

Postpartale depressive Störung – psychosomatische Aspekte

Postpartum Depressive Disorder – Psychosomatic Aspects



Autoren

Stephanie Schipper-Kochems¹, Tanja Fehm², Gabriele Bizjak², Ann Kristin Fleitmann², Percy Balan², Carsten Hagenbeck², Ralf Schäfer¹, Matthias Franz¹

Institute

- 1 Clinical Institute for Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, University Hospital Düsseldorf, Heinrich Heine University, Düsseldorf
- 2 Department of Gynecology and Obstetrics, University Hospital Düsseldorf, Heinrich-Heine University, Düsseldorf

Schlüsselwörter

postpartale Depression, Mutter-Kind-Bindung, Mutter-Kind-Therapie

Key words

postpartum depression, mother-child bond, mother-child therapy

eingereicht 11. 7. 2018

revidiert 19. 9. 2018

akzeptiert 16. 10. 2018

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0759-1981>

Geburtsh Frauenheilk 2019; 79: 375–382 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York | ISSN 0016-5751

Korrespondenzadresse

Stephanie Schipper-Kochems
University Hospital Düsseldorf, Heinrich Heine University,
Clinical Institute for Psychosomatic Medicine and Psychotherapy
Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf
Stephanie.Schipper-Kochems@med.uni-duesseldorf.de

ZUSAMMENFASSUNG

Eine postpartale Depression (PPD) ist die häufigste psychische Störung von Müttern im Anschluss an die Geburt eines Kindes. Da die Symptomatik der PPD der normalen Belastung gesunder Frauen nach einer Geburt ähnlich ist, besteht hier für den behandelnden Frauenarzt oder die Hebamme oftmals die Schwierigkeit, diese Erkrankung rechtzeitig zu diagnostizieren und somit eine adäquate Behandlung und umfassende Begleitung der Patientin einzuleiten. Auch wenn die Möglichkeiten eines Screenings mittels evaluierter Fragebögen und

nachgewiesen wirksamer nachfolgender Psychotherapie und/oder medikamentöser Therapie in der Behandlung der PPD gegeben sind, zeigt sich, dass die affektgesteuerte Interaktion und das Bindungsverhalten zwischen Mutter und Kind in den meisten Behandlungsansätzen wenig berücksichtigt wird. Dieser Beitrag stellt Diagnostik und aktuelle therapeutische Ansätze sowie deren Integration in die Praxis dar, um eine Sensibilisierung für diese Thematik im klinischen Alltag zu erreichen und die Pfade einer adäquaten Behandlung aufzuzeigen. Spezifische multiprofessionelle Behandlungsansätze, welche die Mutter-Kind-Beziehung in den Mittelpunkt stellen, zeigen Erfolge in Bezug auf die Depression der Mutter ebenso wie auf die Entwicklung einer sicheren Mutter-Kind-Bindung und sind somit ein protektiver Faktor für die Entwicklung der betroffenen Kinder. Die mittlerweile bekannten Auswirkungen einer PPD auf die Väter sowie die negativen Folgen einer väterlichen Depression auf die kindliche Entwicklung machen deutlich, dass die Behandlung nicht alleine die mütterliche Depression, sondern immer auch auf die familiäre Bindung zwischen Mutter, Kind und Vater in der Behandlung fokussieren sollte.

ABSTRACT

Postpartum depression (PPD) is the most common mental illness in mothers following the birth of a child. Since the symptoms of PPD are similar to the normal stress of healthy women following childbirth, it is often difficult for the attending gynaecologist or midwife to diagnose this illness in a timely manner and thus initiate adequate treatment and comprehensive support for the patient. Even if there are options for a screening using evaluated questionnaires and subsequent psychotherapy and/or drug therapy in the treatment of PPD which has proven effective, it is seen that, in most treatment approaches, little consideration is given to the affect-controlled interaction and the bonding behaviour between mother and child. This article presents diagnostic measures and current therapeutic approaches as well as their integration in practice in order to achieve awareness of this topic in everyday clinical practice and show the pathways of appropriate treatment. Specific multiprofessional treatment approaches which centre on the mother-child relationship demonstrate successes with regard to depression in the mothers and also

on the development of a secure mother-child bond and are thus a protective factor in the development of the affected children. The now well-known effects of PPD on the fathers as well as the negative impacts of paternal depression on child

development make it clear that the treatment should not focus solely on maternal depression, but also always on the family bond between the mother, child and father in the treatment.

Einleitung

Eine Schwangerschaft und die Geburt ihres Kindes ist für die allermeisten Frauen eine existentielle Erfahrung. Dieser Beginn eines neuen Lebensabschnitts mit tiefgreifenden Veränderungen stellt eine vulnerable Phase mit erhöhtem Unterstützungsbedarf für die betroffenen Frauen und Kinder dar [1, 2]. Der Übergang zum Muttersein bedeutet eine Umstellung in der Beziehung zum Partner hin zur Triade und erfordert ebenfalls die Entwicklung einer Anpassung eigener und kindlicher Bedürfnisse. Die mütterliche körperliche und psychische Anpassungsleistung wird dabei hormonell unterstützt, erfolgt aber auch vor dem Hintergrund affektiv repräsentierter eigener biografischer Prägungen und möglicherweise auch konflikthafter oder belastender kindlicher Früherfahrungen, die im Rahmen regressiver Prozesse durch Geburt und Stillen reaktualisiert werden können. Nicht immer gelingt die Umstellung und das Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen ist in dieser Phase höher als zu anderen Zeiten im Leben einer Frau [3]. Insbesondere kommt es häufig zu depressionstypischen Symptomen. Der vorliegende Übersichtsartikel fasst die wichtigsten Befunde zu dieser Thematik zusammen. Hierfür wurde eine umfangreiche Datenbankrecherche durchgeführt. Dabei wurde der Zeitraum von 2004 bis 2017 berücksichtigt und als Suchitems die Begriffe „postpartum depression“, „postpartal depression“, „postpartale Depression“ und „maternity health“ verwendet. Die Suche erfolgte in den Datenbanken: PubMed, PsycINFO and Google Scholar.

