

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

FRAU UND SEELISCHE STÖRUNG (7)

• Kapitel 7: WOCHENBETTPSYCHOSE

Postpartale Psychosen – Puerperalpsychose – Postpartum-Blues – postpartale Depression – Heultage – puerperales „Irresein“ – Puerperalmanie – Puerperaldepression – u.a.

Die Geburt war gut verlaufen. Das Kind war gesund. Alle waren zufrieden. Die Mutter war glücklich – doch dann wurde sie plötzlich anders: ängstlich, teils unruhig-gespannt, teils wie versteinert, lehnte Essen und Trinken ab, fühlte sich entweder schwermütig oder hochgestimmt, litt plötzlich unter Schuld- und Bestrafungsideen, hörte Stimmen, redete verwirrt, begegnete Schwestern und Ärzten, ja sogar Angehörigen und Ehemann mit Misstrauen und reagierte auf alle Betreuungsversuche reizbar bis aggressiv. Die Verwandten und Freunde waren schockiert, die Ärzte und Schwestern besorgt – doch unversehens war alles wieder vorbei, als ob nichts geschehen wäre.

Was ist das für ein irritierendes Krankheitsbild nach der Geburt, wie erklärt man es sich, was kann es für Folgen haben und vor allem: was muss man tun? Nachfolgend deshalb ein kurz gefasster Überblick über die wichtigsten seelischen Störungen im Wochenbett, von den harmlosen „Heultagen“ über die grundlose Schwermut bis zur schizophrenie-ähnlichen Psychose.

Erwähnte Fachbegriffe:

Wochenbettpsychosen – postpartale Psychosen – Puerperalpsychosen – postpartum-blues – postpartale Depression – Heultage – „puerperales Irresein“ – Puerperalmanie – Puerperaldepression – körperlich begründbare Psychosen – exogene Psychosen – organische Psychosen – amentielles Syndrom – psychogene Psychosen – Schwangerschaftspsychosen – Menstruationspsychosen – Monatsblutungs-Psychosen – erweiterter Suizid –

Kindstötung im Wochenbett – Ursachen – Verlauf – Prävention – Therapie – u.a.

Es ist kaum etwas so glückhaftes denkbar, wie die Geburt eines gesunden Kindes, und zwar nicht nur für die Mutter, auch für den Vater und alle anderen Angehörigen. Und selbst Hebammen, Krankenschwestern und -pfleger sowie Frauenärzte mit langer Berufslaufbahn berichten immer wieder von einem „schwer definierbaren, auf jeden Fall aber zufriedenen Gefühl, wenn wieder einmal alles gut gegangen ist“.

Und doch kann diese begrenzte Zeit der gemeinsamen Freude zu einer der dramatischsten Stunden, Tage oder gar Wochen geraten, die allen noch lange im Gedächtnis haften werden. Die Rede ist von einer akuten „Geisteskrankheit“ der Mutter nach der Geburt, zwar nur kurz und in der Regel ohne weitere Folgen (wenn alles überstanden ist), aber gleichwohl irritierend, verwirrend, befremdlich, ja schockierend – vor allem für jene, die so etwas noch niemals miterlebt haben: die so genannte **Wochenbettpsychose**.

Nachfolgend deshalb ein etwas ausführlicherer Beitrag dazu.

Ein dramatisches Leiden, so alt wie die Menschheit

Nichts ist neu, fast nichts. Und schon gar nicht die zwar seltene, dann aber umso dramatischere bis ggf. tragische (Kindstod - siehe später) seelische Störung einer Wöchnerin, obgleich keine Komplikationen vorausgegangen und auch keine körperlichen Ursachen für das eigenartige Ereignis zu finden sind.

Nun treten bei Frauen im Wochenbett nicht selten seelische Störungen auf. Das kann man schon bei den antiken Ärzten Hippokrates und Galen nachlesen, die mit ihren eigenen begrenzten Möglichkeiten nach Ursachen suchten und vor allem eine Milchstauung oder gar das direkte Eindringen von Muttermilch in das Gehirn annahmen.

Im ersten Drittel des 19. Jahrhunderts wurde man schließlich konkreter, beschrieb solche Ereignisse schon detaillierter und nannte dies später das „halluzinatorische Irresein der Wöchnerinnen“. Inzwischen liegen Dutzende von Publikationen zu diesem Thema vor und man weiß schon sehr viel mehr darüber als früher, wenngleich leider noch immer nicht genug. Das heißt: Die Wochenbettpsychosen sind und bleiben letztlich mysteriöse Ereignisse – bis heute.

Auf jeden Fall teilt man sie heute ein in die so genannten „Heultage“, die als nicht krankheitswertig gelten, die postpartale Depression und die Wochenbettpsychose. Im Einzelnen:

• Heultage

Die etwas abwertend als „**Heultage**“ bezeichnete Phase seelischer Labilität nach der Geburt (englischer Fachbegriff: postpartum-blues) hat keinen Krankheitswert. Sie ist recht häufig (man spricht von 50 bis 70 % aller Wöchnerinnen) und ein (fast) normaler kurzzeitiger Stimmungseinbruch, der zwischen dem 3. und 5. Tag nach der Entbindung auftritt und einige Stunden bis wenige Tage andauert.

