

Postpartale Depression

Diagnostik und Therapie

Behandlungsbedürftige depressive Störungen betreffen zirka 10 bis 15 Prozent der Wöchnerinnen und können mit schwerwiegenden Folgen für die Mutter-Kind-Beziehung und die psychosoziale Entwicklung des Kindes einhergehen. Ihre Vorbeugung und Früherkennung sollten nicht nur für Psychiater, sondern für alle während der Postpartalzeit an der Gesundheit von Mutter und Kind Beteiligten Priorität sein. Ziel dieses Übersichtsartikels ist, mit der Diagnostik und den wichtigsten Behandlungsgrundsätzen der postpartalen Depression vertraut zu machen.

Von Anita Riecher-Rössler und Christina Andreou

Den Kinderärzten kommt eine Schlüsselrolle zu, denn sie sehen die Mütter regelmässig.

Leichte Verstimmungen und Stimmungsinstabilität treten in der Postpartalzeit häufig auf. Dieser sogenannte «Blues» nach der Entbindung ist selbstlimitierend. Allerdings leiden etwa 10 bis 15 Prozent der neuen Mütter an krankheitswertigen Depressionen (Übersichten bei [1, 2]). Diese postpartalen Depressionen stellen eines der häufigsten Gesundheitsprobleme dar, die sich nach einer Entbindung entwickeln können, und sie gehören zu den häufigsten Mortalitätsursachen nach der Entbindung (Abbildung 1). Die rechtzeitige Erkennung und Behandlung dieser depressiven Störungen ist wesentlich nicht nur für die Mutter, sondern auch für die Mutter-Kind-Beziehung und die psychosoziale Entwicklung des Kindes. Deshalb sollten neben Gynäkologen und Hebammen auch die Kinderärzte sowie alle an der postnatalen Betreuung von Mutter und Kind Beteiligten mit den klinischen Erscheinungen und der Therapie der postpartalen Depression vertraut sein (3).

Definition und klinisches Bild

Unter dem Begriff «postpartale Depression» werden depressive Störungen während des ersten Jahres nach Entbindung verstanden. Die Symptome, anhand derer die Diagnose einer postpartalen Depression gestellt wird, unterscheiden sich nicht von jenen der depressiven Störungen, die ausserhalb der Peripartalzeit diagnostiziert werden. So besteht Verdacht auf eine Depression, wenn über mindestens zwei Wochen depressive Stimmung, Antriebsmangel oder Freudlosigkeit in Kombination mit negativen Gedanken (Schuldgefühle, Selbstvorwürfe, Lebensmüde Gedanken), vegetativen Störungen (Schlaf- und Appetitstörungen, Müdigkeit, Energielosigkeit) und/oder kognitiven Symptomen (Konzentrationsstörungen, Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen) bestehen (Abbildung 2).

Neben diesen allgemeinen depressiven Symptomen finden sich bei der postpartalen Depression besondere Merkmale wie eine häufige emotionale Labilität und eine Färbung der Symptome durch die Mutterschaftsproblematik: Das depressive Grübeln, die Schuldgefühle etc. kreisen oft um Themen im Zusammenhang mit dem Kind und der Mutterschaft. Viele Mütter klagen insbesondere über Gefühllosigkeit dem Neugeborenen gegenüber. Bei 20 bis 40 Prozent der betroffenen Mütter treten auch Zwangsgedanken auf, wie zum Beispiel, dem Kind Schaden zuzufügen (Übersichten bei [4, 5]).

Von der postpartalen Depression zu unterscheiden ist der sogenannte «postpartale Blues», auch «postpartale Dysphorie» genannt. Dabei handelt es sich um eine leichtere Verstimmung in Kombination mit ausgeprägter Stimmungsinstabilität während der ersten Tage nach der Entbindung, die in der Regel innerhalb der ersten Woche spontan abklingt.

