



Teilnehmen und Punkte sammeln unter:
[SpringerMedizin.de/CME](https://www.springermedizin.de/CME)



© puhha / stock.adobe.com

Psychopharmakotherapie ist nicht der einzige wichtige Behandlungsbaustein

Psychische Erkrankung und Schwangerschaft

Anke Rohde – Bonn, Sarah Kittel-Schneider – Cork, Irland

Die Bitte einer Patientin, sie bei der Familienplanung sowie in der Schwangerschaft und Postpartalzeit zu begleiten, führt nicht selten zu Unsicherheiten. Nicht nur die eventuellen Auswirkungen einer Psychopharmakotherapie müssen bedacht werden, sondern auch Aspekte wie Rückfallgefahr, Möglichkeiten der sozialen Unterstützung bis hin zum peripartalen Management.

Die Sorge bezüglich unerwünschter Auswirkungen von Psychopharmaka auf das ungeborene Kind steht in der Regel im Vordergrund, wenn es um die Behandlung psychisch kranker Schwangerer geht; über das Absetzen oder die Umstellung der Medikation wird als Erstes nachgedacht. Dabei sind wesentlich mehr Aspekte zu berücksichtigen: Welche Auswirkungen hat eine eventuell unbehandelte Krankheitsepisode oder ein Rezidiv nach der Entbindung? Ist die zukünftige Mutter der Belastung einer Schwangerschaft und der Erziehung eines Kindes gewachsen? Welche Unterstützung benötigt sie und wie kann diese organisiert werden? Beginnen sollte die

differenzierte und wohlüberlegte Familienplanung im optimalen Falle allerdings bereits im Vorfeld mit einer effizienten Verhütung.

Kinderwunsch bei psychischer Vorerkrankung – kein seltenes Thema

Dadurch, dass zum einen um die 75 % aller psychischen Erkrankungen vor dem 25. Lebensjahr beginnen [1], andererseits in Deutschland ein immer weiter steigendes Alter der Erstgebärenden zu verzeichnen ist (Durchschnitt 31,7 Jahre im Jahr 2022 [2]) und schließlich die steigende Lebensqualität Betroffener unter den aktuellen Behandlungsmöglichkei-

ten wird auch der Wunsch nach einem Kind für Frauen mit psychischer Vorerkrankung immer selbstverständlicher. Die zunehmende Tendenz, sich im Internet über alle Aspekte des eigenen Lebens zu informieren, trägt gleichzeitig dazu bei, dass seriöse und nicht seriöse Informationen zum Thema manchmal schwer zu trennen sind. Umso wichtiger ist es, dass betroffene Frauen bei ihrer Ärztin oder ihrem Arzt gut und ausreichend informiert werden und dass sie sich auch in ihrer Autonomie respektiert fühlen. Insbesondere wenn eine Frau sich umfassend Gedanken darüber macht, ob und unter welchen Umständen beziehungsweise mit welcher Behandlung sie schwanger werden könnte, profitiert sie von einer fachlich fundierten Aufklärung sowie von partizipativer Entscheidungsfindung hinsichtlich Medikation und flankierenden Maßnahmen. Dabei ist es für die Behandelnden gar nicht so einfach, mit der eigenen Unsicherheit umzugehen, denn die Sorge um eine Gefährdung des ungeborenen Kindes durch die notwendige Medikation ist nachvollziehbar. Zumal trotz der zunehmenden Selbstverständlichkeit eines Kinderwunsches bei Betroffenen die Behandlung einer Schwangeren für Psychiaterinnen und Nervenärzte nicht zur täglichen Routine gehört.

Der optimale Ausgangspunkt: eine wohlüberlegte Familienplanung

Auch wenn sie bei betroffenen Frauen, ihren Familien und dem Fachpersonal oftmals im Vordergrund stehen, sind die befürchteten Auswirkungen der Psychopharmaka nicht alles, was es zu berücksichtigen gilt. Die möglichen Belastungen einer Schwangerschaft und der Geburt sowie die Anforderungen durch die Mutterrolle müssen ebenso bedacht werden wie die möglichen negativen Auswirkungen auf den Verlauf der Erkrankung, das heißt die Möglichkeit einer Verschlechterung der Krankheitsprognose insgesamt.

Zum einen geht es darum, eine im Vorfeld erreichte Stabilität nicht aufzugeben, zum anderen auch darum, mit den zusätzlichen Belastungen umzugehen. Nicht zu unterschätzen sind die hormonellen, körperlichen und psychischen Belastungen, die mit Schwangerschaft und Wochenbett sowie der Betreuung eines Neugeborenen einhergehen.

Die zu bedenkenden Aspekte der Familienplanung sind in ▶Tab. 1 zusammengestellt. Im optimalen Fall werden sie auch im Rahmen der Behandlung angesprochen. Selbst wenn einzelne der genannten Themenbereiche „weit hergeholt scheinen“, sind es doch erfahrungsgemäß Fragen, mit denen Betroffene sich beschäftigen. Ein erster wichtiger Schritt ist – wann immer möglich – die sorgfältige Planung einer Schwangerschaft. Dazu gehört eine sichere Verhütungsstrategie im Vorfeld, damit es nicht zu einer ungeplanten oder sogar ungewollten Schwangerschaft kommt, die schon für viele psychisch gesunde Frauen eine große psychische Herausforderung sein kann.

