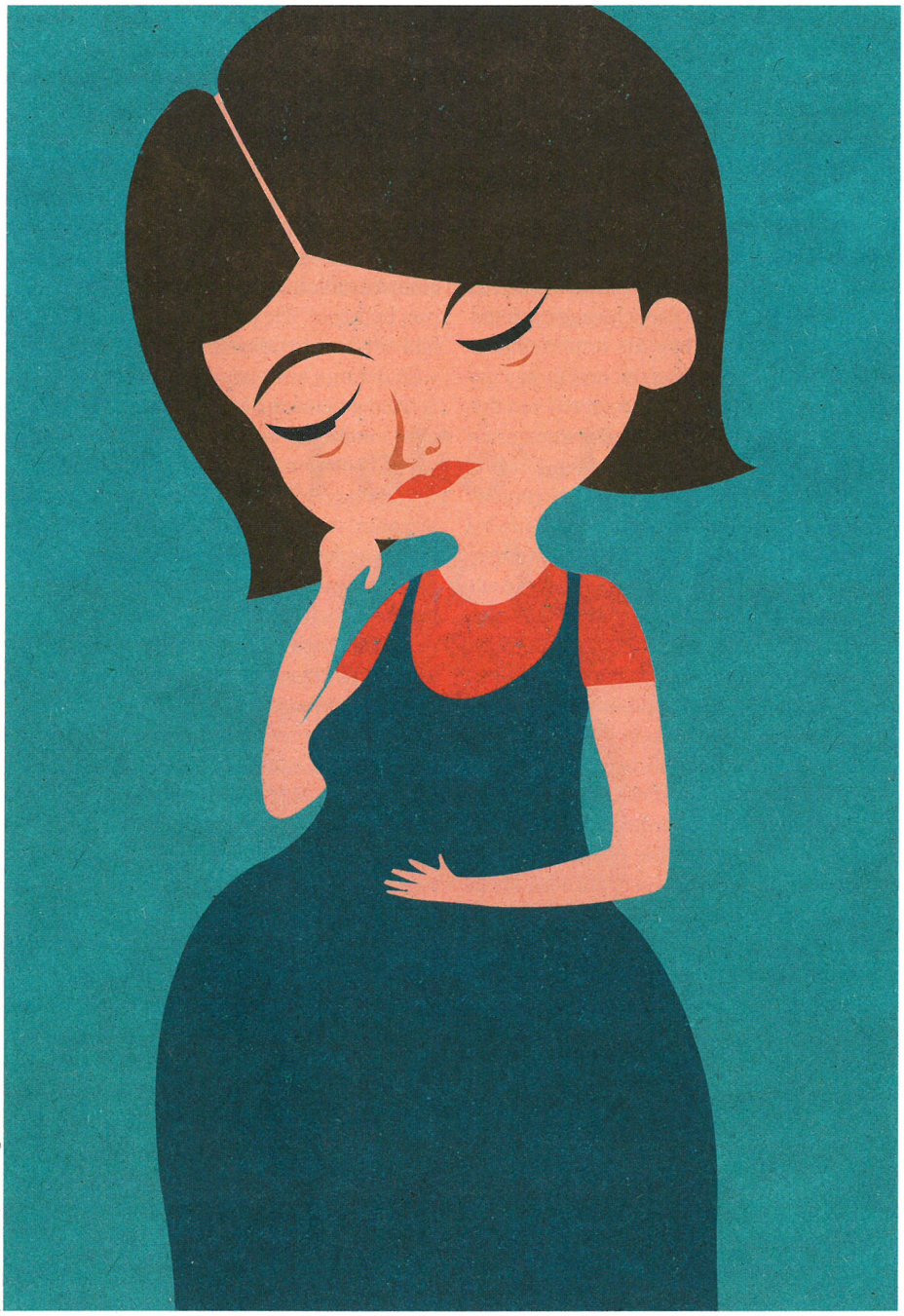
Peri-/postpartale Depression – was wissen wir heute darüber?