Das Beschwerdebild äußert sich meist in Reizbarkeit, vor allem aber Weinerlichkeit sowie gelegentlich Merk- und Konzentrationsstörungen, Überempfindlichkeit und Energielosigkeit.

Als *Auslöser* wird am häufigsten der überwältigende Gefühlseindruck des Geburtserlebnisses diskutiert.

Entscheidend ist die Erkenntnis: Die „Heultage“ verschwinden nach relativ kurzer Zeit wieder, brauchen in der Regel keine psychiatrische Behandlung (die notwendige Zuwendung und psychologische Stützung kommt meist von Angehörigen und Pflegepersonal) und hinterlassen keinerlei Folgen.

Manchmal erfahren die „Heultage“ eine Verstärkung durch so genannte „neurotische Reaktionen“. Darunter versteht man mehr oder weniger nachvollziehbare Versagenszustände, teils ängstlich, teils deprimiert (also nicht krankhaft depressiv) gefärbt. Dabei handelt es sich vor allem um die Furcht, den neuen Aufgaben nicht gewachsen, durch die Mutterrolle überfordert zu sein oder aus dem Berufsleben verdrängt und damit endgültig an den Haushalt gefesselt zu werden.

Das sind zwar sorgenvolle Überlegungen, die durchaus länger anhalten können, spätestens dann aber auf das eigentliche Kern-Problem reduziert werden, wenn diese „Heultage“ vorbei sind und sich die jetzt aufdrängenden Aufgaben nüchtern abwägen lassen.

• Wochenbettpsychosen

Etwas schwieriger einzuteilen, zu erklären, vor allem aber rechtzeitig zu diagnostizieren und gezielt zu behandeln sind die **Psychosen im Wochenbett**. Einzelheiten zum Begriff der Psychose siehe Kasten.

Was ist eine Psychose?

Unter einer Psychose versteht man eine „Seelenkrankheit“ bzw. „Geisteskrankheit“ (obgleich vor allem die geistigen, d.h. intellektuellen Funktionen

nicht unbedingt beeinträchtigt sein müssen). Zwar gehört die „Psychose“ zu den am häufigsten gebrauchten, erstaunlicherweise aber auch zu den nicht immer scharf und einheitlich verwendeten Fachbegriffen in der Psychiatrie. So wird sie auch als „allgemeine psychiatrische Bezeichnung für viele Formen psychischen Andersseins und psychischer Krankheit“ bezeichnet, die teils durch erkennbare Organ- oder Gehirnerkrankheiten hervorgerufen werden oder deren organische Grundlagen hypothetisch sind, wie bei den so genannten endogenen Psychosen (U. H. Peters: Wörterbuch Psychiatrie, Psychotherapie und medizinische Psychologie, 2001).

Besondere Schwierigkeiten macht die Abgrenzung im einzelnen Fall, bedingt durch Schweregrad der seelischen Veränderungen, Fehlen von Krankheitseinsicht, Störungen der zwischenmenschlichen Kommunikation, mangelhafte Verstehbarkeit der Phänomene, unzureichende soziale Anpassung u.a.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) versteht in einer ihrer Definitionen unter einer Psychose eine seelische Störung, bei der die Beeinträchtigung der psychischen Funktion ein solches Ausmaß erreicht hat, dass dadurch Realitätsbezug, Einsicht und die Fähigkeit zu sehr gestört sind, um einigen der üblichen Lebensanforderungen noch zu entsprechen.

Nach wie vor aber stehen verschiedene Definitions-Varianten zur Diskussion, wobei nur einige wenige Aspekte für alle gelten: So gibt es die exogenen, also von außen ausgelösten Psychosen durch erkennbare Organ- oder Gehirnerkrankheiten, Schädel-Hirn-Unfälle sowie Vergiftungen durch bestimmte Rauschdrogen, Arzneimittel u.a. Es gibt die erwähnten endogenen, also von innen, aus dem Organismus herauskommenden Psychosen, jedoch (bisher) ohne erkennbare bzw. nachweisbare körperliche Ursachen, wenngleich auf überwiegend körperlichen und konstitutionellen Faktoren beruhend.

Auf jeden Fall geht man davon aus, dass es sich um eine Störung des Nervenstoffwechsels handelt, doch welchem der möglichen Botenstoffe (Neurotransmitter, Überträgerstoffe) die entscheidende Ursache zukommt, ist noch unklar.

Wochenbettpsychosen, auch **postpartale Psychosen** (vom lateinischen: post = nach, partus = Geburt) oder konkreter **Puerperalpsychosen** (lateinisch: puerperium = Kindbett, Niederkunft, Geburt) genannt, sind glücklicherweise seltene Phänomene, leider oftmals dramatisch bis gefährlich (z. B. Kindstötung – siehe später).

