

Wenn das Muttersein nicht glücklich macht

Depressionen und andere psychische Störungen müssen in der Peripartalzeit möglichst schnell diagnostiziert und behandelt werden, um Gefährdungen für Mutter und Kind zu vermeiden.

■ Der Übergang zur Elternschaft ist für werdende Mütter mit bedeutenden psychosozialen und körperlichen Veränderungen verbunden. Die hormonellen Umstellungen, die bereits in der Frühschwangerschaft mit typischen körperlichen Symptomen einhergehen können (z. B. Übelkeit) und Schwangerschaftsbeschwerden, die im weiteren Verlauf tendenziell zunehmen (Ödeme, Schlafdeprivation), werden von schwangeren Frauen ganz unterschiedlich erlebt.

Unmittelbar nach der Entbindung treten bei vielen Müttern Stimmungsschwankungen auf (unterschiedliche Häufigkeitsangaben, Prävalenz bis zu 80%)¹. Diese werden auch als Heultage oder Baby Blues bezeichnet und sind oft von vorübergehender Natur. Erfahrungsgemäß verschwinden sie nach einigen Tagen wieder und gelten somit nicht zwangsläufig als diagnose- bzw. behandlungsrelevant¹. Zu den tatsächlich klinisch relevanten psychischen Störungen im Wochenbett gehören laut DSM-IV und ICD-10 die postpartale Depression und die postpartale Psychose.

Klassifikation: DSM-IV und ICD-10

Im DSM-IV werden postpartale affektive und psychotische Episoden durch die allgemeingültigen diagnostischen Kriterien klassifiziert. Bei einem Episodenbeginn in den ersten vier Wochen nach der Entbindung wird das Zusatzkriterium „mit postpartalem Beginn“ verwendet, um die besondere Situation der frühen Mutterschaft mit den meist typischen Symptomkonstellationen zu spezifizieren.²

Im Gegensatz dazu gibt die ICD-10 unter Kapitel F5 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren) eigenständige diagnostische Kategorien vor: Für psychische oder Verhaltensstörungen, die in den ersten sechs Wochen postpartum auftreten, erfolgt eine Unterscheidung in leichte psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett (F53.0), denen postpartale Depressionen zugeordnet werden, schwere psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett (F53.1), die sich auf Puerperalpsychosen (von lat. puerperium = Geburt, Kindbett) beziehen sowie sonstige beziehungsweise nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett (F53.8, F53.9)³. Es besteht auch die Möglichkeit eine vorliegende psychische Störung (z.B. eine bereits bestehende Angststörung) durch die entsprechende ICD-10 Diagnose zu klassifizieren und mit der ICD-10 Kodierung 99.3 (Psychische Krankheiten sowie Krankheiten des Nervensystems, die Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett komplizieren) zu spezifizieren.

Die Unterschiede in den Klassifikationssystemen erschweren die Interpretation und Vergleichbarkeit von wissenschaftlichen Studien, die auf dem DSM-IV oder auf der ICD-10 beruhen.^{4,5}

Häufigkeit, Verlauf und assoziierte Probleme

Während der Schwangerschaft ist die Häufigkeit von depressiven Störungen vergleichbar mit den Prävalenzraten bei nicht-schwangeren Frauen im reproduktiven Alter (Normalbevölkerung).⁶ Nach der Geburt treten depressive Episoden vergleichsweise häufiger auf: Zwischen zehn und 15 Prozent aller Mütter leiden postpartum unter einer anhaltenden, behandlungsbedürftigen depressiven Symptomatik, die sich schon während der Schwangerschaft in einzelnen depressiven Symptomen ankündigen kann.^{1,6-9}

In der Postpartalzeit zeigt sich oft eine ganz typische Symptomkonstellation. Neben den Kernkriterien depressive Verstimmung, Interessenverlust oder Freudlosigkeit berichten die Betroffenen oft von einer erhöhten Ermüdbarkeit oder Energieverlust mit Überforderungserleben, Schlafproblemen und Konzentrationsschwierigkeiten. Darüber hinaus können im Wochenbett psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung, unangemessene Schuldgefühle beziehungsweise Gefühle der Wertlosigkeit (auch in Bezug auf die Mutterschaft, z. B. eine schlechte Mutter zu sein) und Suizidalität auftreten.^{1,9,10}

Bei ein bis zwei von 1000 Müttern manifestiert sich nach der Geburt eine Puerperalpsychose, die differenzialdiagnostisch von postpartalen Depressionen abgegrenzt werden muss. Die Betroffenen leiden unter wahnhaften Überzeugungen oder Halluzinationen (die sich auch auf das Kind beziehen können, z. B. dass das Kind vom Teufel besessen ist) sowie unter weiteren psychotischen Symptomen, die in der Regel zu einer Gefährdung von Mutter und Kind führen und meist eine sofortige stationäre Aufnahme erforderlich machen.^{1,9}