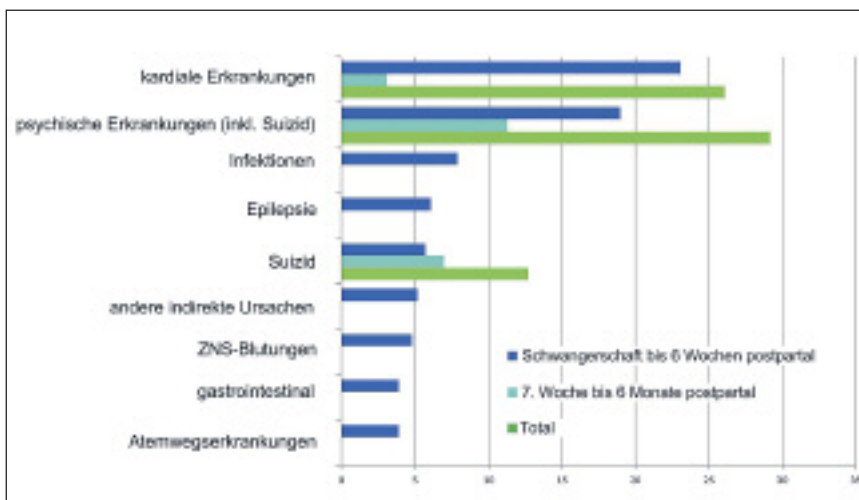


Abbildung 1: Mortalitätsrate bei Müttern pro 1 Million Entbindungen (2006–2008; n = 2,3 Millionen) (27)

Signifikanz der postpartalen Depression

Oft werden depressive Erkrankungen in der Postpartalzeit übersehen, weil die Belastung durch die frühe Mutterschaft als Ursache der Beschwerden betrachtet wird. Eine unbehandelte postpartale Depression birgt jedoch zahlreiche Risiken für die Mutter, das Kind und die ganze Familie (6).

So kommt es nicht selten zu Bindungsstörungen: Krankheitsbedingt gelingt es den Müttern nicht, eine Beziehung zu ihrem Säugling aufzunehmen, und sie vermögen nicht, sich dem Kind zuzuwenden. Dadurch wird die Mutter-Kind-Beziehung oft nachhaltig gestört (7–9). Dies kann bei der Mutter Schuldgefühle auslösen, wodurch ein depressiver Teufelskreis in Gang gesetzt wird.

Die Kinder betroffener Mütter entwickeln häufig Affekt- und Verhaltensauffälligkeiten. Beschrieben werden auch Entwicklungsstörungen, welche unter anderem die intellektuelle Leistungsfähigkeit betreffen und bis ins Schulalter bestehen können. Wird die postpartale Depression der Mutter jedoch frühzeitig behandelt, können sich die Mutter-Kind-Beziehung und die Entwicklung des Kindes deutlich verbessern (10).

Eine frühzeitige Behandlung ist auch deshalb wichtig, weil eine postpartale Depression, wie alle Depressionen, stets mit einem erhöhten Suizidrisiko einhergeht. Auch die Gefahr eines erweiterten Suizids beziehungsweise Infantizids – vor allem im Rahmen einer psychotischen Depression – ist zu bedenken, wobei letzterer mit einer Häufigkeit von zirka 1:50 000 Geburten extrem selten vorkommt (4).

Diagnostik

Es empfiehlt sich, alle Wöchnerinnen in der Nachbetreuung einen kurzen Selbstbeurteilungsbogen ausfüllen zu lassen. Gerade den Kinderärzten kommt hier eine Schlüsselrolle zu, denn sie sehen die Mutter im ersten Jahr nach der Entbindung doch in regelmässigen Abständen und können ihr den Screening-Fragebogen wiederholt vorlegen (11). Auf diese Weise können Frauen, bei denen eine weitere diagnostische Abklärung bezüglich einer Depression indiziert ist, möglichst rasch identifiziert werden. Besonders wachsam sollte man sein, wenn die Vorgeschichte oder die aktuellen psychosozialen Umstände auf ein erhöhtes Risiko hinweisen (Kasten 1).

Als Screening-Instrument bewährt hat sich die Edinburgh Postnatal Depression Scale (Abbildung 3) (12). Körperliche Beschwerden wie Schlaf- und Appetitstörungen oder Energielosigkeit werden im Gegensatz zu anderen üblichen Depressionsfragebögen nicht erfasst, da diese durch die Umstände in der Peripartalzeit mitbedingt sein können. Bei einem Gesamtwert im EPDS von ≥ 10 sollte eine psychiatrische Untersuchung zum Ausschluss einer behandlungsbedürftigen depressiven Störung stattfinden.

Therapie

Vor der Einleitung therapeutischer Massnahmen sollten differenzialdiagnostische Untersuchungen, zum Beispiel zum Ausschluss einer Schilddrüsenunterfunktion als Ursache der Depression, durchgeführt werden.

