

Was ist in der geburtshilflichen Praxis zu beachten?

Peripartale und postpartale psychiatrische Erkrankungen

Nicht immer kann das Lebensereignis einer Schwangerschaft und Geburt als Erlebnis von Glück, tiefer Liebe und Freude empfunden werden. Gerade die peri- und postpartale Zeit stellen bei der Mutter eine vulnerable und anspruchsvolle Phase mit verschiedenen Veränderungen dar, welche sie empfindlich für psychische Erkrankungen macht. Diese können Auswirkungen auf Mutter und Kind sowie die Beziehung zwischen Mutter und Kind haben.

Viktoria Zeljko

Relevante Psychopathologien, die während der Schwangerschaft bis drei Monate nach Entbindung auftreten (je nach Literatur bis zu einem Jahr nach Entbindung), werden als peri- oder postpartale psychische Störungen bezeichnet (1). Für die Entwicklung psychischer Erkrankungen (v.a. postpartaler Depressionen, Psychosen, posttraumatischer Belastungsstörungen, Angst- und Zwangsstörungen) ist die Schwangerschaft als solche ein potenzieller Risikofaktor (2–6). Zudem können Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen mit dem Auftreten von psychischen Störungen assoziiert sein. Hyperemesis gravidarum, Schwangerschaftshypertonie, Präeklampsie, (ungeplante) Kaiserschnittgeburten, Schwangerschaftsdiabetes und Frühgeburtlichkeit sind mögliche Prädiktoren für die Entwicklung einer peripartalen Depression oder einer posttraumatischen Belastungsstörung (5).

Tritt eine Erkrankung auf, gilt es einen individuellen Behandlungsplan für die betroffene Patientin auszuarbeiten. Die Psychotherapie und Psychoedukation haben hierbei eine hohe Bedeutung. Je nach Störungsbild und Schweregrad kann zusätzlich eine medikamentöse Therapie in Frage kommen. Der Nutzen einer medikamentösen Therapie muss klar im Verhältnis zu den Risiken stehen (7,4,8). Potenzielle Risiken, die mit psychotropen Medikamenten während der Schwangerschaft assoziiert werden, sind u.a. SGA (small for gestational age)-Feten, Frühgeburtlichkeit und geringes Geburtsgewicht (7,3,8).

Es sollte allerdings nicht ausser Acht gelassen werden, dass neben Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen auch unbehandelte psychische Erkrankungen Auswirkungen auf die fetale Entwicklung haben können. So wurden schwere Krankheitsverläufe unbehandelter Mütter mit ungünstigen Verläufen assoziiert – dazu gehören Frühgeburtlichkeit, neonatale Hypoglykämie, Bindungsstörungen, SGA-Feten, fetaler Distress und stille Geburten (2,4).

Es gilt also, bei Schwangeren je nach Schweregrad der Symptomatik den Nutzen einer medikamentösen Therapie sorgfältig gegen die Risiken abzuwägen.

MERKPUNKTE:

- Rund 15% der Schwangeren erkranken peri-/postpartal an einer Depression, 15% an Angststörungen, 4–6% an postpartaler Belastungsstörung, etwa 0,2% an einer Psychose.
- Jede unbehandelte psychiatrische Erkrankung kann negative Auswirkungen auf die Mutter, das Kind oder deren Bindung haben.
- Psychotherapieformen mit der besten Wirksamkeit sind die kognitive Verhaltenstherapie und die interpersonelle Therapie.
- Wichtig ist die sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung in Bezug auf Pharmakotherapie, da sowohl eine unbehandelte Erkrankung als auch psychotrope Medikamente negative Einflüsse auf den Schwangerschaftsverlauf und die Geburt haben können.
- Eine sorgfältige und umfassende Beratung ist für die informierte Entscheidungsfindung massgebend.