Das vermeintlich wichtigste Thema zuerst: der Umgang mit den ausgeprägten Ängsten, die die Frauen und ihre Familien nicht selten haben, wenn es die Notwendigkeit der medikamentösen Behandlung gibt, unabhängig davon, ob in einer Akutsituation oder als Prophylaxe. Mit ihrer „Panik“ stecken sie ihre Umgebung leicht an, und es kann sich auch in der ärztlichen Behandlung durchaus schwierig gestalten, dem Aktionismus der betroffenen Frau beziehungsweise der zukünftigen Eltern und ihren Familien zu widerstehen.

Wenn eine Schwangerschaft ungeplant eintritt, ist nicht selten der erste Impuls, der auch bei Ärzten vorkommt, „sofort alles abzusetzen“, um das ungeborene Kind zu schützen. Damit ist jedoch das Rezidiv der psychiatrischen Grunderkrankung „vorprogrammiert“. Dabei gibt es heute für alle psychischen Erkrankungen Psychopharmaka, für die ausreichend Informationen über den Einsatz in der Schwangerschaft vorliegen [4] und von denen auch bei Fortführung keine erhebliche Gefahr ausgeht. Schließlich ist zu bedenken, dass mit Bekanntwerden der Schwangerschaft in der Regel die ersten sechs bis acht Wochen vergangen sind, sodass die wesentlichen Entwicklungsschritte beziehungsweise Organanlagen vorangeschritten sind. Mit anderen

Psychopharmaka sorgfältig überprüfen – ja. Abrupte Umstellung oder Absetzen bei Feststellung der Schwangerschaft – nein!

T1 *Checkliste Familienplanung bei psychischer Erkrankung (mod. nach [3])*

Themenbereich	Dazugehörige Aspekte
Ungeplante Schwangerschaft vermeiden; sichere Empfängnisverhütung	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kondome als Verhütung sind keine (!) sichere Methode. Sie dienen allenfalls der Vermeidung sexuell übertragbarer Erkrankungen. ▶ Der Einsatz eines oralen Kontrazeptivums erfordert in der Regel eine sorgfältige Einnahme, die vor allem bei psychischer Instabilität nicht immer gewährleistet ist. Schon ein einmaliger Einnahmefehler kann die Verhütungsleistung reduzieren. ▶ Verlässlicher ist ein Vaginalring, der nur alle drei Wochen gewechselt werden muss. ▶ Sichere Methoden sind Spirale, Drei-Monats-Spritze oder „Verhütungsstäbchen“ (Beratung über die geeignete Methode durch die Frauenärztin).
Auswirkungen der psychischen Problematik auf Mutter und Kind	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Befürchtungen, wegen der Erkrankung keine gute Mutter sein zu können oder mit der Kindererziehung überfordert zu sein (auch abhängig von der Art der Erkrankung und gegebenenfalls bestehenden dauerhaften Einschränkungen) ▶ Sorge, die Erkrankung an das Kind weiterzugeben (genetische Anteile, unterschiedlich hoch bei den verschiedenen psychischen Erkrankungen)
Schwangerschaft und psychische Stabilität	<ul style="list-style-type: none"> ▶ mögliche Auswirkungen der Belastungen, die mit einer Schwangerschaft und Geburt bzw. Kindererziehung einhergehen (Stress, Schlafmangel, weniger Rückzugs- und Erholungsmöglichkeiten, Belastungen, hormonelle Auswirkungen) ▶ Gefahr eines Krankheitsrezidivs (trotz Medikation), vor allem nach der Entbindung
Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Möglichkeiten einer begleitenden psychotherapeutischen Begleitung ausloten; auf frühere Kontakte zurückgreifen
Im Falle einer medikamentösen Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> ▶ mögliche Auswirkungen der einzunehmenden Psychopharmaka auf das Kind ▶ auch bei problematischer Medikation (z. B. Valproat) Umstellung ohne Zeitdruck ▶ Suche nach verlässlichen Informationen und kompetenter Beratung zu diesem Thema (www.embryotox.de)

T2 Psychopharmaka und Schwangerschaft (generelle Bewertung/Mittel der Wahl) (mod. nach [3, 6])