Hauptsymptome

- gedrückte, depressive Stimmung
- Interessensverlust, Freudlosigkeit
- Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit

Zusatzsymptome

- verminderte Konzentration, Aufmerksamkeit
- vermindertes Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen
- Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit
- negative, pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken/-handlungen
- Schlafstörungen
- verminderter Appetit

bei PPD

- Stillprobleme
- Zwangsgedanken, -impulse, das Kind betreffend
- ambivalente Gefühle, Gefühllosigkeit gegenüber dem Kind
- Versagensängste, Insuffizienzgefühle als Mutter
- häufiges Erwachen vor dem Kind

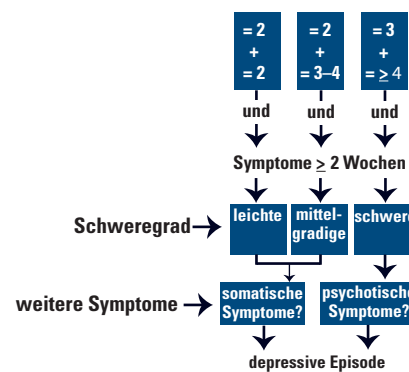


Abbildung 2: Diagnosealgorithmus für unipolare Depression gemäss S3-Leitlinie, ergänzt um Besonderheiten der postpartalen Depression; Grafik leicht reduziert mit freundlicher Genehmigung übernommen aus: Hübner-Liebermann B, Hausner H, Wittmann M: Peripartale Depressionen erkennen und behandeln. Dtsch Arztebl Int 2012; 109 (24): 419–424.

Bei depressiven Erkrankungen in der Peripartalzeit können prinzipiell die gleichen Behandlungsmethoden angewandt werden, die für die Behandlung von Depressionen im Allgemeinen zum Einsatz kommen. Dabei gilt es jedoch, einige Besonderheiten zu beachten. Insbesondere die Behandlung mit Psychopharmaka kann für das zu stillende Kind ein Risiko bedeuten.

Die Entscheidung für eine Therapiemassnahme sollte gemeinsam mit der Patientin getroffen werden. Von grosser Bedeutung ist auch der Einbezug des Vaters, nicht nur weil ihn die Erkrankung der Partnerin häufig auch sehr belastet, sondern auch weil seine Unterstützung wesentlich zu einem günstigen Krankheitsverlauf beitragen kann (18).

Um die Mutter von ihren sehr häufig vorliegenden Schuldgefühlen zu entlasten, ist es grundlegend, sie als Erstes darüber aufzuklären, dass es sich bei der Depression um eine Erkrankung handelt und nicht um ein «Versagen als Mutter». Entscheidend ist ferner, sie über schlafhygienische Massnahmen zur Sicherung eines guten Nachtschlafs zu informieren und hinsichtlich praktischer Hilfen und Bewältigungsstrategien zu beraten. Von grösster Bedeutung für eine erfolgreiche Therapie ist auch der Einbezug der Mutter-/Eltern-Kind-Beziehung und die Berücksichtigung der Entwicklung des Kindes (9).

Psychotherapie

Die Psychotherapie ist die Methode der ersten Wahl bei leichten Symptomen und auch bei mittelgradigen Depressionen – falls die Mutter stillen will –, um eine Exposition des Kindes mit psychotropen Substanzen

Wir möchten Sie fragen, wie es Ihnen geht und wie Sie sich fühlen. Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die am ehesten Ihr Befinden während der letzten 7 Tage (und nicht nur heute) beschreibt.

Beispiel: Ich habe mich glücklich gefühlt

- Ja, die ganze Zeit Nein, nicht so oft
 Ja, die meiste Zeit Nein, überhaupt nicht

Das bedeutet: «Ich war fast immer glücklich». Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antworten in gleicher Weise an.

In den letzten 7 Tagen:

- | | |
|---|---|
| <p>1. konnte ich lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen</p> <p><input type="checkbox"/> so wie ich es immer konnte</p> <p><input type="checkbox"/> nicht ganz so wie sonst immer</p> <p><input type="checkbox"/> deutlich weniger als früher</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht</p> | <p>6. überforderten mich verschiedene Umstände</p> <p><input type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit war ich nicht in der Lage, damit fertig zu werden</p> <p><input type="checkbox"/> ja, manchmal konnte ich damit nicht fertig werden</p> <p><input type="checkbox"/> nein, die meiste Zeit konnte ich gut damit fertig werden</p> <p><input type="checkbox"/> nein, ich wurde so gut wie immer damit fertig</p> |
| <p>2. konnte ich mich so richtig auf etwas freuen</p> <p><input type="checkbox"/> so wie immer</p> <p><input type="checkbox"/> etwas weniger als sonst</p> <p><input type="checkbox"/> deutlich weniger als früher</p> <p><input type="checkbox"/> kaum</p> | <p>7. war ich so unglücklich, dass ich nicht schlafen konnte</p> <p><input type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit</p> <p><input type="checkbox"/> ja, manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> selten</p> <p><input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht</p> |
| <p>3. fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn</p> <p><input type="checkbox"/> etwas schief lief</p> <p><input type="checkbox"/> ja, meistens</p> <p><input type="checkbox"/> ja, manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> nein, nicht so oft</p> <p><input type="checkbox"/> nein, niemals</p> | <p>8. habe ich mich traurig und schlecht gefühlt</p> <p><input type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit</p> <p><input type="checkbox"/> ja, manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> selten</p> <p><input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht</p> |
| <p>4. war ich ängstlich und besorgt aus nichtigen Gründen</p> <p><input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht</p> <p><input type="checkbox"/> selten</p> <p><input type="checkbox"/> ja, manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> ja, häufig</p> | <p>9. war ich so unglücklich, dass ich geweint habe</p> <p><input type="checkbox"/> ja, die ganze Zeit</p> <p><input type="checkbox"/> ja, manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> nur gelegentlich</p> <p><input type="checkbox"/> nein, niemals</p> |
| <p>5. erschrak ich leicht bzw. reagierte panisch aus unerfindlichen Gründen</p> <p><input type="checkbox"/> ja, oft</p> <p><input type="checkbox"/> ja, manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> nein, nicht oft</p> <p><input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht</p> | <p>10. überkam mich der Gedanke, mir selbst Schaden zuzufügen</p> <p><input type="checkbox"/> ja, ziemlich oft</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal</p> <p><input type="checkbox"/> kaum</p> <p><input type="checkbox"/> niemals</p> |

Abbildung 3: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)
 Die Antworten werden je nach Symptomschwere mit 0, 1, 2 und 3 bewertet. Die Fragen 3, 5, 6, 7, 8, 9 und 10 sind spiegelbildlich konstruiert (Bewertung mit 3, 2, 1 und 0). Die Addition der einzelnen Items ergibt den Summenscore. Ein Summenscore von ≥ 10 sollte zu einer genaueren psychiatrischen Untersuchung Anlass geben.

zu vermeiden. Liegt aufgrund einer vorbestehenden depressiven Störung ein erhöhtes Risiko für ein Rezidiv im Postpartum vor (insbesondere wenn ein Antidepressivum in der Schwangerschaft abgesetzt wird), kann eine Psychotherapie auch präventiv eingesetzt werden.

In der Postpartalzeit sollte die Psychotherapie zu Beginn unterstützend und bewältigungsorientiert sein. Themen sind unter anderem Stressbewältigung und Entspannung, die Beziehung zum Kind und zum Ehepartner sowie der Umgang mit den multiplen Anforderungen durch die neue Rolle als Mutter nebst früheren Funktionen und Aufgaben. Ein gutes Ergebnis lässt sich durch verhaltensaktivierende Massnahmen

erzielen (Aktivitätsaufbau zur Förderung von Belohnungsgefühlen und zur Reduktion der Grübelneigung sowie Verbesserung der Problembewältigungsstrategien) (19).

Von Anfang an sollte der Fokus auf die Mutter-Kind-Beziehung gelegt werden, sei es durch zeitweise Entlastung von der Säuglingspflege in stressvollen Situationen oder durch praktische Anleitung und Hilfen. Auch die Förderung entspannter Mutter-Kind-Kontakte, zum Beispiel durch Babymassagen, ist wichtig. Mit diesen Massnahmen lassen sich Schuldgefühle bei der Mutter abbauen und eine Traumatisierung des Kindes mit entsprechenden Folgen für dessen Entwicklung verhindern. In der Regel ist von einer längeren Trennung von Mutter und Kind abzuraten; einzige Ausnahme sind Fälle, bei denen durch Vernachlässigung, Misshandlung oder Infantizidgedanken eine unmittelbare Gefahr für das Kind besteht.

Als evidenzbasierte spezifische Psychotherapieformen für die postpartale Depression kommen die interpersonelle Psychotherapie (IPT) und die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) infrage. Bei der IPT liegt der Fokus auf der Verbesserung sozialer Interaktionen und der Entwicklung von Coping-Strategien für Lebensveränderungen. Die KVT kombiniert die weiter oben beschriebenen Verhaltensmassnahmen (z.B. Entspannung, Aktivitätsaufbau) mit kognitiven Techniken und Verhaltensexperimenten zur Identifikation und Umstrukturierung unrealistischer negativer Gedanken. Die meisten Psychotherapiearten für postpartale Depression können auch in Form einer Gruppentherapie angeboten werden, zum Beispiel der in unserem Zentrum entwickelte «Gruppentherapiekurs für Mütter mit depressiven Störungen» (20–22). In einigen Fällen kann eine Paartherapie indiziert sein.

