



# MÜTTER IN SCHWEREN PSYCHISCHEN KRISEN

OÄ. Dr. Claudia Reiner - Lawugger



# Hochstressphasen in der frühen Zeit

- Vor der Empfängnis
- In der Schwangerschaft
- Während und kurz nach der Geburt
- postpartal

# VOR DER EMPFÄNGNIS

# Welche Mütter (Eltern) sind betroffen

- Mütter mit einer längeren psychiatrischen Vorgeschichte – bipolare Störungen, Schizophrene Patientinnen, Zwangsstörungen etc
  - *Genaue Besprechung des Themas Mutterschaft*
  - *Umstellung auf schwangerschaftsverträgliche Medikamente*
  - *Paargespräch*
  
- Mütter mit unerfülltem Kinderwunsch und zahlreichen IVF Behandlungen
  - *Sehr häufig Angstsymptome*
  - *Hohe Stressbelastung*

# IN DER SCHWANGERSCHAFT

# Stress in der Schwangerschaft

- Progesteron wird durch Stress reduziert, erhöhte Abortrate
- 10% des Cortisol gelangt auch über die Plazenta zum Fötus
- Dadurch schnellere Lungenreife und schnellere Entwicklung des Gehirns
- Schlechtere kognitive Entwicklung, schlechterer Schlaf (Schwab et al. Nachuntersuchung von Kindern die Bethamethason erhalten hatten)
- Kinder, mit erhöhter Stressbelastung intrauterin - erhöhte Stresswerte zeitlebens
- Stressbelastung des Ungeborenen hoch -Veränderungen in den re Amygdala (erhöhte Vulnerabilität für Angsterkrankungen)

# Psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft

- Depressionen
- Angsterkrankungen
- Zwangserkrankungen
  
- In der Betreuung aufwendig, aber meistens stabil:
  - *Bipolare Störungen, Schizophrenie*
  
  - *Borderlinestörungen immer für alles gut*

# Angsterkrankung

- 6 % der Schwangeren, 10 % der Mütter entwickeln Angsterkrankung.
- sowohl mit als auch ohne Depression
- **Symptome:** das Gefühl, dass bald etwas schlechtes vor allem mit dem Kind passieren wird; dauernd besorgt, ängstlich, Gedanken kreisen; Schlaflosigkeit; Appetitlosigkeit, Unruhe, Schwindel
- **Risikofaktoren:** pos Familienanamnese , in der Anamnese Angsterkrankungen oder Depression



# Peripartale Depression

- 10 – 15% aller Mütter erkranken an einer peripartalen Depression – in Wien ca.2000 Mütter jährlich
- Die **häufigste** Erkrankung von Müttern in der peripartalen Zeit
- **Symptome:** Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Lustlosigkeit, innere Unruhe, weinerlich, Beziehung zu Kind bzw Ungeborenem sehr unterschiedlich, tw. aggressive Phantasien dem Kind gegenüber, Schuld und Schamgefühle

# Peripartale Depression-Risikofaktoren

- Positive Familienanamnese
- Depression und Angstzustände in der Anamnese
- PMS
- IVF oder andere Infertilitäts-Behandlungen
- Schilddrüsenprobleme, Diabetes
- Schwangerschafts-oder Geburtskomplikationen, Baby auf der Neonatologie
- geringe Zufriedenheit mit der Partnerschaft
- wenig soziale Unterstützung und Anerkennung, niedriger Selbstwert, finanzielle Sorgen, negative Life-events
- Hoher Leistungsdruck, Perfektionismus

# Therapie

- Medikamentöse Therapie – Antidepressiva mittlerweile sehr gut untersucht
- Psychotherapie
- Begleitende Hebammen schon in der Schwangerschaft
- Müttergruppen (Yoga, ...)
- Geburtsvorbereitungskurs
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit

# GEBURT

## Nicht nach Wunsch...

- Geburt verläuft gut -

Mutter wird postpartal akut psychisch krank -

- *postpartale Psychose*

- Geburt verläuft traumatisch -

Mutter hat Schwierigkeiten mit dem Erlebten zurechtzukommen

- *posttraumatische Belastungsreaktion*

# Postpartale Psychosen

- 1/500 Frauen erkrankt an postpartaler Psychose
- 22- fach erhöhtes Risiko im ersten Monat nach der Geburt psychotisch zu werden (Kendell, Chalmers, B.Journ.of Psychiatrie 1987)
- Hohes Risiko bei: Schizophrenie, bipolare Störungen in d Anamnese bzw. pos. FAMILIENANAMNESE (psychosoziale Schwangerenanamnese !!!)
- Life-event – kann Ausbruch einer Psychose provozieren
- Östrogen
- Schwere psychiatrische Erkrankung, die früher häufig zum Tod der Mutter geführt hat