Peripartale und postpartale Depressionen (PPD)

Die Depression ist eine der häufigsten psychiatrischen Erkrankungen in der Schwangerschaft und/oder nach der Geburt. Je nach Quelle liegt die Prävalenz bei 13–17% (2,7,3,9), wobei die Prävalenz bei Frauen mit einer ungewollten Schwangerschaft etwa doppelt so hoch ist (10). Die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung depressiver Symptome während einer Schwangerschaft erscheint im zweiten und dritten Trimenon gegenüber dem ersten Trimenon doppelt so hoch (11,8).

Die Symptome einer PPD weichen im Wesentlichen nicht von den bekannten depressiven Symptomen ausserhalb einer Schwangerschaft ab (3,8). Neben beispielsweise affektiven und kognitiven Störungen wie Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, Grübelneigung, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, Interessenverlust, Insuffizienz- und Schuldgefühlen können auch Suizidgedanken, Antriebslosigkeit, innere Unruhe, Schlaf- und Appetitlosigkeit auftreten. Häufig

sind die Symptome mit Mutterschaftsthemen assoziiert (9). Um möglichst früh auf betroffene Schwangere aufmerksam zu werden, wird in der Praxis der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), ein Selbsttest bestehend aus 10 Fragen, genutzt. Wenngleich er als alleiniger Test zur Erkennung einer PPD nicht ausreichend ist (12), eignet er sich durchaus als orientierendes Screening-Instrument (7,1,8). Die somatische Ausschlussdiagnostik (bspw. endokrinologische oder pharmakologische Ursachen) hat einen hohen Stellenwert, um Fehlbehandlungen zu vermeiden. Wenn die Kriterien einer Depression erfüllt sind, steht an erster Stelle, die Patientin über die Symptome und den Verlauf aufzuklären sowie die Diagnose und die zur Verfügung stehenden Therapiemöglichkeiten zu besprechen (8). Die beste Wirksamkeit besteht gemäss Studienlage für die kognitive Verhaltenstherapie und die interpersonelle Therapie (3). Weitere wichtige nicht-pharmakologische Massnahmen sind psychosoziale Unterstützung, Entspannungsverfahren, Unterstützung durch das gynäkologische Team und die Hebammen. Bei besonders fulminanten Verläufen mit Selbst- und Fremdgefährdung kommt eine stationäre Behandlung in Frage (8). Eine medikamentöse Therapie kann je nach Schweregrad diskutiert werden. Da psychotrope Substanzen die Plazenta passieren (und in die Muttermilch übergehen) können (7), ist nach guter Aufklärung eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung erforderlich (4). Die gängigsten Antidepressiva während Schwangerschaft und Stillzeit sind selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), insbesondere Sertralin (7), aber auch Citalopram und Paroxetin (7,4). Gemäss Studien sind SSRI in der Muttermilch kaum bis nicht nachweisbar (4). Sollte während der Schwangerschaft die Entscheidung für eine medikamentöse Therapie gefällt werden, ist eine Monotherapie vorzuziehen, um die Exposition des Fetus so gering wie möglich zu halten (8).

Mütter, mit einer unbehandelten PPD, zeigen häufig eine gestörte Mutter-Kind-Bindung. So neigen sie dazu, weniger mit ihren Kindern zu spielen oder sie verlieren die Fähigkeit, adäquat auf die Bedürfnisse ihrer Kinder einzugehen. Es folgt ein Verlust intuitiver Feinfühligkeit, dies kann zu einem vermerkt passiven Verhalten dem Kind gegenüber führen (7,9).