Soweit in den letzten 150 Jahren überblickbar, treten sie in allen Kulturen weltweit gleichbleibend und zwar mit ein bis zwei Erkrankungen pro 1000 Geburten auf. Dann allerdings ist eine klinische Behandlung das günstigste, und dazu kommt es auch in der Regel, zumindest bei ernsterer Ausprägung des Leidens.

Der Zeitpunkt des Ausbruchs liegt charakteristischerweise in den ersten drei Wochen nach der Geburt, am häufigsten zwischen dem 2. und 4. Tag nach der Niederkunft. Manchmal aber auch erst in der zweiten Woche oder noch später. Deshalb wird die Häufigkeit solcher Ereignisse bisweilen unterschätzt, da die Patientinnen zuvor aus der Frauenklinik entlassen worden sind, zumal sich in organischer Hinsicht keine Probleme abzuzeichnen pflegen.

Beschwerdebild: Mitunter lassen sich so genannte Vorposten-Symptome (Fachbegriff: Prodromi) erkennen, leider zumeist rückblickend, denn die Mehrzahl der Betroffenen einschließlich Angehörigen sind ohnehin überrascht und überfordert, was dieses Leidensbild anbelangt.

Am häufigsten wird von unbegründeten Verstimmungen, scheinbarer Abstumpfung (so interpretiert man die seelisch-körperliche Blockierung) sowie Schlafstörungen berichtet. Allerdings muss das alles erst einmal nicht sonderlich ausgeprägt sein oder kann sogar völlig fehlen.

Dann aber bricht das Krankheitsbild plötzlich und in seiner Heftigkeit oft ungestüm aus. Und dies in der Mehrzahl der Fälle innerhalb weniger Tage und „aus völliger Gesundheit nach bisher komplikationslosem Verlauf“, d.h. ohne erkennbares äußeres Ereignis – bisweilen sogar über Nacht.

In der Fachsprache nennt man dies „hoch psychotisch“ und in konkreten Beschreibungen (in allgemeinverständlicher Übersetzung) ist dabei mit folgenden Krankheitszeichen zu rechnen (siehe auch der Kasten mit den Falldarstellungen):

- Ausgeprägte Ratlosigkeit bis hin zur Verwirrtheit im Denken, Reden und Handeln, und mitunter wie in einem traum-ähnlichen Verwirrheitszustand.
- Zunehmende Schlafstörungen, von Ein- über Durchschlafstörungen bis zu Früherwachen, manchmal totale Schlaflosigkeit.
- Schwere depressive Verstimmungen mit zum Teil massiven depressiven Selbstvorwürfen, bis hin zum Schuld- und Versündigungswahn (siehe unten).
- Ausgeprägte Schwankungen der Gemütsverfassung, ausgehend von den erwähnten Depressionen, meist begleitet von zermürenden Angstzuständen bis hin zu ekstatischen Glückserlebnissen, mitunter vermischt mit religiös gefärbten Wahnvorstellungen (siehe unten). Bisweilen aber auch manische (also hochgestimmte) „Verstimmungszustände“, die nicht nur die erwähnten Glücksgefühle, sondern sogar regelrechte Größenideen, Erlösungs- und Weltverbesserungsvorstellungen enthalten können.

- Besonders die Wahnhalte zeigen ein breites Spektrum krankhafter Ideenbildung und Wahrnehmungsstörungen, begleitet von Sinnestäuschungen, Gedankeneingebung, Echo-Phänomenen, Gedankenausbreitung, einem Gefühl des Beeinflusstwerdens, des Gelenktwerdens oder gar der Besessenheit. Die wahnhaften „Selbst- und Fremdvorwürfe“ können einerseits das eigene Versagen oder bestimmte Verfehlungen zum Inhalt haben (eher selten) und sich andererseits gegen andere richten, z. B. Arzt, Pflegepersonal, Ehemann, Eltern u.a. (häufiger).
- Nicht selten auch Veränderung der Bewegung (Fachbegriff: Psychomotorik) im Sinne von seelisch-körperlicher Erstarrung (Stupor) bzw. Enthemmung bis zum so genannten Raptus (Erregungszustand).

Die Wochenbettpsychose:

Falldarstellungen bzw. Krankenblatt-Eintragungen

- Fünf Tage nach der Geburt stellten Familienangehörige erste psychische Veränderungen fest: Die Wöchnerin habe Angst vor dem Einschlafen geäußert, auf Ansprache nicht reagiert und zeitweilig einen starren Blick gehabt. Während der stationären Aufnahme war sie mutistisch (sprach nicht) und stuporös (seelisch-körperlich wie versteinert) und lehnte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme ab. Später berichtete sie, dass sie sich kurz nach der Geburt ohne äußeren Anlass traurig gefühlt und oft geweint habe. Auch habe sie Angst gehabt ihr Kind nicht ausreichend versorgen zu können und habe den Säugling schreien hören, auch wenn er nicht in der Wohnung gewesen sei. Ihre Gedanken seien durcheinander geraten. Sie habe geglaubt, dass dem Kind eine schreckliche Zukunft bevorstehe. Sie sei eine schlechte Mutter und habe dem Kleinen die Qualen ersparen wollen (weshalb es zur Tötung des Kindes kam). Nach der Tat habe sie sich aus dem Fenster stürzen wollen, aber zunehmend unbeweglicher gefühlt und ins Bett gelegt.