Im Praxisalltag wird durch das positiv besetzte Thema einer Geburt und der Mutterrolle und die damit einhergehenden normativen Erwartungen die psychische Belastung, die mit der Geburt einhergeht, durch Arzt und Mutter eher selten thematisiert. Bei Frauen mit depressiven Störungen löst das Ausbleiben der antizipierten Glücksgefühle nach der Geburt des Kindes vor diesem Hintergrund häufig Schuldgefühle und Verunsicherungen aus. Auch können eigene frühkindliche biografische Konflikte und Belastungen in dieser Situation reaktiviert werden. Gefühle von Freudlosigkeit, starker Überforderung und Hilflosigkeit werden dann aus Scham selten geäußert. Dies macht es für den betreuenden Frauenarzt schwierig, eine psychische Erkrankung zu diagnostizieren. Wenn psychoreaktive Beeinträchtigungen von der Mutter thematisiert werden, ist die Abgrenzung zur PPD schwierig und wird häufig zunächst als normale Anpassungsbelastung interpretiert.

Psychische Erkrankungen der Mutter können die Affektwahrnehmung und -verarbeitung und damit auch das Bindungsverhalten und die Art der Interaktion zwischen Mutter und Kind beeinflussen. Deshalb stellen sie einen möglichen Vulnerabilitätsfaktor auch für das Kind dar [1, 4–6]. Dieses kann noch Jahre später soziale, kognitive und emotionale Einschränkungen zeigen [1]. Aufgrund dieser intergenerationalen Auswirkungen psychischer Stö-

rungen stellen eine möglichst frühzeitige Diagnose und die Einleitung einer umfassenden psychosomatischen Behandlung für Mutter und Kind eine Herausforderung für die betreuenden Ärzte dar.

Epidemiologie psychischer Störungen

Psychische Störungen können prinzipiell in jeder Form während der Schwangerschaft und in der Postpartalzeit auftreten. Diese Störungen sind jedoch keine eigenständigen Krankheitsbilder, sondern sie entsprechen im Verlauf denen einer unabhängig von einer Schwangerschaft auftretenden psychischen Erkrankung [3, 7, 8].

Babyblues

Abzugrenzen von einer postpartal auftretenden depressiven Erkrankung ist der sogenannte „Babyblues“. Dieser Begriff bezeichnet eine kurzfristige psychische Affektlabilität in den ersten Tagen nach der Geburt, welche nicht als pathologisch zu bewerten ist, sondern eher als eine Reaktion auf die allgemeine und hormonelle postpartale Umstellung. Der Beginn ist zumeist zwischen dem 2. und dem 5. Tag nach Entbindung. Diese Reaktion kann von wenigen Stunden bis zu einigen Tagen andauern [4, 9]. Typische Symptome sind eine labile, subdepressive Stimmung, häufiges Weinen, Ängste, Erschöpfung, Reizbarkeit, Schlaf- und Ruhelosigkeit [10]. Die Prävalenz für den Babyblues wird bei deutschen Frauen mit etwa 55% angegeben [11]. Bei Patientinnen mit psychischen Störungen in der Anamnese kann ein Babyblues ebenfalls vorkommen, dies kennzeichnet jedoch nicht automatisch den Beginn eines Rezidivs. Da der Babyblues jedoch ein Risikofaktor für das Auftreten einer postpartalen Depression und einer Angststörung ist, sollte eine weitere emotional sensible Betreuung dieser Patientinnen und ihrer Babys gewährleistet sein [10, 11].

Postpartale Psychose

Eine postpartale Psychose (PPP) hingegen ist selten: nur 0,1–0,2% aller Mütter sind betroffen [2, 3]. Die postpartale Psychose ist allerdings ein Notfall. Es besteht eine Gefährdung für Mutter und Kind! Werden Symptome wie Wahnvorstellungen, Paranoia, Halluzinationen, Ichstörungen oder Suizidgedanken eruiert (ggf. mit Gefahr eines Suizides und/oder Infantizides), ist sofortiges Handeln erforderlich und eine psychiatrische Behandlung einzuleiten. Typisch ist ein rascher Beginn der Symptomatik (innerhalb von Stunden bis zu wenigen Wochen) nach der Geburt [2, 3, 12]. Häufiger betroffen sind Frauen mit psychischen Vorerkrankungen, etwa einer vorangegangenen postpartalen Psychose oder bipolaren Störung. Mehr als 25% der Frauen mit vorbestehender bipolarer Störung entwickeln eine postpartale Psychose [13].

Angststörungen

Eine aktuelle Übersichtsarbeit beziffert die Prävalenz einer Angststörung in der Postpartalzeit zwischen 3,7 und 20% [14]. Ängste und Panikattacken treten häufiger als komorbide Störungen mit einer PPD auf, sie können sich aber auch als Symptomatik einer eigenständigen Angsterkrankung zeigen. Symptome wie muskuläre Anspannung und innere Unruhe, Nervosität, Zittern sowie Ängste, welche die Fähigkeit als Mutter und das Wohl des Kindes betreffen, sind häufig. Die Behandlung erfolgt im Rahmen der Therapie der PPD oder folgt dem üblichen psychotherapeutischen Vorgehen und ggf. medikamentöser Therapie bei einer Angsterkrankung.

