

Schwangerschaftsdepression

Diagnose und Therapie

Die Schwangerschaft schützt offensichtlich nicht vor psychischen Erkrankungen: Bei bis zu 20 Prozent der Frauen soll es während der Schwangerschaft zu Depressionen kommen. Wie Hausärzte diese Störung erkennen und behandeln können, beschreibt ein kanadisches Autorenteam im «Canadian Family Physician».

CANADIAN FAMILY PHYSICIAN

In den vergangenen 25 Jahren hat sich die Forschung auf die Wochenbettdepression konzentriert, während der Schwangerschaftsdepression keine grosse Beachtung geschenkt wurde. Doch lassen neuere Arbeiten vermuten, dass die Wochenbettdepression Teil einer Erkrankung ist, die schon während der Schwangerschaft beginnt.

Angaben in der Literatur zufolge entwickeln 7,4 Prozent der Frauen im ersten Schwangerschaftsdrittel eine Depression. Allerdings ist es nicht einfach, eine Depression in diesem frühen Schwangerschaftsstadium zu erkennen, da sich Symptome der Schwangerschaft und Symptome einer Depression überschneiden können. Im zweiten Trimester steigt die Depressionsrate laut einer Untersuchung aus dem Jahr 2004 auf 12,8 Prozent an und beträgt auch während des letzten Schwangerschaftsdrittels 12 Prozent. Andere Autoren nennen noch höhere Zahlen.

Derzeit gibt es kein spezifisches Screening-Verfahren zur Erfassung einer Schwangerschaftsdepression. Die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) wurde zwar zur Beurteilung der Wochenbettdepression entwickelt, wird von manchen Autoren aber auch als Screening-Instrument zur Erfassung einer Schwangerschaftsdepression verwendet. Die EPDS ist ein kurzer Fragebogen (10 Fragen), mit dessen Hilfe das psychische Befinden der Patientin zumindest grob beurteilt werden kann.

Merksätze

- In der Schwangerschaft besteht ein erhebliches Risiko für neu auftretende oder reaktivierte Depressionen. Erfolgt keine Behandlung, kann die Depression bis in die Postpartalzeit fortauern.
- Eine durchgemachte Depression, insbesondere eine postpartale Depression, gilt als Risikofaktor für eine erneut auftretende affektive Störung während der Schwangerschaft und danach.
- Bei leichter bis mässiger Depression kann eine Psychotherapie ausreichen. Liegt eine schwere Depression vor, werden Antidepressiva empfohlen. Welches Medikament eingesetzt wird, muss von Fall zu Fall nach Absprache mit der Patientin entschieden werden.
- Beim Neugeborenen auftretende Entzugerscheinungen sind transient. Eine unbehandelte Depression der Mutter wirkt sich auf das Neugeborene ungünstiger aus als die Exposition gegenüber der antidepressiven Medikation.

Risikofaktoren

Als wesentliche biologische Risikofaktoren für das Auftreten einer Schwangerschaftsdepression gelten eine bereits durchgemachte Depression oder ein prämenstruelles dysphorisches Syndrom der Patientin sowie psychiatrische Erkrankungen in der Familienanamnese. An wichtigen psychosozialen Risikofaktoren nennen die Autoren Missbrauch der Patientin in der Kindheit, Partnerschaftskonflikt, häusliche Gewalt, Drogen- und Nikotinkonsum, mangelnde soziale Unterstützung, geringes Bildungsniveau, Arbeitslosigkeit und fehlende Unterstützung durch den Kindsvater.

Behandlungsoptionen

Die Schwangerschaftsdepression kann mit Antidepressiva, Psychotherapie (Einzel- oder Gruppentherapie), Lichttherapie und Elektrokrampfbehandlung angegangen werden. Den kanadischen Autoren zufolge kommen von den psychotherapeutischen Verfahren am häufigsten die interpersonelle Psychotherapie und die kognitive Verhaltenstherapie zum Einsatz. Eine Lichttherapie ist vor allem bei Frauen hilfreich, die über jahreszeitliche Stimmungsschwankungen berichten und die in der Schwangerschaft keine Antidepressiva einnehmen möchten.

Die Elektrokrampftherapie (ECT) wird sehr selten appliziert, obwohl verschiedene Kasuistiken zeigen, dass die ECT während der Schwangerschaft relativ sicher und effektiv ist. Die American Psychiatric Association empfiehlt die ECT nur, wenn Frauen schwer psychotisch oder akut suizidal sind und wenn andere Therapiemaßnahmen versagt haben.