Bereits nach der Geburt des ersten Kindes habe sie sich etwa einen Monat nach der Entbindung energielos gefühlt, zunehmend zurückgezogen, wurde immer ratloser, konnte nicht mehr denken, litt unter Schuld- und Bestrafungsideen und stellenweise sogar akustischen Halluzinationen (Stimmen hören).

- Etwa zwei Wochen nach der Geburt sei sie immer verwirrter geworden, habe nicht mehr gewusst, ob sie verheiratet, verwitwet oder ledig war, war zeitlich und zur eigenen Person nicht mehr orientiert, litt unter Gefühlslabilität mit raschem Wechsel zwischen einer leicht gereizten und gedrückten Grundstimmung. Sie konnte nichts mehr denken und wenn, dann sprunghaft, nicht mehr in sich schlüssig und ohne Sinn und Zweck. Vorübergehend kam es auch zu akustischen Sinnestäuschungen, manchmal sogar zu Gesichts-Halluzinationen. Das machte sie ängstlich, insbesondere die Furcht, sie könne ihr Kind

nicht mehr versorgen, ihr Neugeborenes müsse verhungern. Dazu ständig eigenartige Geräusche, bis hin zur Stimme der Schwiegermutter, obgleich diese gar nicht im Haus war.

- Zunächst stillte und versorgte sie ihr Kind ganz normal. Dann registrierte die Familie eine gewisse Unruhe, ja Umtriebigkeit. Sie habe im Haus viel umgeräumt, wurde dabei immer ängstlicher, vor allem das Neugeborene könne ersticken. Habe viel geweint und schließlich völlig verwirrt geredet. Zuletzt habe sie sogar fremde Leute auf der Straße angesprochen und nachts immer weniger geschlafen. In der Klinik war sie seelisch-körperlich unruhig, nervös und gespannt, aber auch distanzlos und zeigte ein regelrecht zerfahrenes Denken. Ein geordnetes Gespräch war nicht mehr möglich. Dafür war sie leicht ablenkbar, redete teilweise am Thema vorbei, wiederholte immer wieder stereotype Floskeln („alles gut“, „alles schön“, „schon richtig“). In gemütsmäßiger Hinsicht wurde sie labil, wechselte rasch zwischen reizbar-missgestimmt und deprimiert. Immer wieder kam es auch zu inadäquaten Handlungen, d.h. sie legte sich in fremde Betten, umarmte Mitpatienten und redete ununterbrochen auf sie ein.

- Etwa eine Woche nach der Entbindung habe sie kaum mehr geschlafen, immerfort Schränke ausgeräumt und sei auch plötzlich reizbar und aggressiv geworden. Das Denken kreiste immer mehr und immer schneller um nutzlose und unsinnige Themen. Zuletzt redete sie auch viel und sinnlos. Die Gemütslage wechselte zwischen Heiterkeit und Niedergeschlagenheit, der Antrieb zwischen überdreht und seelisch-körperlich gehemmt. In der Phase der Überaktivität war sie sprachlich nicht mehr zu bremsen und mischte sich auch ständig in fremde Unterhaltungen ein. Im Zustand der Gehemmtheit konnte sie auf keine Frage antworten, starrte nur ratlos den Betreffenden an und wirkte ängstlich und hilflos.

- Es begann einige Tage nach der Geburt mit Durchschlafstörungen und frühem Erwachen. Sie wurde immer angetriebener, ruheloser, das Denken beschleunigt und zuletzt inhaltlich völlig durcheinander. Schließlich kam es zu Beziehungsideen („wer will mir hier eigentlich was?“) und zu einem wachsenden Misstrauen Ehemann, Angehörigen und Hausarzt gegenüber. Am Ende war sie nicht nur überdreht, sondern lief auch halbnackt umher, verlor jegliche Distanz und reagierte gereizt, wenn man nicht auf sie einging. Denken und Reden wechselten von einem Thema zum anderen und waren am Schluss fast nicht mehr nachvollziehbar.

Krankheitsverlauf: Der Verlauf solcher Störungen ist vor allem durch raschen Wechsel gekennzeichnet (Fachbegriff: schneller Symptomwandel). Man muss also mit häufig abrupten Verhaltensänderungen rechnen, z. B. dem raschen Auftauchen und Verschwinden entsprechender Symptome („wie ein Spuk“). In

der Klinik erscheint die Patientin bei der Visite noch völlig unauffällig, um anschließend psychotisch zu dekompensieren; oder war vorher kaum zu halten, und ist plötzlich „normal“, angepasst, freundlich-zugewandt und heiter.