Gerhard Schroth Was wissen wir eigentlich über die peri-/postpartale Depression? Kurz gesagt: verhältnismäßig wenig! Wer Handbücher der Geburtshilfe oder Psychiatrie befragt, reibt sich verwundert die Augen. Gemessen daran, dass die peri-/postpartale Depression zu den häufigsten Erkrankungen in der Schwangerschaft und in der Zeit danach zählt, findet sich nur wenig Grundlegendes zum Verständnis der Krankheit. Nach Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) leidet weltweit jede fünfte Frau nach der Geburt an einer viele Monate andauernden postpartalen Depression. Begegnen wir hier einem Tabu?



picture alliance/Ikon Images

Die peri-/postpartale Depression, die für das Neugeborene wie für die gesamte Familie gravierende Folgen hat, steht im Widerspruch zur gesellschaftlichen Erwartung, dass eine frisch gebackene Mutter nach der Geburt von Glück und Stolz erfüllt sein sollte. Die Schamreaktion und Schuldgefühle, wenn sie sich dazu nicht in der Lage fühlt, sind massiv, und ein peinliches Verstecken ist die Folge.

Baby-Blues? Depression?

Klar abzugrenzen von der peri-/postpartalen Depression ist der Baby-Blues, der bei etwa 80 Prozent der Frauen kurz nach der Geburt auftritt, aber nur wenige Stunden bis Tage anhält und ohne Behandlung von selbst wieder verschwindet.

In einem Artikel des Deutschen Ärzteblatts wird der vertraute Begriff der postpartalen Depression durch den neuen Begriff der peripartalen Depression ersetzt. Etwa zwei Drittel der Depressionen rund um die Geburt können bereits während der Schwangerschaft erkannt werden, während nur ein Drittel ohne erkennbare Vorzeichen nach der Geburt auftreten. Im Weiteren wird deshalb der Begriff peripartale Depression verwendet.

Fragen der Hebamme

Viele Schwangere sind heute ohne mütterliche Tradition. Geringere familiäre Bindungen und das hohe Maß an Mobilität erschweren eine konkrete familiäre Hilfe in der Vermittlung weiblicher Erfahrung. Die Hebamme ist in besonderer Weise gefragt, intuitives weibliches Wissen zu stärken und die Gebärende durch diese fundamentale weibliche Erfahrung zu begleiten. Das Loslassen und Sich-Öffnen gelingt am leichtesten, wenn die Geburt in einem Rahmen stattfindet, der das besondere Bedürfnis der Gebärenden nach Intimität berücksichtigt.

In einer frühen Begegnung zwischen Schwangerer und Hebamme bieten zwei Fragen (nach Whooley) eine einfache Orientierung:

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 gern tun?

Angesichts der Häufigkeit der peripartalen Depression von zirka 19 Prozent sind sie dringlich geboten. Sie ermöglichen früh Hinweise auf seelische Belastungen. Bei einem auffälligen Befund kann auch in der Schwangerschaft der Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS)* zu einer spezifischeren Aussage führen. Im eventuell dann erforderlichen persönlichen Gespräch kann die Hebamme empfehlen, sich intensiver mit den anstehenden Veränderungen auseinanderzusetzen oder kurzfristig psychotherapeutische Hilfe zu suchen.

Schwangerschaft – romantisch verklärt?

Für eine Frau und ihren Partner ist vor allem die erste Schwangerschaft eine der bedeutendsten Schwellensituationen in der persönlichen, sozialen und emotionalen Entwicklung. Sie erfordert regelhaft eine Neu-Orientierung und hat Verpflichtungen für die nächsten beiden Jahrzehnte zur Folge. Im Allgemeinen erwartet die Gesellschaft von einer Schwangeren, dass sie sich über das Baby in ihrem Bauch freut. Das allgemein erwartete Glück einer Schwangerschaft unterliegt einer romantischen Verklärung.