Peripartale/postpartale Angststörung, Zwangsstörung, posttraumatische Belastungsstörung (PPD)

In der sensiblen Zeit der Schwangerschaft und nach der Entbindung finden physiologische und psychologische Veränderungen statt, sodass es nicht aussergewöhnlich erscheint, dass sich die schwangere Frau mit ihrem Zustand beschäftigt und sich beispielsweise um die eigene Gesundheit, die des Kindes oder um die Zukunft sorgt. Nimmt die Sorge allerdings kritische Ausmasse an, können sich Angststörungen oder auch Zwangsstörungen entwickeln. Dies kommt während Schwangerschaften häufig vor. Im Gegensatz zu den Prävalenzraten anderer Angsterkrankungen sind die Prävalenzraten von Panikstörungen und Zwangsstörungen im Vergleich zur Lebenszeitprävalenz in der Allgemeinbevölkerung höher (13). Die genauen Zahlen weichen je nach Studie stark voneinander ab (1,13). Es kann davon ausgegangen werden, dass

Was kann ich als Gynäkologe / Gynäkologin tun?

- Bei schwangeren Patientinnen, die ich gut kenne, Veränderungen in der Stimmung ansprechen und der Schwangeren Raum geben, damit verbundene Gemütsbewegungen zu verbalisieren.
- Schwangere Patientinnen im Verlauf den EPDS-Fragebogen ausfüllen lassen.
- Physiologische und psychologische Veränderungen einer Schwangerschaft ansprechen und mögliche Unsicherheiten und Gefühle der Schwangeren in Bezug auf die Schwangerschaft entstigmatisieren.
- Bei besonders schweren Schwangerschaftsverläufen oder psychisch auffälligen Schwangeren frühzeitig eine begleitende psychotherapeutische Anbindung empfehlen, beispielsweise bei einer gynäkopsychiatrischen Sprechstunde.

die Gesamtprävalenz für Angststörungen während der Schwangerschaft bei 15,2% liegt (3). Das Auftreten von Panikstörungen erscheint im ersten und zweiten Trimenon erhöht (5). Zwangsstörungen scheinen vor allem gehäuft im zweiten Trimenon aufzutreten (13). Bei Angststörungen sind meist Ängste um das Wohl des Kindes und Insuffizienzgefühle als Mutter die Themen, die der Symptomatik ihre Gestalt geben. Dies kann zu Kontrollverhalten und einer Überfürsorge führen, worunter die Beziehung zum Kind leiden kann und potenziell verunmöglicht, dass andere Personen eine enge Beziehung zu dem Kind aufbauen können (9).

Kindsbezogene Zwangsgedanken erfahren über 40% der Frauen die auch an einer PPD erkrankt sind (9,14). Zumeist betreffen die Gedanken alltägliche Situationen und damit verbundene, sich aufdrängende und quälende Gedanken, zum Beispiel das Kind fallen zu lassen, zu verletzen oder im Bad zu ertränken (9). Kern der Symptomatik ist die Angst vor Kontrollverlust, zum Beispiel nicht aufzuwachen, wenn das Kind schreit. Die häufig persistierenden und drängenden Gedanken um das Wohlergehen des Fetus oder des Kindes können, mit dem Ziel die Anspannung zu lösen, zu zwanghaften Ritualen führen, welche ebenfalls als belastend empfunden werden (6).

Sowohl Ängste als auch Zwänge können zu Kontrollverhalten führen, was die Intrusivität der Mutter verstärken kann und die Fähigkeit, die Signale des Kindes wahrzunehmen sinken lässt. Dies wirkt sich auf die Interaktion mit dem Kind aus. Die Kinder können dadurch angespannt und unruhig sein und Schwierigkeiten haben, ihren Affekt zu regulieren (9).

Therapeutisch liegt bei Angst- und Zwangsstörungen wie bei der PPD die beste Wirksamkeit für kognitive Verhaltenstherapie und interpersonelle Therapie vor (2,3). Die Psychoedukation bildet auch bei der Behandlung von Angst- oder Zwangserkrankungen die wichtigste Grundlage (8). In besonders schwerwiegenden Fällen kann wie bei der PPD eine Pharmakotherapie mit SSRI in Betracht gezogen werden.