Für die auf jeden Fall überforderten Angehörigen und andere Nicht-Spezialisten ist es aber einfacher, durch verbale, psychosoziale und Bewegungs-Enthemmung, insbesondere Wahn und Sinnestäuschungen auf das drohende Krankheitsbild aufmerksam zu werden, während die seelisch-körperliche Blockierung durch eine Depression eher übersehen oder erfolgreich verschwiegen werden kann. Doch das ist nicht ohne Risiko, insbesondere was Eigen- und Fremdgefährdung anbelangt, d.h. Selbsttötungsgefahr, wenn nicht gar erweiterter Suizid mit dem Neugeborenen (siehe später).

Auf jeden Fall gilt die Erkenntnis: Bei dieser Art von Krankheit gibt es kein spezifisches Symptommuster, nach dem man sich richten könnte und auch keinen typischen Verlauf. Es ist praktisch alles möglich, und dies noch im raschen (und damit alle überraschenden) Wechsel.

Ursachen: Über Ursachen und in dieser Hinsicht vielleicht erhellenden Krankheitsverlauf (Fachbegriff: Ätiopathogenese) gibt es keine einheitliche Meinung. Wahrscheinlich spielen mehrere Faktoren zugleich eine Rolle. Keinen gesicherten Zusammenhang gibt es beispielsweise zwischen postpartaler Psychose und Zwillingsgeburten, Stillen, alleinerziehenden Müttern, vorangegangenen oder aktuellen Totgeburten u.a.

Nachvollziehbar sind die endokrinen Veränderungen („innere Drüsen“), insbesondere der nach der Geburt sehr rasch abfallende Östrogenspiegel (um den drastischen Rückgang zu demonstrieren nachfolgend einmal die eindrucksvollen Zahlen: Der Östrogen-Plasmaspiegel mit 2.100 ng/100 ml vor der Geburt ist fünf Tage danach auf rund 14 ng/100 ml gefallen).

Trotzdem geht die Mehrheit der Wissenschaftler davon aus, dass die ja physiologische (naturegegebene) hormonelle Umstellung nicht die Hauptursache, bestenfalls ein (wichtiger) Zusatzfaktor sei. Denn die meisten Schwangeren kommen mit einigen „Heultagen“ weg, nur ganz wenige geraten in eine Wochenbettpsychose.

Es muss also mehreres zusammen kommen. Das können schon auch äußere Faktoren sein wie eine gynäkologische Operation, die Behandlung mit Kortikosteroiden oder saisonal auftretende klimatische Veränderungen. Viel entscheidender aber ist die individuelle Vulnerabilität, wie das wissenschaftlich heißt, also eine spezielle Verwundbarkeit, was diese Art von Erkrankung anbelangt. Und hier zählen zwei Aspekte: Erbfaktoren und dadurch entsprechende Disposition, also Erkrankungsneigung.

Vererbung: Die Neigung zu einer Psychose generell bzw. einer Wochenbettpsychose im speziellen ist in vielen Fällen nicht zuletzt erblich bedingt. Man sollte also bei entsprechendem Verdacht die Vorgeschichte erfragen (eigene Geschwister, Vater, Mutter, vier Großeltern, deren nähere Angehörige u.a.; es kann aber auch eine Generation überspringen!). Hier wird man dann nicht selten sowohl solche Wochenbettpsychosen finden (falls dies früher überhaupt erkannt und diagnostiziert wurde), als auch andere Psychoseformen, z. B. endogene Depression (biologisch begründbare Schwermut) oder Manie (krankhafte Hochstimmung) sowie schizophrene Erkrankungen. Bisweilen auch Kombinationen aus diesen Leiden (dann als schizoaffektive Psychose bezeichnet).

Eine alte Lehrbuch-Weisheit besagt: Je konsequenter man die Vorgeschichte eines Patienten aufrollt, desto fündiger wird man (nach einiger Zeit) mit vergleichbaren Leiden bei nahen Angehörigen.

Bisweilen wird das Risiko für eine Wochenbettpsychose auch durch die Erstgeburt gesteigert (was dann auch als psychologischer Zusatzfaktor gedeutet werden kann). Doch es kann auch erst die zweite oder gar viel spätere Geburt sein, bei der sich erstmals eine postpartale Psychose äußert.

Prognose: Die Heilungsaussichten des Leidens hängen im wesentlichen von ihrem Verlauf ab. Und der ist – wie schon mehrfach angedeutet – meist charakterisiert durch einen mehr oder weniger abrupten Beginn und einige wenige Tage anhaltende Erkrankung mit rascher oder zumindest zügiger Besserung. Und alles – und das ist die positive Erkenntnis schlechthin - ohne bedeutsame Konsequenzen auf seelischem, körperlichem und (hoffentlich) auch psychosozialen Gebiet (wobei man aber die Verunsicherung von Ehepartner und Angehörigen oft nicht so leicht ungeschehen machen kann, je nach irritierendem bis schockierendem Krankheitsbild).