Bei der psychotherapeutischen Behandlung der peripartalen Depression fällt eine Vielzahl ungelöster Konflikte auf, die durch die Schwangerschaft (re-)aktiviert werden. Ein sinngebendes Verständnis der aktuellen Veränderungen im Leben der Frau kann im Rahmen der erweiterten Betreuung durch Hebammen oder im Rahmen einer begleitenden Psychotherapie erreicht werden. Das Verfahren der Vorgeburtlichen Bindungsförderung (Bindungsanalyse nach Raffai, siehe weiter unten) erlaubt darüber hinaus die Einbeziehung biografischer Einflüsse der Vorgenerationen auf den Verlauf der Schwangerschaft, deren Gewicht bislang weit unterschätzt wurde. Traumatische Erfahrungen in den Vorgenerationen werden bis zur zweiten oder dritten Folgegeneration weitergegeben, sofern sie nicht aufgearbeitet wurden.

Neue Sicht auf die peripartale Depression

Spezifische Merkmale der peripartalen Depression *während* einer Schwangerschaft:

- bedrückte bis depressive Stimmungslage
- Verlust von Interessen und Lebensfreude
- Antriebshemmung, vermehrte Erschöpfbarkeit
- reduzierter Selbstwert und verminderte Selbstwirksamkeit
- Neigung zu Schuldgefühlen und Wertlosigkeit
- Schlafstörungen und mangelnde Erholung

Die Konflikthaftigkeit einer Schwangerschaft kann bei sorgfältiger Beobachtung schon früh erkannt werden: Wenn der Schwangerschaftstest positiv ist, erlauben die unmittelbaren Reaktionen der Schwangeren und ihres Partners eine erste Prognose und sollten von den Betreuenden gezielt erfragt und dokumentiert werden. Ob sich nach einem ersten Erschrecken dennoch eine zugewandte Akzeptanz der Schwangerschaft entwickelt hat, kann bei weiteren Untersuchungen überprüft werden. Bis dahin können körperliche Symptome wie Erschöpfbarkeit, vermehrtes Schlafbedürfnis oder Lustlosigkeit, sozialer Rückzug, Gefühle der Überforderung, eine Neigung zu Selbstzweifeln, Ängste und depressive Gestimmtheiten hinzugekommen sein und erleichtern die diagnostische Einschätzung.

Die psychotherapeutische Erfahrung zeigt, dass derartige Beschwerden häufig nur die Spitze des Eisbergs sind. Die eigentliche Belastung ist oft unbewusst, da sehr grundsätzliche Lebensthemen zur Entscheidung anstehen, wie zum Beispiel bei einer Erst-Schwangerschaft die Ablösung der Schwangeren aus ihrer bislang noch partiellen Kindrolle und die Transformation in eine vollständige Erwachsenenrolle als Mutter.

Spätestens mit den ersten Kindsbewegungen, wenn die Tatsache der Schwangerschaft körperlich wahrnehmbar und die Unumkehrbarkeit der Entwicklung den Betroffenen klar wird, kann sich entweder das Vollbild einer peripartalen Depression entwickelt haben, oder die Resilienz der zukünftigen Eltern hat eine positive Wende herbeigeführt und zeigt sich in zunehmender Adaption an die neue Lebenssituation. Erst dann dürfen sich die Betreuenden beruhigt zurücklehnen und den Dingen ihren Lauf lassen. Wenn aber diese Adaption misslingt, ist spätestens jetzt ein Eingreifen notwendig.

Eine Vielfalt grundsätzlicher Fragen taucht in einer Schwangerschaft auf: Was sind die Motive der beiden Beteiligten, die zu dieser Schwangerschaft geführt haben? War dies eine bewusste gemeinsame Entscheidung beider Partner oder nur das Interesse des einen? War die Schwangerschaft unbeabsichtigt und ist Folge eines Verhütungsfehlers, oder geschah die Zeugung unter Einfluss von Alkohol? Weiter von Bedeutung ist die Qualität der Partnerschaft, in die dieses Kind eintritt. Ist der Mann in der Lage, einen emotionalen und sozialen Raum zu gestalten, in dem sich die Frau geschützt fühlt? Gerät sie in Konflikt mit ihrer Karriere, oder soll das Baby sie aus einer beruflich unbefriedigenden Konstellation befreien? Wie reagiert das familiäre Umfeld auf das »freudige Ereignis«? Nicht selten wird der nun anstehende Reifungsschritt der Schwangeren von deren Eltern als ein Verlust alter kindlicher Bezüge erlebt, ein Abschied der zukünftigen Großeltern von ihrem Kind.