Posttraumatische Belastungsstörungen im Rahmen einer Schwangerschaft oder einer Geburt haben eine Prävalenz von 4–6%, jedoch bilden Frauen mit einer psychiatrischen (Trauma-) Vorgeschichte oder Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen die Hochrisikogruppe (3,5). Eine spezifische traumafokussierte Therapie erweist sich als effektiv (3).

Peripartale und postpartale Psychose (PPP)

Die peripartale Psychose ist eine der wenigen psychiatrischen Erkrankungen mit einem klaren biologischen Auslöser, nämlich der Geburt eines Kindes (15,16).

Bei einer PPP handelt es sich mit einer Prävalenz von 1–2‰, also 1–2 Betroffenen von 1000 Frauen, zwar um eine seltene, aber um eine der schwersten und bedrohlichsten peripartalen psychiatrischen Erkrankungen (3,15,16,17,18,19), welche auch das Wohl des Kindes gefährden kann (20,21,15,19). Charakteristisch sind schwere Verwirrheitszustände, Störungen der Ich- und Umweltgrenze, Desorganisation, bizarres Denken, Insomnie, Sinnestäuschungen und Wahn (21,15,16,17,18), in schweren Fällen auch katatone Zustände (18). Zudem können affektive Störungen wie Depressionen oder Manien auftreten (4,16,13). Erste Symptome treten innerhalb von 1 bis 4 Wochen postpartal auf (21,15,17,18).

Eine Kombination aus biologischen Faktoren, Umweltfaktoren sowie soziokulturellen Komponenten werden als Ursache diskutiert (21), wobei Primiparität, psychische Erkrankungen in der Vorgeschichte und das Absetzen von psychiatrischen Medikamenten während der Schwangerschaft als Risikofaktoren betrachtet werden (15,17). Je nach Quelle haben etwa 40–50% eine psychiatrische Vorgeschichte (5,1,15,17,18). Der grösste Risikofaktor ist eine vorbekannte bipolare Störung (21,15,16,17,18).

Als biologische Ursachen finden meist hormonelle Veränderungen Erwähnung. Der abrupte Abfall der Östrogen- und Progesteronkonzentration stellt immer wieder einen Ansatzpunkt für mögliche Erklärungen dar (21,15,16). Desweiteren bestehen Hinweise darauf, dass Prolaktinhemmer, insbesondere Bromocriptin (Dopamin D2-Rezeptor-Agonist), das Risiko einer peripartalen Psychose erhöhen (16).

Die Diagnosestellung einer PPP ist insofern schwierig, als keine spezifischen, standardisierten Screenings zur Verfügung stehen (21,15,17). Häufig wird auch hier der EPDS verwendet. Dieser ist allerdings weder dafür geeignet zwischen Depressionen und uni- oder bipolaren Störungen zu differenzieren, noch potenzielle Psychosen zu erkennen (21,15,17). Hier besteht zumindest die Möglichkeit, depressive Tendenzen zu erkennen und dadurch auf diese Frauen aufmerksam zu werden. So können in weiteren Gesprächen zusätzliche Auffälligkeiten wie Verwirrtheit, dissoziative Störungen, Gedanken, sich oder dem Kind etwas anzutun etc. ausgeschlossen werden oder erkannt und weitere Massnahmen eingeleitet werden.

Essenzieller Teil der Diagnostik ist der Ausschluss somatischer Ursachen. Hierfür sollte zusätzlich zu medizinisch-neurologischen Untersuchungen ein grosses Blutbild abgenommen werden sowie die Bestimmung der Elektrolyte, des Blutzuckers, Vitamin B₁₂, Folsäure, Thiamin, Kalzium, Kreatinin, Harnstoff, TSH mit fT₃ und fT₄ und Leberwerte erfolgen. Bei der Urinanalyse sollte auch ein Drogenscreening durchgeführt und bei Fieber der Patientin zusätzlich Blutkulturen abgenommen werden. Ein weiterer wichtiger Teil der Diagnostik ist die Bildgebung des Schädels mittels MRI und CT sowie die Lumbalpunktion (21,17,9).