Medikamentöse Behandlung

Bei schwereren Depressionen oder wenn Psychotherapie und andere Massnahmen alleine nicht wirksam sind, sollte zusätzlich eine Psychopharmakotherapie durchgeführt werden. Auch wenn eine Psychotherapie nicht möglich oder nicht erwünscht ist oder wenn die Patientin früher auf eine medikamentöse Behandlung gut angesprochen hat, kommt eine medikamentöse Behandlung in Betracht.

Medikamente bei stillenden Müttern

Ist in der Zeit nach der Entbindung die Gabe von Medikamenten indiziert, sollten Vor- und Nachteile des Stillens möglichst frühzeitig mit der Wöchnerin besprochen werden. Auch wenn der Säugling via Brustmilch nur niedrigen Mengen der mütterlichen Medikation ausgesetzt ist, ist eine Ernährung mit Fertigmilch vor dem Hintergrund des Mangels an kontrollierten Studien oder vermuteter Risiken bestimmter Psychopharmaka manchmal sicherer. Entscheidet sich die Mutter, nicht zu stillen, sollte sie unbedingt von diesbezüglichen Schuldgefühlen entlastet und auf mögliche Alternativen für die Pflege des Körperkontakts zum Kind, zum Beispiel die Babymassage, hingewiesen werden.

Möchte eine Mutter stillen, müssen Nutzen und Risi-

ken für Mutter und Kind gewissenhaft abgewogen werden. Jeder Medikation hat eine ausführliche und dokumentierte Aufklärung voranzugehen. Das einzelne Medikament ist sorgfältig und unter Berücksichtigung des aktuellen Wissensstands zu wählen (Überblick in [23]). Einige wichtige allgemeine Überlegungen werden im Folgenden besprochen.

Bei starker Ausprägung der depressiven Symptome oder bei depressiver Vorgeschichte mit hohem Rezidivrisiko sollte auf keinen Fall wegen des Stillens auf Psychopharmaka verzichtet werden, da die Folgen der Erkrankung für Mutter und Kind viel schwerwiegender sind als die potenziellen Auswirkungen der Medikation auf den Säugling (23, 24).

Das Medikament ist sorgfältig und entsprechend den neuesten Empfehlungen auszuwählen (vgl. (23) und «Nützliche Links» am Schluss des Beitrags). In der Regel sind Medikamente mit möglichst geringem Übertritt in die Muttermilch zu bevorzugen und Medikamente mit stark sedierender Wirkung oder langer Halbwertszeit zu vermeiden. Wurde die Mutter bereits in der Schwangerschaft mit einem psychotropen Medikament behandelt, ist es meistens unproblematisch, die Behandlung auch in der postpartalen Zeit mit dem gleichen Präparat fortzuführen, da das Neugeborene durch das Stillen deutlich niedrigeren Medikamentenmengen ausgesetzt wird als in utero (25). In allen Fällen sollte eine medikamentöse Monotherapie angestrebt werden, da der Erfahrungshorizont damit recht gut ist. Im Gegensatz dazu gestalten sich Kombinationstherapien eher schwierig (Überblick bei [23]). Bezüglich der genauen Medikamentenauswahl sollte in Zweifelsfällen immer ein Kompetenzzentrum konsultiert werden.

Beim Säugling sollten regelmässig Verlaufskontrollen stattfinden und Fütterungsverhalten, Schlafzeiten und Entwicklungsparameter überwacht werden. Finden sich beim Neugeborenen Hinweise auf unerwünschte medikamentöse Wirkungen (z.B. Sedierung, Koliken, Übererregbarkeit/Tremor), ist bei der Mutter eine Dosisanpassung und/oder das Abstillen zu empfehlen. Besondere Vorsicht ist bei Frühgeborenen oder kranken Säuglingen geboten; in diesen Fällen ist vom Stillen unter medikamentöser Behandlung abzuraten. Bei älteren Säuglingen lässt sich die Medikamentenmenge in der Muttermilch durch Anpassung der Einnahmezeit minimieren (einmalige Gabe unmittelbar vor der Fütterung, die der längsten Schlafzeit des Säuglings vorhergeht). *Kasten 2* fasst die Empfehlungen zusammen.

