

□ Prävention!

Gefühle von Kontrollverlust und Ausgeliefertsein vermeiden

Sensibler Umgang insb. mit vulnerablen Frauen

Nachbesprechung der Geburt durch Geburtshelfer /Hebamme

insb. bei komplizierter Geburt, vulnerablen Frauen kann bei den meisten Frauen die Entwicklung des Vollbildes einer PTBS verhindern. (Rohde und Dorn 2007)

□ CAVE: Geburtsverlauf muss nicht objektiv schrecklich gewesen sein.

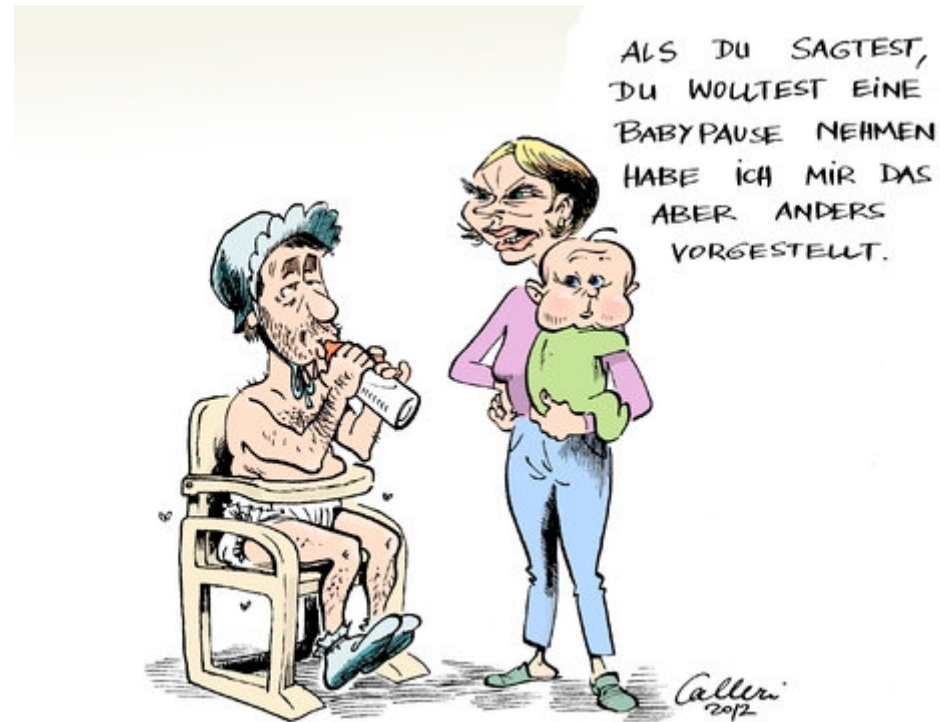
□ Bei PTBS: störungsspezifische PT, ggf. Psychopharmakotherapie insbesondere bei Depressivität.

Verlauf:

- Da aktuelle keine Depression sondern PTBS im Vordergrund stehend, an PT für störungsspezifische PT verwiesen
- Möglicherweise entwickelt sich später noch eine Depression, deshalb im Verlauf Reevaluation
- WV bei Nichtansprechen, Verschlechterung

Unterstützung/ Information

- Informationen zu Medikamenten in Schwangerschaft/
Stillzeit (Kontaktaufnahme dringend erwünscht):
Zentrum für Embryonaltoxikologie Berlin (Schäfer)
Tel. 030/30308111 www.embryotox.de
Institut für Reproduktionstoxikologie in Ravensburg
(Paulus) (www.reprotox.de) Tel. 0751/872799
- Kontaktadressen www.schatten-und-licht.de
- Mutter-Kind- Station/ Mutter-Kind- Kur
- Haushaltshilfe
- Einbindung des Partners durch Angehörigen- oder
Paargespräch, ggf. Paartherapie



Besten Dank für Ihr
Interesse!!