Substanzgruppe	Generelle Bewertung/Mittel der Wahl
Antidepressiva	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Nach Nutzen-Risiko-Bewertung muss kein derzeit gängiges Antidepressivum als generell problematisch angesehen werden. ▶ <i>Sertralin, Citalopram</i>: Mittel der Wahl bei Neueinstellung oder Umstellung in der beziehungsweise vor geplanter Schwangerschaft ▶ auch bei Substanzen, für die nicht so viele Schwangerschaften dokumentiert sind, nur sehr zurückhaltend umstellen (sofern gute Einstellung und Wirksamkeit)
Antipsychotika	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Nach Nutzen-Risiko-Bewertung muss kein derzeit gängiges Antipsychotikum als generell problematisch angesehen werden. ▶ <i>Quetiapin, Olanzapin</i>: Mittel der Wahl bei Neueinstellung oder Umstellung in der beziehungsweise vor geplanter Schwangerschaft ▶ auch bei Substanzen, für die nicht so viele Schwangerschaften dokumentiert sind, nur sehr zurückhaltend umstellen (sofern gute Einstellung und Wirksamkeit) ▶ keine Umstellung auf klassische Antipsychotika (z. B. Haloperidol oder Benperidol) wegen der Schwangerschaft, sondern nur bei Therapieresistenz auf Atypika
Stimmungsstabilisatoren	<ul style="list-style-type: none"> ▶ deutliches Risiko der Teratogenität bei <i>Antikonvulsiva</i>, vor allem Valproat, aber auch Carbamazepin ▶ <i>Valproat</i>: bei Frauen im gebärfähigen Alter vermeiden oder nur unter sicherer Verhütung ▶ neuerdings auch Warnung (Rote-Hand-Brief) vor möglichen neuropsychologischen Entwicklungsstörungen der Kinder durch <i>Valproat</i>-Medikation beim Vater, Datenlage hier allerdings noch deutlich schwächer [7] ▶ <i>Lithium</i>: nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung unter engmaschiger Spiegelkontrolle Fortführung in der Schwangerschaft möglich (Risiko einer Herzfehlbildung circa 0,1 bis 1 % [8]). Als alleinige postpartale Prophylaxe bei bipolaren Störungen häufig nicht ausreichend ▶ <i>Lamotrigin</i>: kein Fehlbildungsrisiko, aber starke Spiegelschwankungen in der Schwangerschaft möglich, daher regelmäßige Kontrolle der Spiegel und gegebenenfalls Anpassung der Dosis ▶ <i>Topiramate</i> (off label auch bei psychischen Erkrankungen eingesetztes Antikonvulsivum): Seit 2023 gibt es vom BfArM ein Schwangerschaftsverhütungsprogramm wegen des potenziellen Fehlbildungsrisikos; kein Einsatz bei unzureichender Verhütung.
Tranquilizer / Hypnotika / Anxiolytika	<ul style="list-style-type: none"> ▶ vor allem bei Benzodiazepinen Gefahr der Substanzgewöhnung, die bei Neugeborenen zu schweren Entzugssymptomen führen kann ▶ <i>Benzodiazepine</i> sind keine Alternative, um Antidepressiva oder Antipsychotika „einzusparen“. ▶ kurzfristige Gabe von <i>Lorazepam</i> in Krisensituationen oder peripartal vertretbar ▶ <i>Zolpidem/Zopiclon</i>: längerfristige Gabe vermeiden, da Entzugssymptome beim Neugeborenen möglich ▶ Alternative bei Schlafstörungen: schlafanstoßende Antidepressiva (z. B. <i>Mirtazapin, Trimipramin</i>) oder niedrigpotente Antipsychotika (z. B. <i>Promethazin</i>). ▶ <i>Pregabalin</i>: Hinweise auf diskret, jedoch nicht substanzial erhöhtes Fehlbildungsrisiko. Dennoch Fortführung/Neueinstellung in der Schwangerschaft kritisch prüfen ▶ <i>Bupiron</i>: bei Neueinstellung besser erprobte Alternativen prüfen; bei stabiler Einstellung Fortführung möglich
Pflanzliche Präparate (z. B. Johanniskraut, Cannabisöl)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ zu wenig Erkenntnisse für eine klare positive Empfehlung als Mittel der Wahl in der Schwangerschaft

Worten: Selbst, wenn ein Medikament einen erheblichen negativen Einfluss haben könnte, dann ist die „gefährliche Zeit“ meist schon vorbei. Die besondere Sensibilität besteht während der Organogenese, auch Embryonalentwicklungsphase genannt. Dieser Zeitraum, in dem die häufigsten Fehlbildungen ausgelöst werden, umfasst beim Menschen etwa die Tage 15 bis 60 nach der Befruchtung [5].

Pauschal kann angenommen werden, dass bis auf sehr wenige Ausnahmen bei den Medikamenten, die gegen psychische Symptome eingesetzt werden, die weitere Verordnung in der Schwangerschaft nach einer Nutzen-Risiko-Abwägung vertretbar ist. Jede Umstellung – selbst auf eine Substanz der gleichen Gruppe, also von einem SSRI auf einen anderen – birgt die Gefahr einer Destabilisierung und sollte nicht ohne Not erfolgen. Auch die Veränderung einer Polypharmakotherapie muss mit Vorsicht und schrittweise geschehen. Und keinerlei Indikation gibt es für die Umstellung eines atypischen Antipsychotikums auf Typika (wie etwa Haloperidol oder Benperidol), nur weil eine Schwangerschaft festgestellt wurde. Eine Destabilisierung durch die Umstellung und eventuell behandlungsbedürftige Nebenwirkungen sprechen dagegen. Die psychische Stabilität der betroffenen Frau hat die oberste Priorität, zumal diese in den ersten Wochen der Schwangerschaft mit den dazugehörigen Hormonumstellungen sowieso gefährdet ist.

Nachgedacht werden sollte über eine Umstellung vor allem dann, wenn eine Polypharmazie besteht mit drei oder mehr Präparaten, da Kombinationen hinsichtlich ihrer eventuellen schädigenden Wirkung auf das Ungeborene schwerer einzuschätzen sind als eine Monotherapie. Durch eine wohlüberlegte Umstellung lässt sich das oftmals auf zwei Substanzen oder sogar eine reduzieren.

Bei keiner medikamentösen Vorbehandlung gibt es „automatisch“ die Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch! Es gelten die allgemeinen Regeln der Beratungsregelung (bis zur der 12. Schwangerschaftswoche) beziehungsweise der medizinischen Indikation danach (Abbruch nur, wenn die Gesundheit der Mutter erheblich gefährdet ist; dies kann bei schwerer Schädigung des ungeborenen Kindes – nachgewiesen durch Ultraschall oder weitere Maßnahmen – auch die psychische Gesundheit betreffen).