# Postpartale Psychosen

- In SS Serumspiegel von Östrogen 100 – 200 x höher als normal
- Postpartales Absinken auf Normlevel innerhalb weniger Tage
- Östrogen hat psychoseprotektiven Effekt, Psychoseschutz der Natur (Fink et al. 96)
- Akute Psychosen oft kurz vor oder während der Menstruation – niedriger Östrogenspiegel
- Östrogene regulieren dopaminerges (inhibierend), serotonerges System, Norepinephrin und Monoaminoxidase
- 2. Inzidenzgipfel v. Schizophrenien bei Frauen in der Menopause

# Risiko nach der Geburt- postpartale Psychose

- Meistens plötzlicher Beginn
- Affektive Symptome, vor allem maniforme im Vordergrund
- Remissionsqualität für das akute Ereignis gut
- Remissionsstabilität oft nicht gegeben.

Cave: **Suizidrisiko** im weiteren Verlauf

- Suizidrisiko im ersten Jahr postpartal 70% erhöht
- Dringend versuchen Mutter/Kind nicht zu trennen
- Verlauf insgesamt günstiger bei Erstmanifestation
- Postpartale Psychosen gehören unbedingt in FÄ Behandlung, Psychose könnte sich auch gegen das Kind richten



# Therapie

- Abstillen nahezu immer erforderlich
- Neuroleptika mit geringer Prolaktin-Erhöhung
- Anxiolytika Lorazepam (Temesta)
- Je schneller die Behandlung beginnt, desto besser der Verlauf
- Engmaschige multiprofessionelle Begleitung mindestens ein Jahr

# posttraumatische Belastungsreaktion

# Reaktion auf belastendes Ereignis oder Situation außergewöhnlicher Bedrohung

- Wiederholtes Erleben des Traumas durch aufdrängende Erinnerungen (Flash-backs), Alpträume,
- Gefühl von Betäubtheit, Freudlosigkeit,
- Vermeidung von Tätigkeiten, die an das Trauma erinnern
- Vegetative Übererregung, Vigilanz Steigerung, Schreckhaftigkeit, Schlafstörung
- Angst, Depression
- Suizidalität
- Drogeneinnahme oder Alkoholmissbrauch

# PTBS in der Geburtshilfe

- Erste epidemiologische Studie 1997 (Wijma K. et.al)
- Publierte Referenzdaten :Prävalenzrate von **1,5%-6%**
- Subjektivität spielt große Rolle
- Reale Bedrohlichkeit der Situation, lange Geburtsdauer, subjektiv erlebte Bedrohlichkeit der Situation, “unerträgliche“ Schmerzen , Gefühl des Ausgeliefertseins, keine Kontrolle über die Situation, Verletzung des Schamgefühls, Wahrnehmung der Umwelt als rücksichtslos
- Belastung der Mutter-Kind Interaktion, der Partnerschaft bzw. der Entscheidung, weitere Kinder zu bekommen

# Prävention und Therapie

- Objektiv traumatisierende Interventionen vermeiden (verbale Interventionen, grobes Anfassen,..)
- Im Anamnesegegespräch frühere Geburtserlebnisse schildern lassen
- Bei massiven Ängsten in der SS oder bestehen auf Wunschsectio genauere Anamnese zu PTBS
- Ernst nehmen der Patientin
- Bei wiederholten Anschuldigungen an das Personal - professionelles Gespräch anbieten, oft Symptom einer PTBS
- Psychotherapie, tlw. medikamentöse Therapie erforderlich

# NACH DER GEBURT

# beginnende PPD

- Kardinalsymptom: Schlafstörung
- „Rooming-out“ – für 5 Tage
- Stillen/ Flascherl - Wechsel in der Nacht
- Oft nur mehr mit Schlafmedikation möglich
- Zolpidem
- Bei sehr schweren Schlafstörungen Quetiapin, dann aber meistens auch schon AD notwendig