Pharmakotherapie

Am häufigsten werden heute selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) und selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) verabreicht. Zu den SSRI zählen z.B. Fluoxetin (Fluctine® und Generika), Paroxetin (Deroxat® und Generika), Sertralin (Zoloft® und Generika), Fluvoxamin (Floxyfrol® und Generika) sowie Citalopram (Sero-gram® und Generika). Venlafaxin (Efexor®) ist ein Vertreter der SNRI-Antidepressiva. Alle SSRI sowie Venlafaxin passieren die Plazenta.

Da jede Mutter und jedes Baby die Medikation anders metabolisiert, kann keine allgemeingültige Empfehlung hinsichtlich der Medikamentenwahl in der Schwangerschaft ausgesprochen werden. Wenn eine Frau während der Schwangerschaft eine medikamentöse antidepressive Therapie erhält, machen sich sowohl Arzt als auch Patientin Gedanken, ob das Medikament möglicherweise teratogen wirkt, dem Neugeborenen schadet oder die Entwicklung des Kindes längerfristig beeinträchtigt. Im ersten Schwangerschaftsdrittel steht die Angst vor möglichen fetalen Missbildungen im Vordergrund. Doch gibt es derzeit keine Hinweise, dass SSRI oder Venlafaxin mit einer vermehrten Teratogenität assoziiert sind. Im letzten Schwangerschaftstrimester bestehen vor allem Bedenken, ob die antidepressive Medikation zu Entzugserscheinungen beim Neugeborenen führen kann. Eine Entzugssymptomatik (z.B. Gelbsucht, Respiratory Distress, Tremor etc.) wird jedoch nur vorübergehend beobachtet. Langfristige Nebenwirkungen durch eine pränatale Exposition gegenüber SSRI oder Venlafaxin wurden bisher nicht beschrieben. Allerdings sind hier weitere Forschungsarbeiten erforderlich.

Das psychische Befinden der Frau sollte während der gesamten Schwangerschaft sorgfältig überwacht werden, insbesondere im letzten Trimester, weil dann körperliche Veränderungen Dosisanpassungen erforderlich machen können. Eine neuere Untersuchung kam zu dem Ergebnis, dass eine mütterliche Gemütskrankheit, die im letzten Schwangerschaftsdrittel medikamentös nicht ausreichend behandelt wurde, zu einer schlechten Anpassung des Neugeborenen beitrug. Geburtshelfer und Neonatologen müssen informiert werden, wenn die Schwangere mit SSRI behandelt wurde, damit das Kind während der Geburt sorgfältig überwacht und – wenn nötig – behandelt werden kann.

Individuelle Therapieentscheidung

Bei der Schwangerschaftsdepression müssen Arzt und Patientin gemeinsam entscheiden, welche Therapieoption im Einzelfall am besten ist. Beispielsweise sollte man Frauen mit rezidivierenden depressiven Episoden, die schon zum Zeitpunkt der Konzeption medikamentös behandelt wurden, dazu raten, die Medikation bis nach der Geburt weiter zu nehmen. Hat eine Frau bereits zu einem früheren Zeitpunkt eine schwere Depression erlitten und kommt es während der Schwangerschaft zu einem Rezidiv, sollte sie das Medikament nehmen, auf das sie bereits früher gut angesprochen hat. Eine erstmals während der Schwangerschaft auftretende depressive Episode sollte nur dann medikamentös behandelt werden, wenn es sich um eine schwere Depression handelt, die voraussichtlich auf eine Psychotherapie nicht ausreichend anspricht.

Eine Schwangerschaftsdepression sollte unbedingt behandelt werden. Bleibt die Störung unerkannt und unbehandelt, kann dies für Mutter und Kind erhebliche negative Auswirkungen haben (chronische affektive Störung bei der Mutter, Störung der Mutter-Kind-Beziehung, kognitive, emotionale und Verhaltensstörungen beim Kind).

Nicht jeder Hausarzt fühlt sich wohl bei dem Gedanken, eine Schwangere mit ausgeprägter Depression zu behandeln. Umgekehrt möchte die werdende Mutter vielleicht die Meinung eines Experten hinsichtlich der antidepressiven Pharmakotherapie einholen. In diesen Fällen sollte die Überweisung zu einem Psychiater erwogen werden. ■

Quelle:

Deirdre Ryan, Lisa Milis, Nicholas Misri (Reproductive Mental Health Program, BC Women's Hospital, Vancouver, Canada) et al.: Depression during pregnancy. Canadian Family Physician 2005; 51: 1087-1093.

Andrea Wülker

Interessenkonflikte: keine deklariert