In ▶Tab. 2 findet sich eine Übersicht über die verschiedenen Medikamentengruppen und die generelle Einschätzung bezüglich der Gabe in der Schwangerschaft. An dieser Stelle möchten wir nicht auf einzelne Substanzen eingehen; diesbezüglich verweisen wir auf www.embryotox.de [6], wo es für alle Substanzen, die bei psychischen Erkrankungen eingesetzt werden, differenzierte und aktuelle Informationen über die Gabe in der Schwangerschaft und Stillzeit sowie die Einschätzung hinsichtlich möglicher Risiken gibt.

„Embryotox“ steht dabei für das „Institut für Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie der Charité-Universitätsmedizin

Berlin“. Dort werden seit vielen Jahren in internationaler Zusammenarbeit die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien zusammengetragen und bewertet. Darüber hinaus werden auch Falldokumentationen gesammelt von Frauen, die unter einer Medikation schwanger waren oder gestillt haben. Auf dieser Basis werden Bewertungen zu den einzelnen Substanzen vorgenommen, auf der Internetseite www.embryotox.de publiziert und vor allem laufend aktualisiert. Embryotox bietet auch eine individuelle Beratung an. Nähere Informationen dazu finden sich auf der Website. Zur ersten Orientierung, man könnte auch sagen „Entängstigung“, reicht oft schon ein Blick auf die Homepage und die Informationen zu der in Frage stehenden Substanz.

Der Druck, ohne Medikamente in eine Schwangerschaft zu gehen, ist oftmals immens. Dabei übersehen alle Beteiligten die Gefahr für das Kind, die durch die Nichtbehandlung oder eine unzureichende Behandlung entsteht – weil die werdende Mutter vielleicht in der Schwangerschaft wieder krank wird, dann noch mehr Medikamente braucht, weil sie sich ungesund ernährt, nicht mehr schläft, möglicherweise Nikotin, Alkohol und Drogen konsumiert und im schlechtesten Fall stationär behandelt werden muss. Oder weil sie nach der Entbindung einen Rückfall hat, wofür das Risiko bei den verschiedenen Erkrankungen unterschiedlich hoch ist – übrigens selbst bei Fortführung der Medikation bis dahin. Deshalb ist nicht nur die sorgfältige Wahl der Medikation von Bedeutung, sondern auch die Planung der Geburt und der Zeit danach.

All das zu bedenken gehört zum peripartalen Management, im Umgang mit der Patientin auch als „Geburtsplanung“ bezeichnet [9]. Die wichtigsten Aspekte sind in ▶Tab. 3 zusammengestellt.

Flankierend: Psychotherapie, Beratung, soziale Unterstützung

Psychotherapie hat bekanntermaßen bei den verschiedenen Erkrankungen einen unterschiedlichen Stellenwert. Unabhängig davon, ob in der Behandlung der Erkrankung die Psychopharmakotherapie das Primat hat oder aber die Psychotherapie, kann eine psychotherapeutische Unterstützung im Vorfeld sowie bei der Auseinandersetzung mit dem Thema Kinderwunsch und Schwangerschaft sinnvoll sein und ebenso als Begleitung in der Schwangerschaft und vor allem nach der Entbindung. Gab es schon vorher eine psychotherapeutische Behandlung, kann man im optimalen Fall auf diesen Kontakt zurückgreifen. Falls das nicht der Fall ist, und es sich schwierig darstellt, kurzfristig einen neuen Therapieplatz zu finden, können auch psychosoziale Schwangerenberatungsstellen eine Alternative sein (z. B. Angebote von Caritas, Diakonie, Donum vitae, pro familia oder auch städtische Beratungsstellen), zu denen der Zugang wesentlich niedrigschwelliger ist.

Zu den flankierenden Maßnahmen, auf die immer zurückgegriffen werden sollte, gehören die vielfälti-

T3 Checkliste peripartales Management („Geburtsplanung“) (mod. nach [9])

Themenbereich	Dazugehörige Aspekte
Schwangerschaftsvorsorge und Hebamme	<ul style="list-style-type: none"> ▶ regelmäßige frauenärztliche Betreuung sicherstellen ▶ zusätzlich zur üblichen Vorsorge erforderliche Untersuchungen; Pränataldiagnostik ▶ Hebamme: frühzeitige Anmeldung
Die Entbindung planen	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Auswahl der Geburtsklinik und frühzeitige Vorstellung dort ▶ bei Medikation in der Schwangerschaft möglichst Klinik mit Intensiv-Neonatalogie wählen (falls wegen Anpassungsstörungen Überwachung des Neugeborenen erforderlich) ▶ Maßnahmen zur Stressreduktion, vor allem nach der Entbindung (z. B. Stressreduktion, Reizabschirmung, Mitaufnahme des Partners) ▶ Stillen: frühzeitig thematisieren, gegebenenfalls Alternativen besprechen (Abstillen, Teilstillen) ▶ Klärung einer (zusätzlichen) Bedarfsmedikation in der Zeit rund um die Entbindung ▶ Psychiatrische Mitbetreuung rund um die Geburt bereits vorher organisieren ▶ Unterstützung nach der Geburt des Kindes (Familie, professionelle Hilfesysteme) vorplanen
Informationen frühzeitig sammeln	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Betroffene motivieren, sich selbst über die eigene Erkrankung und deren Verlauf zu informieren (Psychoedukation) ▶ Behandlungsberichte über stationäre Aufenthalte anfordern, sofern diese nicht schon vorliegen. Wichtig für die Einschätzung des Rückfallrisikos nach der Entbindung und eine mögliche vorbeugende Medikation (= peripartale Prophylaxe)
Einbeziehung des Partners	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Einbeziehung des Partners in alle Entscheidungsprozesse ▶ möglichst Mitaufnahme zur Entbindung als Begleitperson ▶ möglichst Elternzeit des Partners direkt nach der Entbindung, um in den ersten Wochen Unterstützung leisten zu können