Was einer Schwangeren in dieser kritischen Situation von der somatischen Medizin angeboten werden kann, ist relativ wenig. Die regelmäßigen gynäkologischen Untersuchungen befassen sich im Wesentlichen mit der körperlichen Entwicklung der Schwangerschaft und dem Ultraschall. Werden seelische Belastungen thematisiert, ist die Verschreibung eines Antidepressivums der am leichtesten verfügbare Behandlungsansatz, was aber von den meisten Müttern wegen der Risiken mit berechtigtem Unbehagen quittiert wird. Wie kritisch dieser Behandlungsweg zu beurteilen ist, wurde von einer Reihe amerikanischer Studien aufgezeigt.

Der Geburtsvorbereitungskurs bei der Hebamme zielt im Allgemeinen auf Informationen über die Physiologie von Schwangerschaft und Geburt, Atemtechniken, den Umgang mit Wehen, Geburtmodus und Stillen. Zunehmend laden Hebammen Schwangere aber auch zum persönlichen Erfahrungsaustausch ein. Schwangerschaftsyoga und andere Entspannungsverfahren werden gern angenommen, weil dort eine Möglichkeit besteht, zu sich selbst zu finden, das Baby zu spüren und persönliche Erfahrungen auszutauschen. Die Möglichkeit psychotherapeutischer Unter-

* Eine deutschsprachige Version finden Sie unter www.hebammenforum.info → Materialien zum Herunterladen. (Anmerkung der Redaktion)

stützung wird hingegen noch selten in Betracht gezogen.

Aus psychotherapeutischer Sicht besteht bei einer peripartalen Depression während der Schwangerschaft die Gefahr, dass unter der Geburt ungelöstes Konfliktmaterial (zum Beispiel eine Missbrauchserfahrung) reaktiviert und in der Interaktion zwischen der Gebärenden, der Hebamme und dem hinzugezogenen Geburtshelfer in einer schwer durchschaubaren Weise reinszeniert wird. Innere Blockaden und die Schwierigkeit des Loslassens bei der Geburt stellen sich auf der körperlichen Ebene als Geburtshindernisse dar. Die Geburt kann dann als Wiederholung der früheren gewaltsamen Erfahrung erlebt werden.

Solche Erfahrungen wurden bislang als schicksalhafter Begleitumstand einer Geburt hingenommen. Sie stehen aber in scharfem Kontrast zu der von der Schwangeren erhofften sanften Geburt. Auch wenn eine Endorphinausschüttung während der Geburt manche Frauen die traumatische Erfahrung bald vergessen lässt, bleibt sie in der Erinnerung oder in der Körpererfahrung erhalten und kann im Fall einer neuen Schwangerschaft als Angstinhalt wieder auftauchen.

Spezifische Merkmale einer peripartalen Depression *nach* der Geburt:

- Ambivalenz und mangelnde Hinwendung zum Kind,
- Angst, als Mutter zu versagen,
- Stillstörungen,
- Zwangsgedanken, das Baby zu verletzen,
- suizidale Gestimmtheit.

In der Zeit nach der Geburt tauchen depressive Muster des Versagens als Mutter auf: Die Unfähigkeit, das Baby als das eigene anzunehmen und eine intime Bindung mit ihm einzugehen, Ängste, das Baby fallen zu lassen oder zu verletzen und möglicherweise suizidale Gedanken sind nun als Ausdruck einer Maladaption vor dem Hintergrund der bisher ungelösten Konflikte und Überlastungen zu erkennen. Der weit überwiegende Teil der peripartalen Depressionen ist so erklärbar, nur ein kleiner Teil resultiert aus der Reaktivierung einer vorbestehenden uni- oder bipolaren Depression.

Vorgeburtliche Bindungsförderung (Bindungsanalyse nach Raffai)

Das Verfahren der Vorgeburtlichen Bindungsförderung wurde von dem ungarischen Psychoanalytiker Dr. Jenö Raffai entwickelt. Die Methode ist keine Psychotherapie im engeren Sinn, hat aber heilsamen Einfluss sowohl auf die Schwangere und deren Familiensystem als auch auf das Ungeborene.