Zwangserkrankungen

Zwangsstörungen werden in der Literatur mit einer Prävalenzrate von 2,4% [15], in älteren Arbeiten (2006) bis zu 2,7–3,9% angegeben [16]. Zwangssymptome können auch im Rahmen einer PPD auftreten. Hier ist besonders das Auftreten von Zwangsgedanken zu beachten. 40% der Frauen mit PPD geben sich automatisch aufdrängende Gedanken an, dem eigenen Kind etwas anzutun [16]. Im Gegensatz zu den Symptomen bei einer Psychose oder Zwangsstörung mit komorbider schwerer Depression besteht hier keine Gefährdung für Mutter und Kind. Die Mütter empfinden die Zwangsgedanken als äußerst beängstigend und ich-dyston (als nicht zu ihrem „Ich“ gehörend) und erleben starke Schuldgefühle. Da diese Gedanken für die Frau sehr bedrohlich und schambesetzt sind, werden diese erst bei aktivem Nachfragen geäußert. Allein das Ansprechen des Themas und eine Aufklärung über die Häufigkeit und darüber, dass diese Gedanken nicht in Handlung umgesetzt werden, hat oftmals bereits eine entlastende Wirkung auf die Patientinnen [7]. Eine Behandlung erfolgt dann ebenfalls im Rahmen der antidepressiven Therapie s. u.

Postpartale Depression (PPD)

Die Angaben zur Prävalenz der PPD variieren in der Literatur erheblich [17]: z. B. 6,5 bis 12,9% (in ökonomisch schwachen Ländern noch höhere Raten) [18] bis hin zu 13–19% [17].

PPD wird in der ICD-10 nicht als eigenständiges Krankheitsbild aufgeführt. Die Einordnung erfolgt je nach führender Symptomatik zu affektiven oder psychotischen Störungen. Im DSM-5 werden Depressionen, die in der Schwangerschaft und bis zu 4 Wochen postpartal auftreten, als eigene Subkategorie der depressiven Störung klassifiziert. Der mögliche Beginn einer postpartalen Depression wird jedoch von vielen Autoren innerhalb eines Zeitraums von bis zu 12 Monaten nach Geburt angegeben [19].

Im Gegensatz zum Babyblues, welcher nach Stunden bis Tagen spontan abklingt, ist die PPD ein länger anhaltender Zustand, welcher ohne professionelle Hilfe für die betroffene Mutter, ihr Baby und ihre Familie weitreichende Folgen haben kann. Die Annahme, dass der Entzug der Hormone Estradiol und Progesteron, welche auch zentrale angstlösende und antidepressive Effekte zeigen, ursächlich für eine postpartale Depression ist, konnte so nicht bestätigt werden. Der Abfall der Sexualsteroidhormonspiegel unterscheidet sich nicht von denen gesunder Frauen, jedoch reagieren Frauen mit einer postpartalen Depression empfindlicher auf diese Umstellung [20].

Diagnostik der PPD

Mögliche *Risikofaktoren* für eine PPD sind Depression und Angststörung während der Schwangerschaft sowie kritische Lebensereignisse und Belastungen während der Schwangerschaft und dem frühen Wochenbett, geringe soziale Unterstützung und vorangegangene depressive Episoden [12]. Als weitere Prädiktoren gelten traumatische Erlebnisse oder Vernachlässigung in der eigenen Kindheit, ungewollte Schwangerschaft, häusliche Gewalt, Substanzmissbrauch, traumatisches Erleben der Geburt, sozioökonomische Faktoren wie Migrantensstatus, geringe oder keine soziale Unterstützung sowie geringe Partnerschaftszufriedenheit und Paarkonflikte [4, 18, 21].

Frauen mit unbehandelter Depression während der Schwangerschaft haben ein 7-fach erhöhtes Risiko, an einer postpartalen Depression zu erkranken [16]. Daher ist die Diagnose und die Behandlung einer antenatalen Depression sehr wichtig für die Prävention postpartaler Depressionen [18].

Symptome einer postpartalen Depression sind – ebenso wie bei depressiven Störungen im Allgemeinen: Antriebsarmut, Anhedonie, Konzentrations-, Appetit- und Schlafstörungen, Erschöpfung, Ängste, extreme Reizbarkeit, Traurigkeit, häufiges Weinen, Schuldgefühle, allgemeines Desinteresse, innere Leere, psychosomatische Beschwerden und Gefühl der Überforderung [12]. Häufig beziehen sich entsprechende Gedanken auf die Situation als Mutter [7, 12]. Besonders zu beachten sind hier Suizidgedanken und die Angst, dem Kind etwas anzutun [18, 22].

Die depressionstypischen Gedanken (Selbstzweifel, Selbstanklagen, Schuldgefühle) nach der Geburt werden thematisch häufig mit situationsbezogenen Inhalten konkretisiert: dem Anspruch, als perfekte Mutter nicht zu genügen, das eigene Kind nicht genug lieben zu können etc. [7, 12]. Auch hieraus resultiert in Bezug auf die Mutter-Kind-Interaktion die in der Literatur häufig beschriebene verminderte Empathiefähigkeit und ein Mangel an emotionaler Verfügbarkeit [4], die langfristig negative Folgen für die Kinder zeigen (s. u.).

Für ein *Screening* hat sich die „Edinburgh Postnatal Depression Scale/EPDS“ [23] (in deutscher Fassung: [24]) bewährt. Dieser validierte Fragebogen ist für niedergelassene Frauenärzte und Klinikärzte im Rahmen der Untersuchungen in der Schwangerschaft sowie der ersten Nachuntersuchung nach der Geburt ebenso wie für Hausärzte und Hebammen ein leicht anzuwendendes Screeninginstrument. Die EPDS erfasst als Selbstbeurteilungsfragebogen 6 Wochen vor sowie 6–12 Wochen nach Entbindung anhand von 10 zwischen 0 und 3 gestuften Fragen (wie z. B. „Ich war ängstlich und machte mir unnötige Sorgen“) die Stimmungslage der letzten Woche. Die Auswertung erfolgt durch Addition der Punkte, eine Summe von ≥ 13 Punkten beschreibt eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine depressive Symptomatik. Hier sollte eine weiterführende persönliche Diagnostik durch einen Facharzt für Psychosomatische Medizin oder Psychiatrie erfolgen. Der Vorteil der EPDS liegt in der schnellen Identifikation der Frauen, die Suizidgedanken haben. Wenn die Mutter bei Frage 10: „Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun“ einen Wert über Null angibt, ist eine weitere Klärung erforderlich, ob es sich um impulsive Selbstverletzungstendenzen ohne Suizidabsicht, latenten oder bilanzierenden Lebensüberdruß oder gar akute Suizid-

gedanken handelt. Zeigt sich in der Addition ein Gesamtwert von „0“, sollte eine genauere Abklärung auf eine „sozial erwünschte“ Beantwortung der Fragen erfolgen.