gen sozialen Unterstützungsmöglichkeiten. Das sind zum einen professionelle „Helfer“, wie sie etwa über das „Nationale Zentrum Frühe Hilfen“ [10] vermittelt werden. Einen ebenso wichtigen Stellenwert hat die soziale Unterstützung durch den Partner, die Familie, Freunde und Nachbarn. Die Patientin sollte schon frühzeitig ermutigt werden, sich mit infrage kommenden Personen auszutauschen und deutlich zu machen, an welcher Stelle sie wahrscheinlich Hilfe benötigen wird und welche Unterstützung sie akzeptieren könnte. Die Akzeptanz von Unterstützung hängt nicht zuletzt auch von der Qualität der innerfamiliären und sozialen Beziehungen ab und sollte sorgfältig ausgelotet werden.

Hilfreich ist in allen Fällen die Psychoedukation, denn je besser eine Patientin ihre Erkrankung und wichtige Einflussfaktoren (so etwa die Rolle des Schlafentzuges) versteht, umso besser kann sie auch selbst zum Erhalt der psychischen Stabilität beitragen. Unsere langjährige Erfahrung hat gezeigt, dass Frauen sich viel sicherer fühlen, wenn sie selbst – im optimalen Fall gemeinsam mit ihrem Partner – die Entscheidungsprozesse verstehen und mittragen. Deshalb gehört diesem Aspekt im Rahmen der Be-

„Die“ psychisch kranke Schwangere gibt es nicht. Es sind daher immer die Besonderheiten der jeweiligen Erkrankung bedenken.

T4 Relevante Aspekte bei den verschiedenen psychischen Erkrankungen
(Auswahl) (mod. nach [6])

Bipolar-affektive Erkrankung	<ul style="list-style-type: none"> ▶ höchste Rückfallgefährdung im Vergleich mit anderen Erkrankungen ▶ intensives peripartales Management mit Vorplanung einer postpartalen medikamentösen Prophylaxe (das heißt Erhöhung einer bereits bestehenden Antipsychotika-Medikation bzw. Beginn einer zusätzlichen Medikation vor bzw. direkt nach Entbindung) ▶ keine Reduktion der Medikamente vor der Entbindung ▶ Sicherstellen von ausreichend Schlaf (z. B. durch Reizabschirmung, Übernahme der nächtlichen Betreuung des Kindes durch den Partner mit Zufüttern von Fertignahrung)
Rezidivierende Depression	<ul style="list-style-type: none"> ▶ trotz Fortführung der antidepressiven Medikation Auftreten depressiver Symptome in der Schwangerschaft möglich, dann zügig Dosis-Steigerung ▶ Stabilität in der Schwangerschaft ist ein wichtiges Ziel, da damit auch die Wahrscheinlichkeit einer postpartalen Depression sinkt. ▶ bei stabiler Stimmungslage gegebenenfalls leichte Reduktion der Antidepressiva vor der Entbindung
Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aufbau eines guten Unterstützungs-Netzwerks, vor allem für die postpartale Zeit ▶ Unterstützung bei der Sicherstellung der Medikamenteneinnahme ▶ postpartale medikamentöse Prophylaxe und Reizabschirmung planen
Angststörung	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Frauen mit Angststörungen leiden oft unter ausgeprägten Geburtsängsten. ▶ Eine besonders intensive Vorplanung der Geburt von Seiten der Geburtshelfer kann helfen. Dabei unter Umständen Offenlassen der Option, bei Bedarf auch ohne medizinische Indikation einen Kaiserschnitt zu bekommen (gegebenenfalls dazu Stellungnahme als behandelnder Psychiater)
Zwangsstörung	<ul style="list-style-type: none"> ▶ in der Schwangerschaft nicht selten Verschlechterung der vorbestehenden Zwangsstörung (selbst wenn vorher eine gute Remission erreicht wurde und auch trotz Fortführung von Medikation und Psychotherapie) ▶ In der Schwangerschaft sind nicht selten maximale Dosierungen des SSRI und gegebenenfalls die Zugabe eines Antipsychotikums (wie Risperidon) erforderlich.
Essstörung	<ul style="list-style-type: none"> ▶ von Beginn der Schwangerschaft an klare Absprachen bezüglich des Ernährungsverhaltens, da die vielfältigen Vorgaben hinsichtlich der Ernährung in der Schwangerschaft die Patientin zusätzlich verunsichern ▶ dabei auch Einbeziehung des Partners beziehungsweise des sozialen Umfeldes (z. B. Unterstützung bei der Umsetzung einer gesunden Ernährung; allerdings nur mit dem Einverständnis der Patientin)
PTBS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ psychotherapeutische Vorbereitung der Entbindung ▶ in enger Abstimmung mit den Geburtshelfern traumatische Geburt planen (je nach Traumaerfahrung z. B. Entbindung ohne männliche Personen im Kreissaal, möglichst wenig Personalwechsel etc.)

treuung immer wieder ein wichtiger Teil der Aufmerksamkeit.