Durch eine regelmäßige Begleitung in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft kann eine tief vertrauensvolle Bindung zwischen der Mutter und dem Ungeborenen schon lange vor der Geburt entstehen. Die Schwangere wird in ihrer intuitiven Körperwahrnehmung

Alle Folio®-Produkte auch mit Vitamin D_3

Die Mini-Tabletten sind frei von Nanopartikeln, Laktose, Fructose, Gluten, Konservierungsmitteln, Farb- und Aromastoffen sowie tierischen Bestandteilen.

— auch **jodfrei** erhältlich —

steripharm.de

Hergestellt in Deutschland. Erhältlich in allen Apotheken.

Folio®

gestärkt und gewinnt einen sehr klaren und weit über das Gewöhnliche hinausgehenden Zugang zum Baby und zu ihrem Körper. Die Geburt wird von Ängsten entlastet, was die Notwendigkeit medizinischen Eingreifens und die Geburtsbelastung für Mutter und Kind vermindert. Die Folge sind weniger Geburtsschmerzen und seltenere Geburtsverletzungen. Die präventiv-stabilisierende Wirkung zeigt sich auch durch das nahezu vollständige Fehlen von Frühgeburten. Baby-Blues und insbesondere die peripartale Depression bleiben fast vollständig aus.

Dies lässt sich mit der systematischen Beschäftigung mit der Familiengeschichte und mit allen schwangerschafts- und geburtsrelevanten Themen erklären. Die Schwangere wie auch das Ungeborene sind gut für die Aufgabe der Geburt und die damit verbundenen familiären Veränderungen vorbereitet. Nach der Geburt ist der Umgang mit dem Baby erstaunlich einfach, auch weil dieses schon sehr früh über eine stabile Emotionalität verfügt. Das Stillen gelingt nahezu ausnahmslos. Daraus kann abgeleitet werden, dass mit der Methode von Jenö Raffai erstmals ein geeignetes Verständnis der Krankheitsdynamik der peripartalen Depression gelungen ist.

Hebammen (und verwandte Berufe) können die Methode erlernen und beruflich einsetzen. Ausführlichere Informationen gibt es unter www.schroth-apv.com/Bindungsanalyse.html.

Eine persönliche Bilanz

Der Überblick über die ersten zehn Jahre meiner Praxiserfahrung mit der Vorgeburtlichen Bindungsförderung umfasst 79 Frauen, die ich durch die zweite Hälfte der Schwangerschaft begleitet habe. 38 Prozent von ihnen wiesen Symptome einer peripartalen Depression auf. (Der hohe Prozentsatz an peripartaler Depression ergab sich aus meiner Spezialisierung auf diesem Gebiet und den entsprechenden Zuweisungen durch Kollegen und Kliniken.) Bei den 79 Frauen trat innerhalb der ersten sechs Monate nach der Geburt keine einzige peripartale Depression erneut auf. Dies wurde in ausführlichen Evaluations-Interviews nach einem Monat und nach sechs Monaten belegt.

Einen weiteren Beleg liefern die Ergebnisse des von mir in den USA durchgeführten Weiterbildungs-Curriculums zum Prenatal Bonding (BA™): Bei 51 schwangeren Frauen, die von den Weiterbildungsteilnehmern begleitet wurden, konnte in der Evaluation nach sechs Monaten eine peripartale Depression ausgeschlossen werden. Bei einer Frau trat ein Baby-Blues auf.

Bei keiner der insgesamt 130 Schwangeren der beiden Gruppen war eine antidepressive Medikation notwendig – im Gegensatz zur üblichen Praxis einer oft raschen Verordnung von Antidepressiva. Bei jenen Frauen, die vor Beginn der Bindungsanalyse ein Antidepressivum eingenommen hatten, wurde dies innerhalb von vier Wochen abgesetzt.