Antidepressiva

Laut Empfehlungen der American Academy of Pediatrics sollten bei stillenden Müttern vorrangig Sertralin, Paroxetin oder Fluvoxamin eingesetzt werden, da diese die geringste Exkretion in die Brustmilch aufweisen. Citalopram, Escitalopram und Fluoxetin werden dagegen beim Stillen als kontraindiziert eingeschätzt, weil der Säugling darunter höheren Dosen ausgesetzt sei und zum Teil unerwünschte Wirkungen berichtet wurden. Generell seien SSRI besser dokumentiert als trizyklische Antidepressiva. Bei letzteren ist Vorsicht geboten, vor allem in Bezug auf mögliche

Sedierung und Atemdepression. Da aber anhand der vorliegenden Beobachtungen nur ein sehr geringer Teil (< 1%) der mütterlichen Dosis in die Muttermilch gelangt, ist eine Fortsetzung des Stillens unter den meisten Trizyklika nicht ausgeschlossen. Eine wichtige Ausnahme stellt Doxepin dar, das aufgrund von Metaboliten mit langer Halbwertszeit beim Säugling zu Akkumulation und schweren Nebenwirkungen führen kann und deshalb in der Stillzeit nicht empfohlen wird. Amitriptylin ist gemäss der aktuellen Studienlage zu bevorzugen, wenn die Gabe eines Trizyklikums (z.B. wegen der sedierenden Wirkung) gewünscht ist (Überblick bei [23]).

Andere Antidepressiva wie Duloxetin, Mirtazapin, Nefazodon, Venlafaxin und Bupropion sind hinsichtlich der Anwendung in der Stillzeit noch zu wenig evaluiert und daher nicht zu empfehlen. Auch MAO-Hemmer können in der Stillzeit aufgrund der unzureichenden Datenlage nicht empfohlen werden.

Kasten 1:

Prädiktoren der postpartalen Depression

Allgemein – ähnlich wie für Major Depression:

- Frühere Depression
- Depression/psychische Erkrankung in der Familie
- stressreiche Lebensereignisse
- geringes Selbstvertrauen; «Neurotizismus»
- geringe soziale Unterstützung, Probleme mit Partner

Spezifisch in der peripartalen Zeit:

- Angst/Depression während Schwangerschaft, Baby-Blues
- Sensitivität gegenüber hormonellen Schwankungen bei manchen Frauen
- «Stress» mit Kinderbetreuung

Quellen: Metaanalysen (13–16) und ein Review (17)

Kasten 2:

Allgemeine Empfehlungen zur medikamentösen Behandlung in der Stillzeit

- Mutter/Eltern gut aufklären und gemeinsam entscheiden.
- Alternativen zum Stillen erwägen, von eventuellen Schuldgefühlen entlasten.
- Gut dokumentieren.
- Die Betreuung sorgfältig und interdisziplinär planen mit Einbezug der Hebamme und des Pädiaters.
- Alle nicht pharmakologischen Optionen so weit als möglich ausschöpfen.
- Bei schwerer Depression überwiegen die potenziellen Risiken der unbehandelten Erkrankung die potenziellen Risiken eines sorgfältig gewählten Medikamentes.
- Vor Beginn einer neuen Medikation stets die aktuellen Richtlinien und die Literatur konsultieren.
- Medikation nicht ohne sorgfältige Abwägung der Pros und Cons absetzen!
- Monotherapie immer vorziehen.
- Substanzen, für die keine gut kontrollierten Studien an grossen Populationen vorliegen (z.B. «Naturheilmittel»), vermeiden.
- Falls ein Antidepressivum indiziert ist, SSRI bevorzugen (s. Text).
- Den Säugling gut beobachten, insbesondere im Hinblick auf bekannte unerwünschte Wirkungen des Präparats.
- Soweit möglich, Gabe des Medikamentes an die Fütterungszeiten anpassen oder Milch abpumpen, um hohe Medikamentenspiegel in der Milch zu vermeiden.

Zu vermeiden sind schliesslich pflanzliche Psychopharmaka oder Naturheilmittel, Homöopathika und Ähnliches, da hierzu fast keine Sicherheitsdaten für die Stillzeit vorliegen.

Antipsychotika

Bei einer psychotischen Depression können zusätzlich auch Antipsychotika indiziert sein. Mit Quetiapin und Risperidon gibt es die besten Erfahrungswerte in der Stillzeit. Zum Teil wird auch Haloperidol empfohlen. Quetiapin hat möglicherweise auch eine stimmungsstabilisierende Wirkung. Bei schweren psychotischen Depressionen wird allerdings vom Stillen abgeraten, nicht zuletzt um einen ungestörten Nachtschlaf sicherzustellen.

