

Management der postnatalen Depression

Eine Depression bei Müttern nach einer Geburt ist häufig und lässt viele Fragen bezüglich Krankheitsschwere, Therapie, Folgen und nicht zuletzt der Präventionsmöglichkeiten aufkommen. Im Folgenden werden die Diskussion, die neuere klinische Studienlage sowie Kernpunkte einer neuen britischen Guideline zusammengefasst.

Eine klinisch relevante postpartale Depression tritt, so die aktuellen Schätzungen, bei 13% der Mütter nach einer Geburt auf. Es handelt sich entweder um einen Teil einer bipolaren oder, in den meisten Fällen, um eine unipolare Erkrankung. Die Diagnoseklassifikationssysteme DSM der psychischen Störungen respektive die ICD-10 gehen von einem Krankheitsbeginn innerhalb von vier bis sechs Wochen nach einer Geburt aus, ein späterer Beginn (bis zu 10 Monaten postpartal) ist aber möglich. Die Symptome werden neben *Müdigkeit, Schlafstörungen, verringerter Libido vor allem als Gefühle der Wertlosigkeit und Hoffnungslosigkeit, als sehr frühes morgendliches Aufwachen (vor dem Baby) und als Pflegebedürftigkeit* beschrieben.

Die Abklärung

Differenzialdiagnose

Der Begriff der postpartalen Depression wird nicht selten fälschlich verwendet: In der Differenzialdiagnose ist die Störung abzugrenzen vom «*Postpartum-Blues*» und der *postpartalen Psychose*. Der Blues betrifft mindestens 30% der Frauen nach einer Geburt und äussert sich durch vorübergehende emotionale Labilität und eine grosse Bandbreite assoziierter symptomatischer Störungen in der ersten Woche nach der Geburt. Die Sorge für das Neugeborene ist nicht beeinträchtigt, Gefühle der Wertlosigkeit sind nicht vorherrschend, die Mutter hat keine Suizidgedanken. Die Symptomatik ist zeitlich begrenzt; dennoch sollte sichergestellt werden, dass die Mutter nicht schwerer erkrankt.

Die schwerste Form der postpartalen affektiven Störungen ist die *Wochenbettpsychose* (bzw. *postpartale Psychose*). Das Krankheitsbild äussert sich durch einen plötzlichen Beginn manischer oder

depressiver Stimmungen und Auffälligkeiten, und zwar schon sehr bald nach der Geburt. Es handelt sich um einen psychiatrischen Notfall, die Patientinnen müssen hospitalisiert und medikamentös behandelt werden, vorzugsweise in einer Mutter-Kind-Klinik. Die *Wochenbettpsychose* tritt bei 1 von 1000 Frauen nach einer Entbindung auf, aber bei 1 von 2 Wöchnerinnen, die bereits zuvor eine bipolare Störung oder *Wochenbettpsychose* erlitten haben. Zu beachten ist das hohe Suizidrisiko: In den Jahren 2000 bis 2002 wurden beispielsweise in Grossbritannien mehrere Selbstmorde betroffener Frauen dokumentiert, die suboptimal oder gar nicht ärztlich betreut worden waren.

Risikofaktoren, Anamnese, Screening

Die Geburt eines Kindes wird als ein potenzieller Risikofaktor für depressive Episoden der Mutter betrachtet, allerdings nur als einer von mehreren potenziellen Auslösefaktoren der Depression.

Metaanalysen der letzten zehn Jahre zeigen als *Haupttrisikofaktoren* für eine postpartale Depression:

- Depression oder Angststörung während der Schwangerschaft
- Depression in der Anamnese
- eine andere psychische Störung in der Anamnese
- zurzeit belastende Lebensumstände
- fehlende soziale Unterstützung, insbesondere durch den Partner.

Die kürzlich publizierten britischen Guidelines des NICE* empfehlen zur Identifikation betroffener Frauen in der Perinatalperiode die sogenannten *Whooley-Fragen* als Screeningtool:

- «Haben Sie sich im letzten Monat öfter in gedrückter Stimmung gefühlt oder Gefühle der Hoffnungslosigkeit erlebt?»