Therapie: Die Behandlung und ihr Erfolg hängt im wesentlichen von rascher Diagnose und konsequentem Einsatz aller verfügbaren Maßnahmen ab. Wegen des oft hochdramatischen Krankheitsbeginns und -verlaufs in den ersten Stunden und Tagen werden wohl fast alle Patientinnen mit einer Wochenbettpsychose stationär in einer psychiatrischen Klinik behandelt. Dort geht man meistens mit einer medikamentösen Kombination vor, nämlich antipsychotisch (Neuroleptika) sowie ggf. antidepressiv (Antidepressiva) und anxiolytisch (angstlösende Tranquilizer, also Beruhigungsmittel).

Da alle Psychopharmaka in die Muttermilch übertreten, wird in der Regel rasch abgestellt.

Wenn man mit dieser Psychopharmaka-Kombination keinen Erfolg hat, empfiehlt sich eine Elektrokrampftherapie (Durchflutungsbehandlung, „Elektroschock“). Das mag auf den ersten Blick eine dem Laien befremdliche

Entscheidung sein, doch der Fachmann weiß, was man dieser alten und schon früh abschätzig beurteilten bis verleumdeten Behandlungsmethode zu verdanken hat. So ist es auch bei der Wochenbettpsychose, gemäß dem alten Leitsatz: „Elektrokrampfbehandlung: Man soll sie vermeiden wo es geht, aber nie verlernen. Bisweilen ist sie tatsächlich der „letzte Retter in der Not“ – selbst heute noch.

Suizidgefahr – das Risiko rechtzeitig erkennen

Eine Wochenbettpsychose ist kurz, nicht selten heftig (und damit das Umfeld verunsichernd), aber günstig, was die Zukunft anbelangt (Prognose – s.o.). Sie kann aber auch folgenschwere Konsequenzen nach sich ziehen. Und hier sind die schlimmsten diejenigen, die sowohl das Leben der Mutter als auch des Kindes bedrohen, nämlich Selbst- und Fremdgefährlichkeit. Diese mehrfach angedeutete Gefahr besteht beispielsweise darin, dass im Rahmen der psychotischen Verwirrtheit, Angst, Panik oder ggf. durch Stimmen induziert auch Hand an das Kind gelegt wird (meist Erstickern oder Ertränken). Das soll bei bis zu vier Prozent aller postpartalen Psychosen drohen. Und es soll Fälle geben, bei denen bereits zuvor glücklich abgewehrte oder ausgegangene Kindstötungs-Versuche bekannt waren, und die man, aus welchen Gründen auch immer, trotzdem nicht bei erneuter Schwangerschaft in engmaschige frauenärztliche-psychiatrische Kontrolle nahm – mit schrecklichen und wahrscheinlich vermeidbaren Folgen.

Es gilt deshalb so genannten Risiko-Patientinnen in enger Kooperation zwischen Gynäkologen/Geburtshelfer und Psychiatern schon vor der Geburt zu betreuen und vor allem die Angehörigen zur Mitarbeit anzulernen, d.h. Aufklärung über Warn- oder gar Alarmsymptome und rasche Verfügbarkeit seitens der zuständigen Ärzte.

Ob man die Betreuung dann ambulant riskieren oder stationär absichern will, hängt vom jeweiligen Einzelfall ab. Auch gibt es unterschiedliche stationäre Betreuungskonzepte, z. B. entweder Mutter und Kind trennen oder – wie in Großbritannien und den Niederlanden versucht – in spezialisierten psychiatrischen Mutter-Kind-Einheiten möglichst früh wieder zusammenzuführen, allerdings mit hohem Personalaufwand.

Nicht weniger konsequent aber sollte es nach glücklich überstandener psychotischer Krise weitergehen. Denn jetzt muss mit der Mutter und ihrem Partner unbedingt das hohe Rückfall-Risiko nach erneuter Schwangerschaft bzw. Entbindung besprochen werden. Bei starkem Kinderwunsch sollte man davon nicht gleich abraten, vorausgesetzt allerdings, es ist eine engmaschige psychiatrische Mitbetreuung garantiert, und zwar nicht bloß für die ersten Wochen, sondern die ersten Monate nach der Geburt.

Was da im einzelnen zur Empfehlung kommt, hängt wiederum von der jeweiligen Situation ab, doch diskutiert man in diesem Falle eine so genannte Phasenprophylaxe mit Lithiumsalzen (und gelegentlich auch Östrogenen) direkt nach der Geburt. Leider hat auch dies seine Grenzen, denn während der Schwangerschaft sollte man Lithium vermeiden und danach braucht es ein halbes bis ein ganzes Jahr, bis es wieder „greift“ (bisweilen auch nicht mehr so optimal wie ohne die hier notwendige Unterbrechung). Aber die wissenschaftliche Diskussion ist im Gange und allzuviel Alternativen sind auch nicht verfügbar.

Am wichtigsten aber ist die enge Überwachung nach der Entbindung und für die kommenden Wochen danach.