Als besonders niedrigschwelliges Kriterium sind sogar nur 2 Screeningfragen verfügbar (nach Whooley) gemäß der S3-Leitlinie der unipolaren Depression:

1. „Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?“
2. „Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?“

Werden diese Fragen mit Ja beantwortet, sollte eine weiterführende Diagnostik angeschlossen werden [25].

Aktuelle Forschungsansätze suchen auch nach neurobiologischen Prädiktoren, die eine erhöhte Vulnerabilität für postpartale psychische Störungen schon frühzeitig detektieren könnten. Neue Ergebnisse deuten darauf hin, dass bei Frauen mit einer postpartalen Depression eine Hypoaktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse vorliegt. Auch der Zusammenhang zwischen chronischem Stress während der Schwangerschaft und postpartaler Depression wird vermutlich durch diese Hypoaktivität vermittelt [20]. Als retrospektiver Marker zur Detektion einer postpartalen Depression könnte hierfür die Haarsteroidanalyse fungieren. Hier korreliert ein relatives Defizit von haargebundenem Cortison im Verhältnis zu Haarcortisol mit dem Grad der postpartalen Depressivität [20].

Differenzialdiagnosen

Die physiologische affektive Labilität („Babyblues“) muss von einer PPD abgegrenzt werden. Bei positivem Screening wird die Vorstellung zur weiterführenden Diagnostik durch einen Facharzt für Psychosomatische Medizin oder Psychiatrie empfohlen. Die fachärztliche Vorstellung differenziert Anpassungsstörungen, affektive Störungen, depressive Störungen im Rahmen einer Zwangsstörung oder Psychose sowie somatogene affektive Störungen (z. B. durch Schilddrüsenfunktionsstörungen, Anämien).

Auswirkung der PPD

Die Auswirkungen einer PPD der Mutter sind vielfältig. Die derzeitige Evidenzlage zeigt, dass unbehandelte mütterliche Depressionen ernsthafte und langanhaltende Auswirkungen haben können: Sie reichen von einer allgemeinen Beeinträchtigung des Kindes, des Partners und anderer Familienmitglieder über die Gefahr eines erhöhten Rezidivrisikos, der Chronifizierung und Suizidalität der Mutter über eine Gefährdung des Bondings von Mutter und Kind sowie körperlichen, kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklungsstörungen auf die Kinder [4–6, 17, 26, 27].

Interaktion zwischen Müttern und ihren Säuglingen

Kinder und ganz besonders Babys sind reine „Affektwesen“. Eine gelingende wechselseitige Kommunikation zwischen Mutter und Säugling ist deshalb Voraussetzung für eine Regulation kindlicher Affektzustände. Da der Säugling selber aufgrund seiner Unreife eigene innere Erregungszustände nicht regulieren kann und hierfür auf eine affektresonante feinfühligere Regulation durch die Mutter (und den Vater) angewiesen ist, kann eine auf Dauer durch eine

mütterliche Depression verzerrte Affektwahrnehmung zu einer verminderten Stresstoleranz und einem unsicheren Bindungsmuster des Kindes führen. Natürlich ist auch die Interaktion bei gesunden Müttern nicht zu jedem Zeitpunkt affektsynchron abgestimmt und optimal regulativ. Es gibt immer Perioden, in denen die mütterlichen und kindlichen Affektsignale nicht übereinstimmen; z. B. zeigt das Kind positive, die Mutter jedoch aversive Affektsignale [5]. Diese Entkopplungsphasen erzeugen beim Säugling kurzzeitig affektiv aversiv getönte Stresszustände, die jedoch durch eine erneute Phase empathischer Responsivität der Mutter und einer wieder entstehenden Übereinstimmung reguliert werden. Die Aufeinanderfolge von affektiv abgestimmter und nicht übereinstimmender Kommunikation und die hierdurch entstehenden Regulationserfahrungen führen beim Kind nach und nach zu der verinnerlichten und strukturbildenden Erfahrung (z. B. später wachsende Frustrationstoleranz): aversive Zustände können grundsätzlich in positive umgewandelt werden [5]. Auch wird die Beziehung zur Mutter hierdurch vertieft und eine sichere Bindung aufgebaut. Bei – z. B. durch dissoziative oder depressive Zustände der Mutter – gestörter Mutter-Kind-Interaktion bleiben diese regulativen Erfahrungen aus, was wiederum zur Akkumulation negativer Affektzustände und zu einer depressiven Entwicklung beim Säugling führen kann [5].

Auswirkungen auf das Verhalten der Mutter

Das Verhalten postpartal depressiver Mütter ist durch verschiedene Faktoren gekennzeichnet wie z. B. mangelnde Bereitschaft, auf die stimmlichen oder mimischen Interaktionsversuche des Kindes einzugehen, weniger körperliche Berührung, passives oder intrusives Verhalten, ein verringerter mimischer Ausdruck und vermehrt negative Affekte [6]. Hierdurch besteht eine Einschränkung der mütterlichen Fähigkeit zur Regulation kindlicher Affektzustände. Die Mütter registrieren ihre beeinträchtigten elterlichen Kompetenzen oft selber und leiden zusätzlich darunter. Auch die Einschätzung der Selbstwirksamkeit depressiver Mütter ist negativer als die nichtdepressiver Mütter [6]. Gleichzeitig gibt es Hinweise darauf, dass depressive Mütter das Verhalten ihrer Kinder negativer wahrnehmen als objektive Beobachter. Hierdurch kann es zusätzlich zu aversiven Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Interaktion und das Selbstwirksamkeitserleben der Mutter kommen [4, 6].