■ «Haben Sie im letzten Monat öfter erlebt, dass Sie an vielen Dingen kein Interesse oder Vergnügen mehr haben?»
Sofern eine der Fragen positiv beantwortet wird, wird eine dritte empfohlen:

- «Ist dieses Gefühl so, dass Sie Hilfe benötigen oder gern Hilfe hätten?»

Zu beachten ist, dass diese Fragen allein zum Screening angewandt werden, nicht zur Diagnose. Eine leichte oder mittelschwere postpartale Depression kann in der Grundversorgung behandelt werden. Bei einer schweren Form oder auch bei Nichtansprechen auf die erst gewählte Therapie muss in psychiatrischen Kliniken behandelt werden, da Mutter und Kind schwer gefährdet sein können.

Behandlung und Prognose

Die britischen Leitlinien empfehlen ein stufenweises Vorgehen in der Therapie der postpartalen Depression: Selbsthilfestrategien, indirektive Beratung, kurze kognitive Verhaltens- sowie Psychotherapie werden bei leichten und mittelschweren Formen empfohlen. Antidepressiva, vorzugsweise selektive Serotonin-Reuptake-Hemmer (SSRI), werden nur eingesetzt, wenn die Patientin die Psychotherapie ablehnt, wenn diese nicht gelingt oder wenn es sich um eine schwere Depression handelt (im letzten Fall wird immer eine begleitende Verhaltens- oder interpersonelle Psychotherapie empfohlen). Eine neuere Cochrane-Metaanalyse von zehn Studien belegt, dass diese Interventionen bei postpartaler Depression wirksam sind.

Aus ethischen und praktischen Gründen ist die Pharmakotherapie in der Perinatalperiode begrenzt. Eine randomisierte plazebokontrollierte Studie mit Fluoxetin und jeweils begleitender Verhaltenstherapie fand den grössten Nutzen in der Fluoxetingrouppe.

Bei stillenden Frauen sind stets die Wirkungen der Pharmakotherapie auf die Säuglinge im Auge zu behalten, wobei die SSRI als sicherer als die trizyklischen

*National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)



Das Baby ist da – doch statt Freude setzt eine Depression ein, die wochen- bis monatelang dauert. Laut Schätzungen soll mehr als jede zehnte Mutter nach einer Entbindung betroffen sein.

Antidepressiva gelten. Langzeitwirkungen auf die Kinder sind nicht bekannt.

Besondere Vorsicht ist aber geboten bei sehr jungen, unreifen oder erkrankten Säuglingen, und in jedem Fall ist auch bei älteren Kindern pharmakotherapeutisch behandelte Mütter auf Sedierung, Reizbarkeit und Veränderungen des Ess- und Schlafverhaltens zu achten. Wegen der häufig unklaren Beschreibung einer postpartalen Depression (s.o.) in der Literatur ist es schwierig, allgemeingültige Prognosen nach einer Behandlung abzugeben. Die meisten Studien zeigten aber, dass die Frauen, welche adäquat behandelt wurden, sich in der Regel vollständig erholen. Durchschnittlich dauern postpartale Depressionen drei bis sechs Monate an, bei einer kleinen Minderheit der Patientinnen allerdings über ein Jahr. Anscheinend reagieren einige Frauen besonders empfindlich nach einer Kindesgeburt, sodass es wiederholte postpartale Depressionen beim zweiten Kind gibt.

Prävention

Eine individuelle professionelle Unterstützung für Mütter mit hohem Risiko einer postpartalen Depression hat sich in Studien als nützlich erwiesen. Eine Therapie mit Sertralin, direkt nach der Geburt gegeben, hat in einer kleineren randomisierten Studie das Rückfallrisiko in einer solchen Klientel verringert. Dies scheint insbesondere für Frauen mit schwerer depressiver Störung vor der Schwangerschaft zu gelten, welche die antidepressive Therapie während der Schwangerschaft abgesetzt haben. Für Frauen mit zu erwartenden leichteren Formen sollten eine soziale Unterstützung und eine kurze strukturierte Psychotherapie rechtzeitig bereitgestellt sein. ■

Bärbel Hirrle

Quelle:

Musters Ch. et al.: Management of postnatal depression. Clinical Review. *BMJ* 2008; 337: 399-403.