Wichtig ist zu erwähnen, dass die Begleitung von psychisch erkrankten Eltern in der Peripartalzeit am besten in einem multiprofessionellen, interdisziplinären und sektorenübergreifenden Netzwerk gelingt. Eine Möglichkeit, sich dazu zu informieren, bietet z. B. das „UplusE“ Innovationsfond-Projekt (UPlusE – U-Untersuchung für Kinder plus Eltern beim Pädiater zur Förderung der kindlichen Ent-

wicklung mit Impuls aus frauenärztlicher Schwangerenvorsorge, <https://upluse.de/>).

Berücksichtigt man die unterschiedliche Symptomatik sowie den verschiedenartigen Verlauf und die Prognose der einzelnen Erkrankungen, dann ist nachvollziehbar, dass man auch bei der Behandlung einer Schwangeren differenzieren muss.

Bei einer bipolaren Erkrankung müssen andere Dinge berücksichtigt werden als bei einer Angststörung. Eine wiederkehrende Depression in der Vorgeschichte erfordert wiederum andere Maßnahmen als eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in der Vorgeschichte (dabei besteht generell das Risiko einer Retraumatisierung durch die Geburt). In ▶Tab. 4 haben wir eine Auswahl wichtiger Aspekte zusammengestellt (orientiert an [3]). In diese Zusammenstellung und auch in die zitierte Quelle sind vor allem die jahrelangen praktischen Erfahrungen der Autorinnen in der Behandlung von schwangeren Frauen mit psychischen Vorerkrankungen und/oder psychischen Auffälligkeiten in der Schwangerschaft eingeflossen.

Fazit für die Praxis

- ▶ Neben den möglichen Einflüssen einer Psychopharmakotherapie auf das ungeborene Kind sind bei der Betreuung einer Schwangeren mit psychischer Vorerkrankung eine Vielzahl weiterer Aspekte zu bedenken.
- ▶ Ziel dabei ist die Verhinderung eines Rezidivs in der Schwangerschaft und vor allem nach der Entbindung.
- ▶ Eine optimale Familienplanung beginnt mit einer suffizienten Verhütung, um eine ungeplante Schwangerschaft zu vermeiden. Bei einer geplanten Schwangerschaft gelingt es sehr viel besser, optimale Begleitumstände herzustellen.
- ▶ Egal ob geplante oder ungeplante Schwangerschaft: Zu keinem Zeitpunkt gibt es einen Grund für eine rasche und wenig durchdachte Umstellung der Medikation.
- ▶ Für die Praxis kann man die relevanten Prinzipien der Psychopharmakotherapie in der Schwangerschaft zusammenfassen unter „Never change a winning team“ und „So wenig wie möglich, aber so viel wie nötig“.
- ▶ Neben einer effizienten Psychopharmakotherapie tragen unterstützende Maßnahmen, wie etwa psychotherapeutische Begleitung, peripartales Management mit dem Ziel der Vermeidung von Stress und Schlafentzug sowie die frühzeitige Organisation sozialer Unterstützung zum Erhalt der psychischen Stabilität und zur Vermeidung eines postpartalen Rezidivs bei.
- ▶ Netzwerkpartner sind eine große Unterstützung, da sich die Verantwortung für eine Familie mit psychisch erkrankten Elternteilen dann auf mehrere Schultern verteilt und so auch den Kindern ein möglichst optimaler Start ins Leben ermöglicht werden kann.

kasuistik

Bipolare Störung: Lithium-Prophylaxe in der Schwangerschaft und peripartal

Eine 30-jährige Patientin mit bipolar-affektiver Erkrankung (Bipolar-I-Subtyp) und kompletter Remission unter Lithium-Monotherapie stellt sich in der 15. Schwangerschaftswoche vor. Bei stabilem Befinden wurde die aktuelle Dosierung zunächst beibehalten und die Lithium-Einnahmen auf drei Gaben am Tag verteilt. Beim Folgetermin in der 20. SSW beklagte die Patientin zunehmend depressive Symptome, der Lithiumspiegel war im subtherapeutischen Bereich mit 0,40 mmol/l, sodass eine Dosisanpassung erfolgte. Dies führte nach kurzer Zeit zu einer Verbesserung der Symptome. Im weiteren Verlauf erfolgte eine Geburtsplanung und Planung des peripartalen Managements zusammen mit dem Partner. Dieser konnte die ersten acht Wochen nach Geburt Elternzeit nehmen, und als zusätzliche Unterstützung waren die Eltern des Paares vor Ort. Die Patientin äußerte zunächst einen Stillwunsch, nach Aufklärung über die notwendigen Blutabnahmen beim Säugling und wegen der besseren nächtlichen Unterstützungsmöglichkeiten durch den Mann mit Ersatzmilchnahrung einigte sich das Paar dann auf das Abstillen. Ab der 36. SSW erfolgten wöchentliche Lithiumspiegelmessungen. Mit 0,9 mmol/l zeigten sich in der 38. SSW erhöhte Spiegel,