Ein Konzept der mütterlichen Bindungsstörung beschreibt laut Brockington und Kumar eine gestufte Ausprägung von Gleichgültigkeit dem Kind gegenüber, über Ablehnung, Entfremdung und Ärger bis hin zu Wut und Hass [28–30]. Die gestörte mütterliche Bindung ist bei schwerer Ausprägung ein Risikofaktor für einen Infantizid [31]. Als Screeninginstrument einer postpartalen Bindungsstörung kann der „Parental Bonding Questionnaire BPQ“ (25 Fragen) herangezogen werden [29], in deutscher Version mit 16 Items: [32].

Auswirkungen auf die Kinder

Dieser Mangel an mütterlicher Empathie und das reduzierte Potenzial, emotionale kindliche Bedürfnisse zu verstehen und angemessen zu reagieren, kann aufseiten des Kindes zu einer höheren Irritabilität, geringeren Fähigkeiten zur Selbstregulation und der Entwicklung einer unsicheren Bindung und im weiteren Verlauf zu psychischen/psychosomatischen Erkrankungen führen. In Un-

tersuchungen zeigten kindliche Verhaltensweisen einen vermehrten Rückzug, ein geringes Maß an positivem Affektausdruck und häufigeres Weinen, eine Vermeidung des Blickkontaktes, einen niedrigen Aktivitätslevel sowie eine Erhöhung der Stressparameter wie Herzfrequenz und Cortisolspiegel. Das Wegdrehen des Kopfes und die aktive Vermeidung des Blickkontaktes mit der Mutter kann als Versuch des Säuglings verstanden werden, sich vor dem aversiven Effekt des nichtresponsiven mütterlichen Verhaltens zu schützen [4]. Eine solche Erfahrung kann für eine ohnehin depressive Mutter zu einem qualvollen Erleben des eigenen Versagens und schuldhaft verarbeitet werden. Hier sind eine empathische Unterstützung mit praktischer und emotionaler Entlastung sowie eine psychosomatische Behandlung der Mutter von weichenstellender Bedeutung. Des Weiteren machen Untersuchungen deutlich, dass aversive frühkindliche emotionale Stresserfahrungen die funktionelle und strukturelle Entwicklung des Gehirns über epigenetische Mechanismen prägen [33–36].

Auswirkung auf die Väter

Eine Depression der Mutter ist auch ein Risikofaktor für die Entwicklung depressiver Verstimmung der Väter [37]. Diese können ebenfalls unter prä- und postpartalen Depressionen leiden. Die Prävalenz väterlicher depressiver Zustände vom 1. Trimester der Schwangerschaft bis zu einem Jahr nach der Geburt beträgt 10,4% [38]. Mit 7,7% ist der niedrigste Wert in der Zeit von der Geburt bis 3 Monate danach beschrieben, am höchsten ist die Prävalenz im 4.–6. Monat nach Geburt mit 25,6% [38]. Als weitere Risikofaktoren zeigen sich eine vorbestehende psychische Erkrankung, sehr hohe Erwartungen vor der Geburt und geringe soziale Unterstützung durch Familie und Freunde nach der Geburt sowie geringe Zufriedenheit mit der Paarbeziehung [37–39]. Letztere kann sich insbesondere auch bei nicht ausreichend triangulierten Vätern ergeben, deren unbewusste (kindheitlich geprägte) Interaktionstendenzen in Bezug auf die Partnerin noch vorwiegend auf eigener Bedürftigkeit und dyadischen Beziehungsmodi beruht. Das Neugeborene kann dann für entsprechend kindheitlich prädisponierte Väter eine problematische Ausschlusserfahrung (wieder)herstellen, sodass sich solche Väter nicht oder nur schwer mit den wechselseitigen Spiegelungsbedürfnissen von Mutter und Baby identifizieren können. Diese für alle Beteiligten konflikthafte und belastende Familiensituation kann im Zusammenhang mit einer mütterlichen Depression dann ein kumuliertes Risiko für die Bindungsentwicklung des Kindes bedeuten [39,40]. Inwiefern das Erleben der Geburt an sich durch den Vater Einfluss auf die postpartalen Interaktionsstrukturen und individuellen Prägungen beider Elternteile nimmt und ob sich diese durch Intervention im Sinne von Geburtsvorbereitungskursen nur für Männer positiv beeinflussen lassen, ist Gegenstand aktueller Forschung.

Zudem besteht ein Zusammenhang zwischen einer Depression des Vaters in der Zeit nach der Geburt mit dem erhöhten Risiko der Entwicklung einer psychischen Erkrankung des Kindes völlig unabhängig von einer Depression der Mutter [41]. Dies legt nahe, auch Väter in ein Screening und in die Behandlung der Mutter mit einzubeziehen und eine väterliche Depression frühzeitig zu therapieren.

Behandlung der PPD

Die Behandlung der postpartalen Depression ist in der S3-Leitlinie für Unipolare Depression (2015) in einem gesonderten Kapitel beschrieben [19]. Eine Therapie sollte multimodal erfolgen, die bei Bedarf psychotherapeutische, medikamentöse, aber auch zusätzlich psychosoziale Unterstützung beinhaltet.