Zu den wichtigsten somatischen Differenzialdiagnosen zählen die thyreotoxische Krise, Infektionen wie Sepsis, Me-

ningitis oder Enzephalitis, Sheehan's Syndrom (postpartale Hypophysennekrose), Delir, diabetische Ketoazidose, Urämie, hepatische Enzephalopathie, Mangel an Vitamin B₁₂ oder Thiamin, Hyperkalzämie, Schwangerschaftshypertension mit zerebralem Insult, Prä- oder Eklampsie, Substanzmissbrauch, medikamenteninduzierte Ursachen (bspw. Kortikosteroide, Virostatika, Antibiotika, Anticholinergika) (21,15,17,19).

Eine peripartale Psychose ist ein psychiatrischer Notfall, der zumeist stationär behandelt werden muss (15,17), idealerweise auf einer Mutter-Kind-Station (3,15). Neben zahlreichen Vorteilen kann insbesondere die mütterliche Identität und die Mutter-Kind-Bindung gefördert werden. In der Schweiz gibt es derzeit 26 psychiatrische Einrichtungen mit Mutter-Kind-Station.

Die medikamentöse Behandlung ist wesentlich (9), sie basiert üblicherweise auf der Kombination verschiedener Medikamentengruppen. Hierzu zählen Antipsychotika, Benzodiazepine, Stimmungsstabilisatoren und Antidepressiva (21,15,17,18).

Neben der medikamentösen Therapie ist eine symptomorientierte, multidisziplinäre Herangehensweise, beispielsweise mit kognitiver Verhaltenstherapie, Psychoedukation, «Acceptance and Commitment therapy» (ACT), therapeutischem Yoga etc. anzustreben (21). Die Einbeziehung und Psychoedukation der Familie ist ebenfalls ein wichtiger Bestandteil der Behandlung (21,15,17).

Trotz des häufig fulminanten Verlaufs ist in den meisten Fällen mit einer schnellen Remission und einer guten Prognose zu rechnen (17), insbesondere wenn die Behandlung innerhalb der ersten vier Wochen nach Beginn der Symptomatik begonnen wird (16–18). Psychosen, die ausschliesslich peripartal bedingt aufgetreten sind, haben hierbei die günstigere Prognose mit weniger Residualsymptomatik im Vergleich zu Psychosen die peripartal als Rezidiv einer Vorerkrankung auftreten (20).

Schlussbemerkung

Jede psychiatrische Erkrankung kann potenziell Einfluss auf die Schwangerschaft und Geburt haben (2). Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, diese Frauen zeitgerecht zu identifizieren. Da das gynäkologisch-geburtshilfliche Team durch die Betreuung der Schwangeren besonders nah am Geschehen ist und die Schwangere im Idealfall über einen längeren Zeitraum begleitet, profitiert eine beispielsweise depressive Patientin von einem aufmerksamen Team. Betroffene Patientinnen sollten im interdisziplinären Setting auch psychiatrisch-psychotherapeutisch bestmöglich behandelt werden.

Ziel ist es, der (werdenden) Mutter, dem Kind und deren Beziehung nicht nur somatisch, sondern auch psychosozial die besten Voraussetzungen für den Start in diesen neuen Lebensabschnitt zu ermöglichen. □

Viktoria Zeljko

Oberärztin und Fachleiterin Peripartal- und Gynäkopsychiatrie
 Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
 Psychiatrische Dienste Aargau AG, 5210 Windisch
 E-Mail: konsiliarpsychiatrie@pdag.ch

Quellen:

1. O'Hara M, Wisner KL.: Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2014; 28 (1): 3-12.
2. Abdelhafez, Mohsen M.A et al.: Psychiatric illness and pregnancy: A literature review. *Heliyon*, 2023; 9 (11) e20958.
3. Cantwell, R. (2021), Mental disorder in pregnancy and the early postpartum. *Anaesthesia*, 76: 76-83. <https://doi.org/10.1111/anae.15424>
4. Kendall-Tackett K, Hale TW.: Review: The use of antidepressants in pregnant and breastfeeding women: a review of recent studies. *Journal of Human Lactation*. 2010;26(2):187-195. doi:10.1177/0890334409342071
5. Meltzer-Brody S, Maegbaek ML, Medland SE, Miller WC, Sullivan P, Munk-Olsen T.: Obstetrical, pregnancy and socio-economic predictors for new-onset severe postpartum psychiatric disorders in primiparous women. *Psychological Medicine*. 2017;47(8):1427-1441. doi:10.1017/S0033291716003020
6. Meltzer-Brody S, Stuebe A.: The long-term psychiatric and medical prognosis of perinatal mental illness. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014 Jan;28(1):49-60. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.08.009.
7. Becker M, Weinberger T, Chandy A. et al.: Depression During Pregnancy and Postpartum. *Curr Psychiatry Rep* 2016; 18: 32. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0664-7>
8. Riecher-Rössler A.: *Psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft und Stillzeit*, Karger Verlag 2012.
9. Trautmann-Villalba P, Hornstein C.: Postpartale psychische Erkrankungen. *Die Psychiatrie* 2017; 14(04): 234-238. doi: 10.1055/s-0038-1669701
10. Abajobir A A, Maravilla JC, Alati R et al.: A systematic review and meta-analysis of the association between unintended pregnancy and perinatal depression, *Journal of Affective Disorders* 2026; 192: 56-63,
11. Bennett, HA, Einarson A, Taddio A et al.: Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics & Gynecology* 2004;103(4): 698-709. doi: 10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f
12. Rondung E, Massoudi P, Nieminen K, et al.: Identification of depression and anxiety during pregnancy: A systematic review and meta-analysis of test accuracy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2024; 103: 423-436. doi:10.1111/aogs.14734
13. Viswasam K, Eslick GD, Starcevic V.: Prevalence, onset and course of anxiety disorders during pregnancy: A systematic review and meta analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2019 Aug;255:27-40. doi: 10.1016/j.jad.2019.05.016. PMID: 31129461.
14. Wisner KL, Peindl KS, Gigliotti T, Hanusa BH.: Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. *J Clin Psychiatry*. 1999 Mar;60(3):176-180. doi: 10.4088/jcp.v60n0305. PMID: 10192593.
15. Osborne LM.: Recognizing and managing postpartum psychosis: a clinical guide for obstetric providers. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2018 Sep;45(3):455-468. doi:10.1016/j.jogc.2018.04.005. PMID: 30092921; PMCID: PMC6174883.
16. Perry A, Gordon-Smith K, Jones L, Jones I.: Phenomenology, epidemiology and aetiology of postpartum psychosis: a review. *Brain Sci*. 2021 Jan 4;11(1):47. doi:10.3390/brainsci11010047. PMID: 33406713; PMCID: PMC7824357.
17. Raza SK, Raza S.: Postpartum psychosis. [Updated 2023 Jun 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/boo>
18. Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL.: A review of postpartum psychosis. *J Womens Health (Larchmt)*. 2006 May;15(4):352-368. doi: 10.1089/jwh.2006.15.352. PMID: 16724884;
19. Bergink V et al.: Treatment of psychosis and mania in the postpartum period. *American J Psychiatry* 2015; 172 (2): 115-123. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.13121652
20. Grube M: Postpartale Psychosen. *Psychoneuro* 2005; 31 (9): 441-444.
21. Michalczyk J, Milosz A, Soroka E.: Postpartum psychosis : a review of risk factors, clinical picture, management, prevention, and psychosocial determinants. *Med Sci Monit*. 2023 Dec 29;29:e942520. doi: 10.12659/MSM.942520. PMID: 38155489; PMCID: PMC10759251