• Körperlich begründbare Psychosen

Neben der „klassischen“ Wochenbettpsychose mit ihrer letztlich ungeklärten Ursache (man erinnere sich: Östrogenabfall u.a.) gilt es natürlich noch andere Aspekte einer solchen mehr oder weniger akuten Störung zu bedenken. Hier vor allem die so genannten **exogenen** oder **körperlich begründbaren Psychosen** bzw. **organischen Psychosen**. Dies besagt, dass eine solche „Geisteskrankheit“ auch durch äußere Umstände entstanden sein kann, nicht bloß rein seelisch („Heultage“, ggf. neurotisch verstärkt) oder „endogen“ (also überwiegend biologisch, z. B. erblich bedingt), sondern auch durch organische Leiden oder äußere Einflüsse.

Je ausgeprägter die so genannte *amentielle Färbung* des Leidensbildes, desto mehr sollte man an eine rein exogen entstandene, d.h. körperlich begründbare Psychose denken. Amentuell (vom lateinischen: mens = Denkvermögen, Verstand, Vernunft, in diesem Falle Verstand- oder Kopfflosigkeit, Verwirrtheit oder Ratlosigkeit) heißt soviel wie akut auftretende Verwirrheitszustände, bei denen das Bewusstsein traumhaft verändert erscheint, verstärkt durch wechselnde Wahneinfälle mit Personenverkenning sowie akustische (Stimmen) und/oder optische Sinnesstörungen, Desorientiertheit, Unruhe bis zur Getriebenheit und/oder ratloses Staunen u.a.

So etwas ist beispielsweise bei einer Wöchnerin möglich durch Blutverlust, Puerperalsepsis (Blutvergiftung durch die großflächige Geburtswunde in der Gebärmutter), durch hochfieberhafte Mastitis (Brustentzündung), aber auch nicht auszuschließen bei einer Überdosierung von Psychopharmaka, bei einem unerwarteten Alkohol-Entzugsdelir, bei Medikamenten- und Rauschdrogenmissbrauch, beim so genannten posteklampischen Delir (Eklampsie = schwangerschaftsbedingte Erkrankung mit ggf. riskanten Folgen), beim infektiionsbedingten Delir (so genanntes Kindbettfieber) u.a.

All dies gehört also ausgeschlossen, wenn entsprechende Verdachtsmomente vorliegen.

• **Postpartale Depression**

Eine Wochenbettpsychose kann auch depressiv gefärbt sein, zeigt aber in der Regel ein mehrschichtiges Krankheitsbild, bei dem auch wahnhafte Zustände, Sinnestäuschungen u.a. vorkommen können. Diese pflegen sich dann meist in den Vordergrund zu schieben, d. h. das Leidensmuster, zumindest den Eindruck davon zu dominieren.

Etwas anderes ist es, wenn ein reines Depressions-Krankheitsbild vorliegt. So etwas nennt man eine **postpartale Depression**. Sie beginnt meist später, d.h. mehrere Wochen bis einige Monate nach der Entbindung und soll zehn bis 15 Prozent aller Mütter treffen. Die wichtigsten Symptome (siehe auch die entsprechenden Kapitel über Depressionen) sind gedrückte Stimmung, Antriebsmangel, Energielosigkeit, Interessenverlust, vor allem aber Schuldgefühle und damit auch Suizidgedanken, einschließlich der Gefahr eines erweiterten Suizids mit dem Neugeborenen.

Eine postpartale Depression wird überwiegend als Reaktion der Mutter auf schwierige Lebensumstände, Partnerschaftsprobleme, finanziell-wirtschaftliche oder gesellschaftliche Beeinträchtigungen aufgefasst.

Entsprechend sind dann auch die therapeutischen Bemühungen angelegt, nämlich sowohl pharmakotherapeutisch (Antidepressiva), als auch soziotherapeutische Hilfen und psychotherapeutische Stützung.

• **Psychogene Psychosen**

Selbst eine Psychose, also eine doch überwiegend biologisch bestimmte Geisteskrankheit hat auch psychologische Aspekte, die das Ursachenbündel, vor allem aber Auslösung, Verlauf und Heilungsaussichten (mit-)bestimmen. Fallen diese biologischen Hintergründe weg und handelt es sich nach Beschwerdebild und weiteren Charakteristika trotzdem um eine Psychose, wird in Fachkreisen auch eine so genannte „psychogene Psychose“, also eine rein seelisch bedingte Geisteskrankheit diskutiert.

Der Begriff „diskutiert“ ist hier besonders zutreffend, denn ein solches Phänomen bzw. seine hypothetischen Ursachen wird nicht von allen Experten akzeptiert. So lautet eine wissenschaftliche Erklärung: Wenn es denn so etwas geben soll, so scheint die Verwirrtheit vor allem auf eine extreme Eifersucht zurückzugehen, die zu einer solchen psychotischen Reaktion beitragen kann. Das wäre dann eine psychologisch verständliche Reaktion auf eine sich verändernde Partnerschaft, vor allem aber das Ruhen der sexuellen Beziehungen. Solche psychogenen Psychosen sollen auch schon bei Vätern und Adoptivmüttern der betreffenden Frauen gesehen worden sein, was

sowohl eine mögliche biologische (erbliche) als auch psychologische Schiene betont. Hier wird dieses wissenschaftlich umstrittene Phänomen nur der Vollständigkeit halber zitiert.