Neben postpartalen Depressionen und Psychosen sind auch manifeste Angststörungen in der Peripartalzeit recht weit verbreitet⁶. Nicht wenige Frauen leiden bereits vor der Konzeption unter einer manifesten Angststörung, ohne dass diese im Übergang zur Elternschaft remittiert⁴. Manche Frauen befürchten im Zusammenhang mit der Geburt subjektiv unerträgliche Geburtsschmerzen und haben eine übermäßig starke Angst, dass sie selbst oder ihr Kind peripartum sterben könnten¹¹. Im Zusammenhang mit der steigenden Verantwortung in der bevorstehenden Elternschaft können exzessive Sorgen oder Zwangsgedanken auftreten, die sich auf die Schwangerschaft und Geburt oder auf die Gesundheit von Mutter und Kind beziehen. Verlaufsdaten zeigen, dass sich Panikstörungen in der Schwangerschaft tendenziell verbessern und nachgeburtlich wieder verschlimmern beziehungsweise erstmals auftreten.^{12,13} Weiterhin gibt es Berichte über posttraumatische Belastungsstörungen infolge traumatisch erlebter Geburten.^{4,9}

Allerdings besteht insbesondere für peripartale Angststörungen aufgrund der derzeit fehlenden Berücksichtigung in den diagnostischen Klassifikationssystemen (DSM-IV, ICD-10) noch ein erheblicher Forschungsbedarf.

Antenatale depressive Symptome gelten als Prädiktoren für postpartale Depressionen und bringen zahlreiche Risiken für Mutter und Kind (z. B. schlechte Ernährung, Substanzkonsum) mit sich.¹⁵ Die Betroffenen leiden häufiger unter medizinischen Komplikationen (z. B. Präeklampsie) und die Neugeborenen werden eher auffällig (z. B. niedriges Geburtsgewicht).¹⁶⁻¹⁹ Auch eine antenatale Angstsymptomatik und vorgeburtliches Stresserleben sind mit Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen (z. B. längere Geburtsdauer und stärkere Schmerzwahrnehmung), mit der fetalen Entwicklung (z. B. Frühgeburtlichkeit, niedriges Geburtsgewicht) sowie mit postpartalen psychischen Störungen der Mutter assoziiert.^{7, 8, 20-22} Postpartale psychische Störungen können sich nachteilig auf die Mutter-Kind-Beziehung, die Bindungsentwicklung sowie auf die kognitive und sozial-emotionale Entwicklung der Kinder auswirken.²³⁻²⁷

Diagnostik und Behandlung

Die Prognose für peripartale psychische Störungen ist umso besser, je eher die Betroffenen diagnostiziert und behandelt

- medizinische Vorerkrankungen; psychische bzw. psychiatrische Erkrankungen in der Eigen- und Familienanamnese
- prämenstruelle Beschwerden oder postpartale Depressionen in der Vorgeschichte
- Erwünschtheit der Schwangerschaft
- Familienstand, psychosozialer Status, Minderjährigkeit
- Zufriedenheit in der Partnerschaft und Unterstützung durch den Partner
- soziales Netz und soziale Unterstützung
- negative Erziehungserfahrungen in der eigenen Kindheit, Gewalterfahrungen oder Missbrauch
- kritische Lebensereignisse vor oder während der Schwangerschaft und Postpartalzeit (z.B. Heirat, Umzug, Tod einer nahestehenden Person)
- Selbstwahrnehmung, überhöhter Selbstanspruch, Perfektionismus
- dysfunktionaler Persönlichkeits- oder Copingstil
- Schwangerschaftsverlauf und -komplikationen, Geburtsverlauf und -komplikationen, subjektives Geburtserleben
- Adaptationsprobleme des Kindes nach der Geburt, Krankheit oder Behinderung des Kindes
- Stillschwierigkeiten
- Überforderung oder übermäßiger Schlafentzug durch die Betreuung des Kindes
- Regulationsstörungen (exzessives Schreien, Schlaf- oder Fütterstörung) des Kindes, schwieriges kindliches Temperament, Bindungsschwierigkeiten, problematische Mutter-Kind-Interaktion

Tab. 1: Risikofaktoren in der Schwangerschaft und frühen Mutterschaft^{15, 28-30}



werden. Leider werden psychische Störungen in der Peripartalzeit oft zu spät erkannt und versorgt.¹⁴ Deshalb sollte bereits in der Schwangerschaft mit der Früherkennung begonnen werden. Bevor die Diagnose einer psychischen Störung im Einzelnen geprüft werden kann, ist eine ausführliche Anamnese und Verlaufsdiagnostik (Kataloge A und B im Mutterpass) sowie eine Einschätzung von Risikofaktoren in der Schwangerschaft und frühen Mutterschaft unerlässlich (s. Tab. 1). Postpartale psychische Belastungen der Mutter

können unter anderem auch Ausdruck für eine Überforderung bei der Versorgung des Kindes sein, so dass beispielsweise Regulationsstörungen immer erfragt werden sollten.