# Postpartale Depression

- Beginn langsam , **Symptome:** Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Lustlosigkeit, innere Unruhe, weinerlich, Beziehung zu Kind sehr unterschiedlich, tw. aggressive Phantasien dem Kind gegenüber, Schuld und Schamgefühle
- Depressive Mutter ist sich ihrer Defizite bewusst
- 70% Anpassungsstörungen, davon braucht nur 1/3 Medikation
- Bei schweren Fällen und dann früherer Beginn: Depression mit psychotischer Symptomatik



# SSRI

- Keine Auffälligkeiten bei mehreren tausend im 1. Trimenon exponierten Schwangerschaften

(z.B. Einarson 2008, Bruyère 2008, Davis 2007, Vial 2006, Garbis 2005, Malm 2005, Hallberg 2005)

- Geringer plazentarer Übergang: Sertralin, Paroxetin
- Höchster plazentarer Übergang: Citalopram, dann Fluoxetin
- Antidepressiva mit kurzer Halbwertszeit zu bevorzugen
- 1. Wahl : Sertralin

# Therapie

## **Soziotherapeutische Maßnahmen:**

- Aufklärung über Erkrankung zur Entlastung von Schuldgefühlen !
- Ermutigung hinaus zu gehen
- Eltern / Kind-Zentren
- Sicherheit im Umgang mit dem Kind üben (Hebammen)
- Zeit für sich selbst (Sport, Freundinnen treffen, Zeit für das Paar, intellektuelle Tätigkeiten – bore-out)

# PPD -Auswirkungen auf das Kind

- Inadäquate Reaktion der Mutter auf die kindlichen Bedürfnisse - **depressives Interaktionsmuster**
- **Entwicklungsverzögerungen** im kognitiven Bereich, tw. bis zum Schulalter nachweisbar (Pawlby 2001)
- im **EEG Veränderungen** über dem rechten Frontallappen und **erhöhte Stresshormone**, Veränderungen wie bei chronisch depressiven Erwachsenen (Dawson und Ashman,2000)
- **Therapie der Mutter ist Prävention für das Kind**

# Zwangserkrankung

- 3-5 % der Mütter betroffen

## Symptome :

- aufdrängende Zwangsgedanken, repetitive negative Gedanken oder Bilder das Baby betreffend . sehr beunruhigend, da der Mutter fremd
- Zwangshandlungen
- Angst mit dem Baby alleine zu sein
- Vermehrte Aufmerksamkeit bei der Aufsicht des Babys

## Risikofaktoren:

- positive persönliche oder Familienanamnese für Angst oder Zwangsgedanken

# Borderlinemütter

- Grenzverhalten zwischen Zuwendung und Ablehnung
- Ständige Triggersituationen für die Mutter
  1. *normale Entwicklungsphasen (Besuch des Kindergartens, der Schule)*
  2. *Autonomiebestrebungen (Ausbildung des ICH und des eigenen Willen bei dem Kind; eigener Freundeskreis)*
  3. *Ablösungsprozesse des Kindes (in der Pubertät, erste Liebesbeziehungen, anstehender Auszugwünsche) bedeuten, in denen es ihnen kaum möglich ist, als Mutter bzw. als Erwachsene zu agieren bzw. zu reagieren.*
- Häufig kommt es durch diese Schlüsselsituationen zu Verschlimmerungen der Symptome bzw. zu Eskalationen in den engsten Familienbezügen (gegenüber dem Partner/ der Partnerin; den Kindern).

# Borderlinemütter

1. Müttern mit Borderline fällt es schwer eine gesunde und stabile Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen, dessen Bedürfnisse zu erkennen und das Kind psychisch und physisch mit den Begleitsymptomen von Borderline nicht zu belasten. (z. B. Impulshaftigkeit, hohe innere Anspannung, mögliches selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität)
2. Therapie unbedingt erforderlich (zB : DBPT)
3. Einige Menschen mit der Persönlichkeitsstörung Borderline sind daran erkrankt, weil sie selbst eine (untherapierte, nicht diagnostizierte) Mutter und/oder einen (untherapierten, nicht diagnostizierten) Vater mit dieser Persönlichkeitsstörung hatten. **Diese Traumata-Kette gilt es zu durchbrechen.**

# Spezialambulanz für perinatale Psychiatrie

**OÄ. Dr. Claudia Reiner-Lawugger**

2.Psychiatrische Abteilung, Pavillon 18/2

Otto Wagner Spital

Tel: 91060 21820

**Ab Juni**

**Wilhelminenspital Pav XIII**

**Tel: 49150-**

Telefonische Anmeldung erforderlich