• **Schwangerschaftspsychose**

Ebenfalls nur der Vollständigkeit halber soll in diesem Zusammenhang auch das offensichtlich seltene Ereignis einer **Schwangerschaftspsychose** gestreift werden.

Früher war man der Meinung, dass die Schwangerschaft, insbesondere im zweiten Trimenon (3. bis 6. Schwangerschaftsmonat) eher eine Art Schutzfunktion ausübe, was seelische Störung im allgemeinen und eine Psychose im speziellen anbelangt. Dies hat sich inzwischen nicht bestätigt. Aus groß angelegten Untersuchungen kann der Schluss gezogen werden, dass sich das Risiko für eine Psychose während der Schwangerschaft nicht verändert, aber auch nicht ausgeprägter ist als in Zeiten ohne Schwangerschaft und vor allem wesentlich niedriger als nach der Niederkunft (siehe oben).

Schwangerschaften scheinen sich möglicherweise nicht günstig auf den Verlauf von vor allem chronischen Wahnerkrankungen auszuwirken, haben aber einen positiven Effekt auf so genannte Menstruations-Psychosen (während der Monatsblutung – siehe Kasten) und möglicherweise auch auf manisch-depressive Erkrankungen. Trotzdem treten natürlich auch während der Schwangerschaft manische und manisch-depressive Psychosen auf und gleichen dann meist den Wochenbettpsychosen.

• **Anhang: Was ist eine Menstruations-Psychose?**

In diesem Zusammenhang sei noch auf ein Krankheits-Phänomen hingewiesen, das zwar nicht unbedingt in dieses Kapitel passt, durch seinen indirekten Zusammenhang aber kurz gestreift werden soll: die *Menstruations-Psychose*.

Menstruations-Psychosen während der Monatsblutung sind gekennzeichnet durch plötzliches Auftreten, und zwar meist aus normaler Befindlichkeit heraus, durch kurze Dauer und vollständige Genesung.

Charakteristisch ist ein psychotisches Beschwerdebild: Wahnzustände, Sinnestäuschungen, Verwirrtheit, Stupor (seelisch-körperliche Erstarrung) und sogar Mutismus (Sprachlosigkeit, trotz intakter Sprachorgane). Mitunter eine manische Hochstimmung.

Die Ursachen sind unbekannt. Die Therapie ist schwierig. Empfohlen werden Hormone, notfalls sogar eine medikamentöse Unterbindung der Monats-

blutung. Glücklicherweise sind Menstruations-Psychosen so selten, dass sich eine solche Entscheidung im Alltag fast nie aufdrängt.

Literatur

Interessantes und in der Literatur seit der Antike (!) abgehandeltes Problem mit einer Vielzahl von (vor allem englischen) Publikationen. In allgemein verständlicher Form bisher offenbar wenig fundierte Beiträge.

Grundlage vorliegender Ausführungen sind folgende Fachbücher und -artikel:

Brockington, I. F., M. Lanczik: Psychische Erkrankungen bei Frauen. In: H. Helmchen u. Mitarb. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. Band 3: Psychiatrie spezieller Lebenssituationen. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2000

Fallgatter, A. J. u. Mitarb.: Klinische Aspekte der Wochenbettpsychosen. Nervenarzt 7 (2002) 680

Franke, A., A. Kämmerer (Hrsg.): Klinische Psychologie der Frau. Hogrefe-Verlag für Psychologie, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 2001

Fürstner, C.: Über Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 5 (1875) 505

Goedtel, R.: Seelische Störungen im Wochenbett. Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-New York 1979

Der große Gesundheitsratgeber für Frauen. Von der Pubertät bis zu den Wechseljahren. Mosaik-Verlag, München 1997

Leonhard, K.: Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1995

Lissner, A. u. Mitarb. (Hrsg.): Frauenlexikon. Herder-Verlag, Freiburg-Basel-Wien 1988

Pfuhmann, B. u. Mitarb.: Differenzierte Diagnostik, Verlauf und Ausgang postpartaler Psychosen. Eine katamnestische Untersuchung. Nervenarzt 115 (2000) 386

Riecher-Rössler, A.: Psychische Störungen und Erkrankungen nach der Entbindung. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie. 65 (1997) 97

Riecher-Rössler, A., A. Rohde (Hrsg.): Psychische Erkrankungen bei Frauen. Karger-Verlag, Basel-Freiburg-Paris u.a. 2001

Rohde, A., A. Riecher-Rössler (Hrsg.): Psychische Erkrankungen bei Frauen. Psychiatrie und Psychosomatik in der Gynäkologie. S. Roderer-Verlag, Regensburg 2001

Rohde, A., A. Marneros: Zur Prognose der Wochenbettpsychosen. Nervenarzt 64 (1993) 175