Im Vergleich zur Häufigkeit von manifesten psychischen Störungen scheinen die Häufigkeiten für (subklinische) ängstliche und depressive Zustände sowie die Symptome eines allgemeinen Stresserlebens höher zu liegen.¹⁷ Daher sollte in Ergänzung zu einer kategorialen Diagnostik auch eine dimensionale Diagnostik zur Verlaufsbeschreibung und Früherkennung genutzt werden.

Screening zur Früherkennung

Die Depression-Angst-Stress-Skala für die Peripartalzeit (DASS-P)³¹ wurde für Screeninguntersuchungen circa vier Wochen vor und nach der Geburt entwickelt und validiert (s. Abb. 1). Diese Skala ist ökonomisch, praktikabel und sensitiv hinsichtlich peripartaler psychischer Auffälligkeiten. Für den Kliniker ergibt sich aus der fallbezogenen Auswertung bereits ein erster Einblick in die spezifischen Problembereiche der Patientin. Die drei Skalen Depression (Fragen 1-5), Angst (Fragen 6-10) und Stress (Fragen 11-15) umfassen jeweils fünf Items mit einem vierstufigen Antwortformat (nie=0, manchmal=1, oft=2, sehr oft=3) und werden zur Auswertung aufsummiert. Bei einem Summenwert über fünf Punkten auf der Gesamtskala sollte eine weiterführende Diagnostik erfolgen und gegebenenfalls eine entsprechende Intervention eingeleitet werden (s.u.).³¹

In der klinischen Anwendung muss beachtet werden, dass die DASS-P keine Fragen zu psychotischen Symptomen und zur Suizidalität enthält. Eine Abklärung dieser Symptome kann durch den Einsatz der Skala nicht ersetzt werden. Wenngleich der Aufwand einer Befragung mit diesem kurzen Fragebogen gering ist, müssen Patienten über unvermeidbare statistische Unsicherheiten, wie zum Beispiel falsch negative und falsch positive Ergebnisse aufgeklärt werden.³²

Diagnostik speziell für Frauen

Für eine kategoriale Diagnostik sei auf das Composite International Diagnostik Interview für Frauen (CIDI-VENUS, CIDI-V)³³ verwiesen. Dabei handelt es sich um ein standardisiertes Interview zur Erfassung psychischer Störungen nach DSM-IV. Bei der Entwicklung des CIDI-V wurden die Standardmodule des WHO-CIDI durch frauenspezifische Komponenten ergänzt. Als bisher einziges diagnostisches Interview erlaubt es die Berücksichtigung der diagnostischen Besonderheiten in den reproduktiven Übergängen der Frau (prämenstruelle Phase, Peripartalzeit, Perimenopause).³³⁻³⁵ Das CIDI-V enthält eine Fülle klinisch relevanter Informationen zur gynäkologischen Anamnese wie zum Beispiel Informationen zu prämenstruellen Beschwerden und Zyklusstörungen, zu früheren und aktuellen Schwangerschaften sowie zu gynäkologischen Operationen³³ und bezieht dabei auch eine mögliche reproduktive hormonelle Sensitivität ein.^{36, 37} Durch den Einsatz in der Peripartalzeit erlaubt das CIDI-V eine umfassende Diagnostik von depres-

siven Störungen mit relevanten Verlaufsdaten (Beginn bzw. Exazerbation in der Schwangerschaft und Postpartalzeit) sowie die Feststellung möglicher komorbider Störungen (z. B. Angststörungen, Substanzmissbrauch und -abhängigkeit).³³

Behandlung

Im Rahmen der Allgemeinversorgung steht für peripartale psychische Auffälligkeiten ein mehrstufiges Angebot von psychoedukativen und ressourcenaktivierenden Techniken über Entspannungsverfahren bis hin zu klassischen psychotherapeutischen Behandlungsmethoden zur Verfügung.³⁸ Dabei gilt, dass Wartezeiten durch eine enge Kooperation der beteiligten Professionen vermieden werden sollten, um (weitere) negative Auswirkungen auf den Schwangerschaftsverlauf, die Geburt und die frühe Mutterschaft zu vermeiden.