Schlaf

Guter Schlaf ist für die Genesung von einer psychischen Erkrankung allgemein von eminenter Bedeutung. Deshalb ist bei kranken Müttern, die stillen möchten, das Abpumpen der Milch vor dem Schlafen eine Option, wenn dann nachts der Vater oder eine andere Betreuungsperson dem Säugling das Fläschchen gibt und ihn versorgt. Dieses Regime wird auch zur Rezidivprophylaxe bei vorbestehenden psychischen Erkrankungen angewandt, insbesondere bei Psychosen und bipolaren Erkrankungen, die nach der Entbindung ein exzessiv hohes Rückfallrisiko haben. Über schlafhygienische Massnahmen (z.B. Vermeiden von Stimulanzien, ausreichende körperliche Tätigkeit, Einschlafritual etc.) sollte ausführlich aufgeklärt werden. Zeigen sie nicht den erwünschten Effekt, darf auch in der Stillzeit das Antihistaminikum Diphenhydramin (26) oder das sedierende Antidepressivum Amitriptylin, eventuell auch das ebenfalls sedierende Neuroleptikum Quetiapin eingenommen werden (23). Andere Schlafmittel gilt es zu vermeiden (23).

Stationäre Behandlung

Eine stationäre Behandlung sollte niedrigschwellig erwogen werden, auf jeden Fall aber bei schwerer Symptomausprägung, (prä-)psychotischen Symptomen, Suizidalität oder wenn ein Risiko für das Kind vermutet wird. In vielen psychiatrischen Kliniken gibt es inzwischen sogenannte Mutter-Kind-Einheiten oder zumindest die Möglichkeit, den Säugling mit aufzunehmen, sodass eine längere Trennung von der Mutter vermieden werden kann. Wesentlich ist auch hier der Einbezug des Vaters, der bei entsprechender Beratung und Unterstützung oft einen Grossteil der Betreuung übernehmen kann.

Schlussfolgerungen

Die postpartale Depression kommt häufig vor, bleibt jedoch oft undiagnostiziert und unbehandelt, mit potenziell schweren Folgen für die Mutter, das Kind und die ganze Familie. Deshalb sollten alle Schwangeren über das Risiko einer Depression aufgeklärt werden, insbesondere aber Patientinnen mit rezidivierenden depressiven Störungen und bipolaren Erkrankungen, für die das Wiedererkrankungsrisiko in der Postpartalzeit besonders hoch ist.

Durch eine engmaschige Begleitung und Beobachtung in der Peripartalzeit, gegebenenfalls auch mit Hilfe geeigneter Screening-Instrumente, lassen sich depressive Störungen früh erkennen und behandeln, was die Prognose für Mutter und Kind entscheidend verbessert.

Allgemein unterstützende und psychotherapeutische Interventionen sind bei der Behandlung der postpartalen Depression Massnahmen erster Wahl. Wenn diese nicht ausreichen oder nicht verfügbar sind, ist immer eine Pharmakotherapie zu erwägen. Bei Einhaltung der oben beschriebenen Vorsichtsmassnahmen sind die Risiken deutlich geringer als jene einer unbehandelten psychischen Erkrankung der Mutter. Eine laufende Aktualisierung des Wissens über einschlägige Fachliteratur und Webseiten ist auf alle Fälle unabdingbar, da sich die Evidenzlage bezüglich Psychopharmakotherapie in Schwangerschaft und Stillzeit ständig ändert und verbessert.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Anita Riecher-Rössler
Chefärztin und Ordinaria
Zentrum für Gender Research und Früherkennung
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Kornhausgasse 7
4051 Basel
E-Mail: anita.riecher@upkbs.ch

Nützliche Links:

Embryotox: <http://www.embryotox.de>
TERIS: <http://depts.washington.edu/teris.web>

Literatur:

- Riecher-Rössler A: Die Mutter mit postpartaler psychischer Erkrankung — Blues, Depression, Psychose. In: Riecher-Rössler A, Bitzer J (Hrsg.): *Frauengesundheit Ein Leitfaden für die ärztliche und psychotherapeutische Praxis*. München: Elsevier Urban & Fischer; 2005; 375–387.
- Douki Dedieu S, Riecher-Rössler A, Stewart D, Ulbreich U: Depressive disorders in women. 2008. In: *WPA Educational programme on depressive disorders [Internet]*. World Psychiatric Association; [80–145]. Available from: http://www.wpanet.org/uploads/Education/Educational_Programs/depressive-disorders-volume3.pdf.
- Riecher-Rössler A (Hrsg.): *Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit*. Freiburg, Basel: Karger; 2012.
- Riecher-Rössler A: Psychische Störungen und Erkrankungen nach der Entbindung. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1997; 65 (3): 97–107.
- Riecher-Rössler A, Rohde A, Steiner M: Diagnostic classification of perinatal mood disorders. In: Riecher-Rössler A, Steiner M (Hrsg.): *Perinatal stress, mood and anxiety disorders — from bench to bedside*. Bibliotheca Psychiatrica Vol. 173. Basel: Karger Verlag; 2005, 6–27.
- Field T: Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behav Dev* 2010; 33 (1): 1–6.
- Reck C: Mutter-Kind-Interaktion, mütterliches Selbstvertrauen und Bonding bei postpartalen Depressionen und Angststörungen. In: Riecher-Rössler A (Hrsg.): *Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit*. Freiburg und Basel: Karger; 2012; 61–68.
- Trautmann-Villalba P, Hornstein C: Interaktionale Therapie in der Postpartalzeit. In: Riecher-Rössler A (Hrsg.): *Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit*. Freiburg und Basel: Karger; 2012; 90–98.
- Sutter-Dallay AL, Glangeaud-Freudenthal NM-C, Guedeney A, Riecher-Rössler A (eds): *Joint care of parents and infants in perinatal psychiatry*. Berlin Heidelberg: Springer 2016.
- Weissman MM et al.: Remissions in maternal depression and child psychopathology: a STAR*D-child report. *JAMA* 2006; 295 (12): 1389–1398.
- Mishina H, Takayama JI: Screening for maternal depression in primary care pediatrics. *Curr Opin Pediatr* 2009; 21 (6): 789–793.
- Bergant AM et al.: *Deutschsprachige Fassung und Validierung der «Edinburgh Postnatal Depression Scale»*. *Dtsch Med Wochenschr* 1998; 123 (3): 35–40.

13. Beck CT: A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res* 1996; 45 (5): 297–303.
14. Wilson LM et al.: Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *CMAJ* 1996; 154 (6): 785–799.
15. O'Hara MW, Swain AM: Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996; 8: 37–54.
16. Leathers SJ, Kelley MA, Richman JA: Postpartum depressive symptomatology in new mothers and fathers: parenting, work, and support. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185 (3): 129–139.
17. O'Hara MW, McCabe JE: Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol* 2013; 9: 379–407.
18. Banker JE, LaCoursiere DY: Postpartum depression: risks, protective factors, and the couple's relationship. *Issues Ment Health Nurs* 2014; 35 (7): 503–508.
19. O'Mahen HA et al.: Netmums: a phase II randomized controlled trial of a guided internet behavioural activation treatment for postpartum depression. *Psychol Med* 2014; 44 (8): 1675–1689.
20. Hofecker-Fallahpour M et al.: Gruppentherapie bei Depression in der frühen Mutterschaft: Erste Ergebnisse einer Pilotstudie. *Nervenarzt* 2003; 74 (9): 767–774.
21. Frisch U, Winteler S, Riecher-Rössler A: Gruppentherapie für Mütter mit Depression. In: Riecher-Rössler A (Hrsg.): *Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit*. Freiburg, Basel: Karger; 2012; 99–105.
22. Hofecker-Fallahpour M et al.: Was Mütter depressiv macht ... und wodurch sie wieder Zuversicht gewinnen. Ein Therapiehandbuch. Bern: Huber; 2005.
23. Riecher-Rössler A, Heck A: Psychopharmakotherapie in Schwangerschaft und Stillzeit. In: Riecher-Rössler A (Hrsg.): *Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit*. Freiburg, Basel: Karger; 2012; 69–89.
24. Sutter-Dallay AL, Riecher-Rössler A: Psychotropic drugs and the perinatal period. In: Sutter-Dallay AL, Glangeaud-Freudenthal NM-C, Riecher-Rössler A (eds): *Joint care of parents and infants in perinatal psychiatry*. Berlin Heidelberg: Springer; 2016; 79–92.
25. Howard LM et al.: Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet* 2014; 384 (9956): 1775–1788.
26. Schaefer C, Spielmann H, Vetter K: *Arzneiverordnung in Schwangerschaft und Stillzeit*, 7., völlig neu bearb. und erw. Auflage. München: Urban & Fischer; 2006.
27. Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006–2008. *BJOG Int J Obstetr Gynaecol* 2011; 118: 1–203.