sodass eine Dosisreduktion erfolgte. Da die Patientin in der Vorgeschichte auch schwere manisch-psychotische Episoden hatte, besprachen wir eine prophylaktische Gabe von Quetiapin 100 mg direkt nach Geburt. Zudem wurde mit der Familie nochmals über Frühwarnzeichen und entsprechende Notfallmaßnahmen gesprochen und dies auch schriftlich fixiert. Eine vorbestehende Traumatisierung war bei der Patientin nicht zu erheben. Dem geburtshilflichen Team wurden die wichtigsten psychiatrischen Informationen sowie auch die Notwendigkeit der täglichen Lithiumspiegel-Messungen direkt nach der Geburt als schriftliche Information übermittelt. Die Patientin entband in der 40. SSW einen gesunden Säugling und konnte drei Tage postpartal nach Hause entlassen werden, nachdem die Lithium-Dosis bei steigenden Spiegeln erneut reduziert wurde. Nachdem es in den ersten vier Wochen nicht zu Frühwarnzeichen gekommen war und die Patientin sich deutlich sediert vom Quetiapin zeigte, wurde dieses reduziert und schließlich abgesetzt. Die familiäre Unterstützung war in diesem Fall ausreichend, sodass kein Kontakt mit den Frühen Hilfen aufgenommen wurde, die Kontaktadressen waren allerdings trotzdem ausgehändigt worden.

Literatur

1. Kessler RC et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62:593-602
2. STATISTA. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1180171/umfrage/durchschnittliches-alter-der-muetter-und-vaeter-bei-der-geburt-in-deutschland/> (Letzter Abruf 19.5.2024)
3. Rohde A et al. Mutter werden mit psychischer Erkrankung. Von Kinderwunsch bis Elternschaft. Stuttgart: Kohlhammer Verlag; 2024
4. Dathe K, Schaefer C. The use of medication in pregnancy. Dtsch Arztebl Int. 2019;116:783-90
5. C. Schaefer et al. (Hrsg). Arzneimittel in Schwangerschaft und Stillzeit. Urban & Fischer Verlag/Elsevier; 2011
6. Institut für Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie der Charité-Universitätsmedizin Berlin; www.embryotox.de
7. BfArM. Rote-Hand-Brief zu Valproat bei Männern. <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RHB/2024/rhb-valproat.html> (Letzter Abruf 25.5.24)

8. <https://www.embryotox.de/anzneimittel/details/ansicht/medikament/lithiumsalze> (Letzter Abruf 23.5.24)
9. Rohde A et al. Peripartales Management bei psychischer Vorerkrankung. Strategien zur Rezidivprophylaxe nach der Entbindung. Nervenarzt 2016;87:980-88
10. Nationales Zentrum Frühe Hilfen. <https://www.fruehehilfen.de/> (für den jeweiligen Wohnort suchen).

Ausgewählte Internetadressen für weitere Informationen auf springermedizin.de ...



als Zusatzmaterial unter <https://doi.org/10.1007/s15005-024-4056-y> in der Online-Version dieses Beitrags

Interessenkonflikt

Die Autorinnen erklären, dass sie sich bei der Erstellung des Beitrages von keinen wirtschaftlichen Interessen leiten ließen. Sie legen folgende potenzielle Interessenkonflikte offen: keine.

Der Verlag erklärt, dass die inhaltliche Qualität des Beitrags durch zwei unabhängige Gutachten bestätigt wurde. Werbung in dieser Zeitschriftenausgabe hat keinen Bezug zur CME-Fortbildung.

Der Verlag garantiert, dass die CME-Fortbildung sowie die CME-Fragen frei sind von werblichen Aussagen und keinerlei Produktempfehlungen enthalten. Dies gilt insbesondere für Präparate, die zur Therapie des dargestellten Krankheitsbildes geeignet sind.



Univ.-Prof. Dr. med. Anke Rohde

Gynäkologische Psychosomatik, Universität Bonn
 Universitätsklinikum Bonn
 Venusberg-Campus 1, Geb. 31
 53127 Bonn
arohde@uni-bonn.de



Univ.-Prof. Dr. med. Sarah Kittel-Schneider

Department of Psychiatry and Neurobehavioural Science,
 University College Cork, Cork, Irland
 APC Microbiome, University College Cork, Cork, Irland
SKittelSchneider@ucc.ie

Psychische Erkrankung und Schwangerschaft

FIN gültig bis 10.10.2024:

IN24N9tN

Teilnehmen und Punkte sammeln können Sie

- als e.Med-Abonnent*in von SpringerMedizin.de
- als registrierte*r Abonnent*in dieser Fachzeitschrift
- als Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN)
- zeitlich begrenzt unter Verwendung der abgedruckten FIN.



Dieser CME-Kurs ist auf [SpringerMedizin.de/CME](https://www.springermedizin.de/CME) zwölf Monate verfügbar. Sie finden ihn, wenn Sie die FIN oder den Titel in das Suchfeld eingeben. Alternativ können Sie auch mit der Option „Kurse nach Zeitschriften“ zum Ziel navigieren oder den QR-Code links scannen.

? Welche Aussage zur Familienplanung bei psychischer Erkrankung trifft zu?