Medikamentöse Therapie

Obwohl die Patientinnen selbst überwiegend eine Psychotherapie bevorzugen, wird eine pharmakologische Behandlung am häufigsten angewandt [17]. Eine Pharmakotherapie in der Stillzeit ist immer eine fundierte individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung unter Berücksichtigung von Risikofaktoren und Behandlungsalternativen und vor dem Hintergrund der Folgen einer unbehandelten mütterlichen Depression. Ist eine Pharmakotherapie indiziert, sollte eine Monotherapie in der geringstmöglichen Dosis bevorzugt werden. Hierbei werden Präparate aus der Gruppe der SSRI eingesetzt, vor allem Sertralin, des Weiteren Fluoxetin und Citalopram, welche kaum unerwünschte Affekte auf das Neugeborene haben [18]. Präparate aus der Gruppe SNRI werden nur eingesetzt, wenn SSRI nicht wirken oder die Patientin bereits in der Vergangenheit gut auf SNRI ansprach (es liegen nur wenige Studien zur Sicherheit dieser Psychopharmakaklasse vor) [18]. Zur Vermeidung von hohen mütterlichen Serumspiegeln kann die Zeit der Medikamenteneinnahme auf das Stillen abgestimmt werden (z. B. direkt nach dem Stillen, nach dem letzten abendlichen Stillen). Des Weiteren wird ein Zusammenhang zwischen der Entstehung einer PPD und einem postpartalen Abfall des Hormonspiegels von Allopregnanolon und Progesteron mit einer reduzierten Adaptation der Rezeptoren vermutet [42]. Die postpartale Gabe des Steroidhormons Allopregnanolon (Brexanolon) wurde 2016 als weitere Therapieoption in einer Studie bei Patientinnen mit schweren postpartalen Depressionen untersucht [42]. Erste Ergebnisse waren ermutigend, aufgrund der kleinen Stichprobengröße sind jedoch weitere Untersuchungen notwendig.

Psychotherapie der postpartalen Depression

In den nur wenigen systematischen Psychotherapiestudien zur postpartalen Depression konnten signifikante Effekte für die Behandlung mit interpersoneller Psychotherapie (IPT), kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) sowie psychodynamischer Psychotherapie belegt werden [4, 7, 19, 43, 44].

Der wichtigste Kritikpunkt an der Anwendung von IPT und KVT bei der Behandlung der postpartalen Depression liegt in der unzureichenden Berücksichtigung der zentralen Bedeutung der primär affektgesteuerten Mutter-Kind-Beziehung. Die gestörte Mutter-Kind-Interaktion als auslösender und aufrechterhaltender Faktor für die postpartale depressive Symptomatik findet in den herkömmlichen Therapien leider noch zu wenig Aufmerksamkeit. Eine rein symptomatische Behandlung der mütterlichen Depressivität bewirkt für sich genommen nicht mit hinreichender Sicherheit eine Verbesserung der Elternkompetenzen, sodass eine vorhandene mütterliche Bindungsstörung zusätzlich therapeutisch zu fokussieren wäre [4, 26].

Andere Behandlungsverfahren

Körperliches Training wird als ergänzende Maßnahme zur Besserung depressionstypischer Beschwerden empfohlen, ist jedoch kein Ersatz für eine Standardbehandlung. In Einzelstudien zu verschiedenen weiteren Therapiemöglichkeiten fanden sich positive Effekte, insgesamt ist die Evidenz jedoch bisher nicht ausreichend. Repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) bewirkt möglicherweise eine Reduktion der postpartalen depressiven Symptomatik. Omega-3-Fettsäuren, Therapie mit Folsäure, S-Adenosylmethionin, Johanniskrautpräparate, Lichttherapie, Training, Massage und Akupunktur wurden im Rahmen verschiedener Studien angewandt. Es zeigten sich jedoch bei allen genannten Substanzen und Verfahren keine eindeutigen signifikanten Effekte [18]. Da die Empfindlichkeit gegenüber hormonellen Schwankungen als mögliche Ursache für postpartale Depression diskutiert wird, werden hormonelle Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten wie z. B. transdermales Östrogen derzeit untersucht [18].

Ambulantes und stationäre Behandlungsetting

Je nach Ausprägung und Schweregrad der depressiven Symptomatik kann die Behandlung ambulant oder stationär erfolgen. Bei V. a. antenatale depressive Störung, aber auch im Hinblick auf eine Kindwohlgefährdung postpartal ist eine aktiv „aufsuchende“ Hilfe und ein engmaschiges Monitoring, in das auch Hebammen oder „Frühe Hilfen“ eingebunden werden können, erforderlich [45]. Es empfiehlt sich, einen Facharzt für Psychosomatische Medizin oder Psychiatrie hinzuzuziehen, um zu entscheiden, ob ambulante Hilfen ausreichend oder teilstationäre/stationäre Behandlungsangebote erforderlich sind.

Bei leichter bis mittelschwerer depressiver Symptomatik können die Mütter oftmals ambulant behandelt werden. Im *ambulant* Setting ist die psychosoziale Unterstützung von besonderer Bedeutung: Einbindung und Information der Familie (Eltern, Geschwister) und Freunde, Elternzeit für Mutter und Vater, Betreuung durch besonders geschulte Hebammen (sog. Familienhebammen), Beantragung einer Haushaltshilfe bei der Krankenkasse, Unterstützung durch koordinierte Hilfsprogramme wie „z. B. Frühe Hilfen“ und ein Anschluss an Selbsthilfegruppen tragen zur Stabilisierung bei. Im Sinne der Prävention bei Risikopatientinnen ist es wichtig und hilfreich, diese Maßnahmen bereits bei Kinderwunsch und in der Schwangerschaft frühzeitig zu besprechen. Sind diese Maßnahmen nicht ausreichend, ist eine zügige Anbindung in ambulante Psychotherapie und ggf. Beginn einer medikamentösen antidepressiven Therapie ein weiterer wichtiger Schritt.

Wenn eine *stationäre* Therapie bei schweren postpartalen Depressionen (auch bei komorbiden Erkrankungen wie Psychose, Traumatisierung oder Borderline-Erkrankung) nötig wird, ist die Unterbringung in speziell darauf ausgerichteten bindungsorientierten arbeitenden Mutter-Kind-Einheiten (MKE) zu bevorzugen. Durch die gemeinsame stationäre Unterbringung können weitere Beziehungsstörungen durch die Trennung oder Fremdunterbringung vermieden werden. Es gibt in Deutschland erfreulicherweise zunehmend Kliniken mit spezieller Mutter-Kind-Betreuung, auch

wenn insgesamt gesehen hier die Versorgungslage für schwererkrankte Mütter noch nicht ausreichend gewährleistet ist [46, 47].