Diese persönliche Erfahrung sehe ich als einen klaren Beleg für die Leistungsfähigkeit und die Sicherheit der Methode von Jenö Raffai, speziell was die Vermeidung von Frühgeburten und die Prävention der peripartalen Depression angeht.

Literatur

1 World Health Organisation (WHO): The Global Burden of Disease –2004 – Update (2012). www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/en/ (Zugriff 1.9.16)

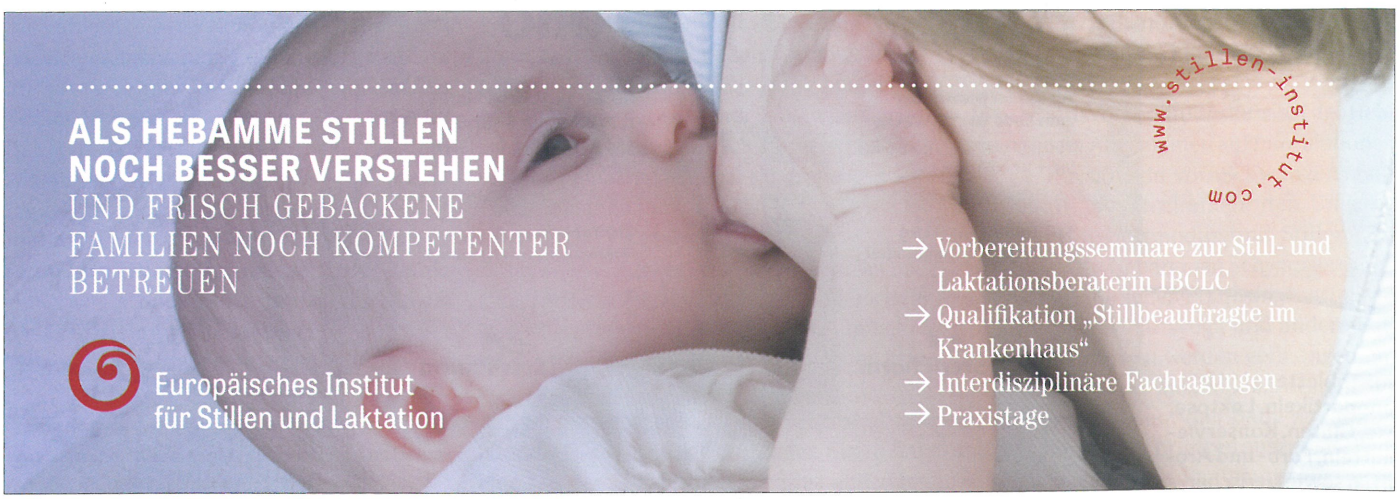
2 Hübner-Liebermann B, Hausner H, Wittmann M: Recognizing and treating peripartum depression. Dtsch Arztebl Int 2012; 109: 419–424

3 Whooley M, Avins A, Miranda J et al.: Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. J Gen Intern Med 1997; 12: 439–445

4 Bosanquet K, Bailey D, Gilbody S et al.: Diagnostic accuracy of the Whooley questions for the identification of depression: a diagnostic meta-analysis. BMJ Open 2015; 5: e008913

5 Wendt A, Rohde A: Die Edinburgh Postnatal Depression Scale zur Erfassung postpartaler Depressionen. Gynäkol Prax 2003; 27: 693–701

6 Schroth G: Bindungsanalyse nach Raffai und Hidas. Eine Einführung. Int J Prenat Perinat Psych Med 2009; 21: 343–347

Dr. med. Gerhard Schroth, *Psychiater, Psychoanalytiker, Pränatal-Psychologe, Autor und Weiterbilder, hat seit 20 Jahren die Pränatal-Zeit des Menschen erforscht und lehrt seit 2009 das Prenatal Bonding (BA™) in den USA und die Vorgeburtliche Bindungsförderung (Bindungsanalyse nach Dr. Raffai) in Deutschland. Weitergehende Informationen unter www.schroth-apv.com/neues_curriculum_ba_2017-2018.html. Kontakt: ba@schroth-apv.com*

Schroth G: Peri-/postpartale Depression – was wissen wir heute darüber? Hebammenforum 2016; 17: 1103–1106