Für depressive Störungen wurde die Wirksamkeit verschiedener Verfahren (z. B. interpersonelle Psychotherapie, kognitive Verhaltenstherapie) gezeigt.³⁹⁻⁴² Sehr ernst zu nehmen sind wiederkehrende Suizidvorstellungen oder -pläne, die das Risiko eines (erweiterten) Suizids beziehungsweise Infantizids mit sich bringen können und eine Indikation für eine stationäre Behandlung darstellen. Auch psychotische Symptome können zu einer Gefährdung von Mutter und Kind führen und machen meist ebenfalls eine sofortige stationäre Aufnahme erforderlich.^{1,9} Bei der Behandlung manifester Angststörungen muss die Indikation für Konfrontationsbehandlungen im individuellen Fall hinsichtlich der Risiken in der Schwangerschaft abgewogen werden (z. B. Auslösung von Wehen, intrauterine Stressexposition; ggf. Behandlung in der Postpartalzeit). Ferner können beim Müttergenesungswerk (www.muetergenesungswerk.de) Schwangeren- beziehungsweise Mutter-Kind-Kuren mit spezifischen Behandlungsschwerpunkten beantragt werden. Spezielle Beratungsmöglichkeiten (z. B. Stillberatung, Schreiambulanz), praktische Unterstützungen (z. B. Haushaltshilfe, Hilfe bei der Kinderbetreuung, ggf. unter Einbeziehung des Jugendamtes) sowie die Teilnahme an Selbsthilfegruppen (www.schatten-und-licht.de) können ebenfalls zur Bewältigung der neuen Lebenssituation beziehungsweise zur Entlastung beitragen.

Die Psychopharmakotherapie weist in der Schwangerschaft und Stillzeit zahlreiche Besonderheiten auf.⁴³ Die sorgfältige Risiko-Nutzen-Abschätzung und die medikamentöse Einstellung sollten durch einen erfahrenen Psychiater/ärztlichen Psychotherapeuten erfolgen. Eine frühzeitige Diagnosestellung sowie eine schnelle Therapieeinleitung sind in der Peripartalzeit von besonderer Bedeutung. Dabei stellt die interdisziplinäre Versorgung von (werdenden) Müttern durch ganz unterschiedliche Berufsgruppen eine besondere Herausforderung dar. (Die Literatur ist bei der Autorin erhältlich)

*Dipl.-Psych. Julia Martini
Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie
Technische Universität Dresden
martini@psychologie.tu-dresden.de*

Die folgenden Fragen helfen Ihrem Arzt oder Ihrer Hebamme, mögliche emotionale Beschwerden vor und nach der Geburt frühzeitig zu erkennen. Bitte lesen Sie die einzelnen Aussagen sorgfältig durch und kreuzen Sie die Antwort an, die Ihrem Befinden in den letzten beiden Wochen am besten entspricht!
Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.

Während der letzten beiden Wochen...	nie	manchmal	oft	sehr oft
1. ... hatte ich jegliches Interesse verloren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ... schien es mir unmöglich, positive Gefühle zu empfinden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ... fühlte ich mich als Person wertlos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ... fand ich kein Vergnügen und keine Freude an den Dingen, die ich tat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ... hatte ich das Gefühl, dass es nichts gibt, worauf ich mich freuen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ... machte ich mir Sorgen über Situationen, in denen ich panisch reagieren oder mich blamieren könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ... hatte ich ohne ersichtlichen Grund Angst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ... war ich kurz davor, panisch zu reagieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ... befürchtete ich, mich könnte eine einfache aber unbekannte Aufgabe umwerfen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ... gab es Situationen, die mich so ängstlich machten, dass ich erleichtert war, wenn die Situationen vorüber waren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ... konnte ich es nur schwer tolerieren, wenn ich unterbrochen wurde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ... war ich aufgeregt und aufgewühlt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ... war ich ständig in einem nervös-angespannten Zustand.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. ... konnte ich mich nur schwer wieder beruhigen, nachdem mich etwas aufgeregt hatte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ... war ich sehr empfindlich, reizbar und missgelaunt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte kontrollieren Sie noch einmal, ob Sie alle Fragen beantwortet haben. Vielen Dank!

Quelle: Martini, J., Einbock, K., Wintermann, G.-B., Klotsche, J., Junge-Hoffmeister, J. & Hoyer, J. (2009). Die Depression-Angst-Stress-Skala für die Peripartalzeit: Ein Screeninginstrument für die Schwangerschaft und das Wochenbett. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 4(2), 288-309.

Abb. 1: Die Depression-Angst-Stress-Skala für die Peripartalzeit (DASS-P)