Spezifische Behandlung unter Einbeziehung der Bindungsstörung

Eine Therapie der Mutter beinhaltet eine störungsspezifische psychotherapeutische Behandlung im Einzel- und Gruppensetting. Die Psychotherapie erfolgt mit Fokus auf die durch die Geburt des Kindes entstandenen Umstellungsanforderungen. Wichtige Ziele sind Schutz und die affektive Stabilisierung, die Ressourcenidentifikation und Stressreduktion, die Betrachtung der Mutter-Kind-Beziehung, entwicklungspsychologische Wissensvermittlung sowie die Thematik der Umstellung zur triadischen Beziehung [28]. Psychodynamische Konzepte fokussieren spezifische, durch die Mutterschaft reaktualisierte unbewusste Konflikte oder unverarbeitete Traumata, die zur Aufrechterhaltung der Bindungsstörung beitragen und sich in der Mutter-Kind-Interaktion abbilden können [48, 49]. Zusätzlich zur therapeutischen Arbeit mit der Mutter wird die Mutter-Kind-Beziehung auf vielfältige Weise unterstützt wie z. B. mit Babymassage, spezielle Mutter-Kind-Bewegungstherapie oder therapeutische Begleitung der Mutter im Spiel und in Alltagssituationen. Sehr hilfreich bei postpartal affektiven und psychotischen Störungen und häufiger Bestandteil in der Behandlung von Eltern mit Kindern sowohl im ambulanten als auch im stationären Therapiesetting ist ein videogestütztes Feinfühligkeitstraining mit positiver Verstärkung mütterlichen Verhaltens [28, 50]. Bisherige Beobachtungen zeigen, dass die gemeinsame Mutter-Kind-Behandlung zu einer Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung führt [44] und sich protektiv hinsichtlich der Mutter-Kind-Beziehung auch nach Ende der Therapie auswirkt [28].

Schlussbemerkung

Grundsätzlich stellt die verantwortungsvolle Fürsorge der Umgebung für die Mutter und ihr Kind – die „Bemutterung der Mutter“ – eine sozialpolitische und zudem auch noch evolutionsbiologisch begründbare Bringschuld der sozialen Bezugsgruppe dar. Eine depressive Erkrankung in der Postpartalzeit wird noch zu häufig spät oder gar nicht erkannt – mit möglichen weitreichenden Folgen für Mütter, Väter und ihre Kinder. Eine frühzeitige Information bereits in der Schwangerschaft und ein Screening wären deshalb wünschenswert, wie es z. B. im Programm Mind: Pregnancy realisiert wird [51]. Hierbei handelt es sich um ein onlinebasiertes Hilfsangebot, bei welchem Schwangere z. B. mit affektiven Störungen umfangreich beraten werden. Auch wenn sich die Möglichkeiten einer multimodalen und interdisziplinären Therapie verbessert haben, besteht weiterhin noch ein Mangel in der Versorgung betroffener Mütter. Eine enge Zusammenarbeit von Frauenärzten, Hausärzten, Kinderärzten, Hebammen und psychiatrisch/psychosomatisch und psychotherapeutisch tätigen Ärzten und Psychologen in Klinik und Praxis wäre erstrebenswert. Der weitere Ausbau von ambulanten Spezialsprechstunden, der Möglichkeit einer tagesklinischen Betreuung von Müttern gemeinsam mit ihren Babys sowie die Erweiterung der stationären Therapie in speziellen

Mutter-Kind-Einheiten sind vor dem Hintergrund der weitreichenden Folgen anzustreben. Insbesondere der Fokus auf die Mutter-Kind-Bindung und die Einbeziehung des Vaters sind weitere wichtige Bestandteile einer gelungenen Prävention vor Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Reulbach U, Bleich S, Knörr J et al. Prä-, peri- und postpartale Depressivität. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2009; 77: 708–713
- [2] Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet* 2004; 363: 303–310
- [3] Jones I, Chandra PS, Dazzan P et al. Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *Lancet* 2014; 384: 1789–1799
- [4] Reck C, Weiss R, Fuchs T et al. Psychotherapie der postpartalen Depression. *Nervenarzt* 2004; 75: 1068–1073
- [5] Tronick E, Reck C. Infants of depressed mothers. *Harv Rev Psychiatry* 2009; 17: 147–156
- [6] Reck C. Postpartale Depression: Mögliche Auswirkungen auf die frühe Mutter-Kind-Interaktion und Ansätze zur psychotherapeutischen Behandlung. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2007; 56: 234–244
- [7] Dorsch VM, Rohde A. Postpartale psychische Störungen–Update 2016. *Frauenheilkunde up2date* 2016; 10: 355–374
- [8] Riecher-Rössler A, Rohde A. Diagnostic Classification of perinatal Mood Disorders. In: Riecher-Rössler A, Steiner M, eds. *Perinatal Stress, Mood and Anxiety Disorders*. Basel: Karger Publishers; 2005: 6–27
- [9] Ballestrem CL v, Strauß M, Häfner S et al. Ein Modell für das Screening von Müttern mit post-partaler Depression. *Nervenheilkunde* 2001; 20: 352–355
- [10] Newport DJ, Hostetter A, Arnold A et al. The treatment of postpartum depression: minimizing infant exposures. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 31–44
- [11] Reck C, Stehle E, Reinig K et al. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *J Affect Disord* 2009; 113: 77–87
- [12] Robertson E, Grace S, Wallington T et al. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26: 289–295
- [13] Jones I, Craddock N. Familiality of the puerperal trigger in bipolar disorder: results of a family study. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 913–917
- [14] Leach LS, Poyser C, Fairweather-Schmidt K. Maternal perinatal anxiety: A review of prevalence and correlates. *Clin Psychol* 2017; 21: 4–19
- [15] Russell EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2013; 74: 377–385
- [16] Ross LE, McLean LM, Psych C. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. *Depression* 2006; 6: 1–14
- [17] O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol* 2013; 9: 379–407
- [18] Stewart DE, Vigod S. Postpartum depression. *N Engl J Med* 2016; 375: 2177–2186
- [19] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN); BÄK; KBV et al. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression–Langfassung, 1. Auflage. Version 5; 2015. Online: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/d689bf8322a5bf507bcc546eb9d61ca566527f2f/S3-NVL_depression-2aufl-vers5-lang.pdf; Stand: 05.12.2018
- [20] Mikoteit T. Neurobiologische Prädiktoren für die postpartale Depression. *NeuroTransmitter* 2017; 28: 34–37
- [21] Kühner C. Psychiatrische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. *Nervenarzt* 2016; 87: 926–936
- [22] Schmücker-Schüßler G. Postnatale Erkrankung von Müttern und deren psychotherapeutische Behandlung. *Psychologie in Österreich* 2014; 5: 322–331
- [23] Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782–786
- [24] Bergant A, Nguyen T, Heim K et al. Deutschsprachige Fassung und Validierung der „Edinburgh postnatal depression scale“. *Dtsch Med Wochenschr* 1998; 123: 35–40
- [25] Whooley MA, Avins AL, Miranda J et al. Case-finding instruments for depression. *J Gen Intern Med* 1997; 12: 439–445
- [26] Forman DR, O'Hara MW, Stuart S et al. Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother–child relationship. *Dev Psychopathol* 2007; 19: 585–602
- [27] Netsi E, Pearson RM, Murray L et al. Association of persistent and severe postnatal depression with child outcomes. *JAMA Psychiatry* 2018; 75: 247–253
- [28] Trautmann-Villalba P, Hornstein C. Mutter-Kind-Behandlung bei postpartalen psychischen Erkrankungen. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date* 2011; 5: 357–368
- [29] Brockington IF, Oates J, George S et al. A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Arch Womens Ment Health* 2001; 3: 133–140
- [30] Kumar RC. "Anybody's child": severe disorders of mother-to-infant bonding. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 175–181
- [31] Hornstein C, Hohm E, Trautmann-Villalba P. Die postpartale Bindungsstörung: Eine Risikokonstellation für den Infantizid? *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 2009; 3: 3–10
- [32] Reck C, Klier C, Pabst K et al. The German version of the Postpartum Bonding Instrument: psychometric properties and association with postpartum depression. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9: 265–271
- [33] Bock J, Helmeke C, Ovtscharoff W et al. Frühkindliche emotionale Erfahrungen beeinflussen die funktionelle Entwicklung des Gehirns. *e-Neuroforum* 2003; 9: 51–57
- [34] Weaver IC, Cervoni N, Champagne FA et al. Epigenetic programming by maternal behavior. *Nat Neurosci* 2004; 7: 847
- [35] Bremner JD. Effects of traumatic stress on brain structure and function: relevance to early responses to trauma. *J Trauma Dissociation* 2005; 6: 51–68
- [36] Radtke K, Schauer M, Gunter HM et al. Epigenetic modifications of the glucocorticoid receptor gene are associated with the vulnerability to psychopathology in childhood maltreatment. *Transl Psychiatry* 2015; 5: e571
- [37] Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs* 2004; 45: 26–35
- [38] Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA* 2010; 303: 1961–1969
- [39] Spitzer M. Geist & Gehirn: Der Blues der Väter. *Nervenheilkunde* 2010; 29: 579–582

- [40] Metzger H-G. Zwischen Dyade und Triade. Neue Horizonte und traditionelle Rollen für den Vater. In: Steinhardt K, Datler W, Gstach J, Hrsg. Die Bedeutung des Vaters in der frühen Kindheit. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2002
- [41] Ramchandani PG, Stein A, O'Connor TG et al. Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: a population cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47: 390–398
- [42] Kanes S, Colquhoun H, Gunduz-Bruce H et al. Brexanolone (SAGE-547 injection) in post-partum depression: a randomised controlled trial. *Lancet* 2017; 390: 480–489
- [43] Werner E, Miller M, Osborne LM et al. Preventing postpartum depression: review and recommendations. *Arch Womens Ment Health* 2015; 18: 41–60
- [44] Letourneau NL, Dennis CL, Cosic N et al. The effect of perinatal depression treatment for mothers on parenting and child development: A systematic review. *Depress Anxiety* 2017; 34: 928–966
- [45] Cierpka M. Familienstützende Prävention. In: Cierpka M. Frühe Kindheit 0–3 Jahre. Berlin: Springer; 2012: 523–531
- [46] Jordan W, Bielau H, Cohrs S et al. Aktuelle Versorgungs- und Finanzierungslage von Mutter-Kind-Einheiten für schwangerschaftsassozierte psychische Störungen in Deutschland. *Psychiatr Prax* 2012; 39: 205–210
- [47] Turmes L, Hornstein C. Stationäre Mutter-Kind-Behandlungseinheiten in Deutschland. *Nervenarzt* 2007; 78: 773–779
- [48] Kersting A. Mutter-Kind-Bindungsstörung bei postpartaler Depression. *Psychotherapeut* 2008; 53: 213–215
- [49] Franz M, Schäfer R. Affekt ohne Gefühl: Entwicklungspsychologische und neurowissenschaftliche Aspekte der Alexithymie. In: Grabe HJ, Rufer M, Hrsg. Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation. Bern: Huber; 2009: 47–68
- [50] Hornstein C, Schenk S, Wortmann-Fleischer S et al. Videotherapie bei postpartalen Störungen. *Psychotherapeut* 2006; 51: 363–368
- [51] Wallwiener S, Matthies L, Gillessen A et al. Mind: Pregnancy – Online-basierte Achtsamkeitsintervention zur Stärkung psychischer Stabilität von Schwangeren und Förderung einer physiologischen Geburt. *Geburtsh Frauenheilk* 2018; 78: 180