- Von einer Schwangerschaft ist aus ärztlicher Sicht abzuraten, solange eine Psychopharmakotherapie erforderlich ist.
- Die Patientin muss wissen, dass sie in der Schwangerschaft zwar symptomfrei sein wird, dass aber nach der Entbindung auf jeden Fall ein Krankheitsrezidiv zu erwarten ist.
- Die Familienplanung bei vorbestehender psychischer Erkrankung umfasst mehr als nur die Fragen teratogener Auswirkungen der erforderlichen Medikation.
- Familienplanung bei psychischer Erkrankung ist Sache der behandelnden Frauenärzte. Psychiater können dazu nichts beitragen.
- Der behandelnde Psychiater/die Psychiaterin ist erst dann gefragt, wenn eine Schwangerschaft eingetreten ist.

? Welche Aussage hinsichtlich der Verhütung trifft zu?

- Bei einer psychischen Erkrankung ist jede Art von Verhütung sinnvoll und ausreichend.
- Das Einlegen einer Spirale ist nicht sinnvoll, da damit die kurzfristige Steuerung der Verhütung nicht möglich ist.
- Hormonelle Verhütungsmethoden sind nicht geeignet bei einer psychischen Erkrankung.
- Da eine ungeplante und vor allem ungewollte Schwangerschaft bei einer psychischen Erkrankung vermieden

werden sollte, ist eine möglichst sichere Verhütungsmethode empfehlenswert (z. B. Spirale, Drei-Monats-Spritze, Verhütungstäbchen).

- Eine sichere Verhütung ist nur bei einer psychotischen Erkrankung erforderlich.
- ### ? Ihre 33-jährige Patientin mit bipolarer Erkrankung (stabil eingestellt auf Olanzapin 10 mg) stellt sich notfallmäßig bei Ihnen vor, da bei ihr eine ungeplante Schwangerschaft festgestellt wurde (aktuell 9. Schwangerschaftswoche). Welche Aussage trifft zu?
- Da schwere Fehlbildungen beim Kind zu erwarten sind, gibt es die Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch.
 - Da in der Schwangerschaft keine Rückfallgefahr besteht, kann die Medikation bis zur Entbindung abgesetzt werden.
 - Wegen der Gefahr der Teratogenität muss eine Umstellung auf Haloperidol oder ein anderes klassisches Antipsychotikum erfolgen.
 - Falls Symptome auftreten, können diese mit einem Benzodiazepin abgemildert werden.
 - Die Medikation kann fortgeführt und im Verlauf der Schwangerschaft gegebenenfalls in der Dosis angepasst werden.

? Ihre 35-jährige Patientin mit rezidivierender monopolarer Depression ist unter einer Lithium-Behandlung seit drei Jahren rezidivfrei. Sie stellt sich vor mit der Frage nach einer eventuell erforderlichen Umstellung der Medika-

tion bei geplanter Schwangerschaft. Welche Aussage trifft zu?

- Wenn der Serumspiegel im prophylaktischen Bereich liegt, braucht keine Änderung erfolgen. Rückfallgefahr besteht weder in der Schwangerschaft noch postpartal.
- Da Lithium ein schweres Teratogen ist (vor allem Herzfehlbildungen sind häufig), muss Lithium sofort abgesetzt werden.
- Lithium ist ein schwaches Teratogen und kann deshalb unter Nutzen-Risiko-Abwägung weiter gegeben werden.
- Es empfiehlt sich eine Umstellung auf Lamotrigin, da damit stabilere Serumspiegel erreicht werden.
- Zur Stabilisierung sollte die Zugabe von Haloperidol erfolgen.

? Welche Aussage zum peripartalen Management trifft zu?

- Das peripartale Management orientiert sich an der Art der Erkrankung und umfasst unter anderem die Planung der Medikation rund um die Geburt, soziale Unterstützung, stillen etc.
- Ein peripartales Management ist nur bei bipolaren Erkrankungen sinnvoll, da nur dabei eine relevante Rückfallgefahr besteht.
- Das peripartale Management ist vor allem eine gynäkologische Aufgabe, da es dabei um Geburtsmodus, Versorgung des Kindes etc. geht.
- Im Rahmen des peripartalen Managements sollte der behandelnde Arzt/die

Dieser CME-Kurs wurde von der Bayerischen Landesärztekammer mit zwei Punkten in der Kategorie I (tutoriellement unterstützte Online-Maßnahme) zur zertifizierten Fortbildung freigegeben und ist damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

Für eine erfolgreiche Teilnahme müssen 70% der Fragen richtig beantwortet werden. Pro Frage ist jeweils nur eine Antwortmöglichkeit zutreffend. Bitte beachten Sie, dass Fragen wie auch Antwortoptionen online abweichend vom Heft in zufälliger Reihenfolge ausgespielt werden.

Bei inhaltlichen Fragen erhalten Sie beim Kurs auf SpringerMedizin.de/CME tutorielle Unterstützung. Bei technischen Problemen erreichen Sie unseren Kundenservice kostenfrei unter der Nummer 0800 7780777 oder per Mail unter kundenservice@springermedizin.de.

Ärztin die Strategien festlegen, da die Patientin die Tragweite der Maßnahmen nicht überblickt.

- Zum peripartalen Management gehört auch die Frage der Kostenübernahme für eventuell erforderliche Unterstützungsmaßnahmen.

? Welche Aussage zum Schwangerschaftsabbruch (SSA) trifft zu?

- Bei Behandlung mit einer Polypharmazie besteht wegen der zu erwartenden Schädigung des ungeborenen Kindes die Indikation zum SSA.
- Bei psychischer Vorerkrankung wird ein SSA immer aus medizinischer Indikation durchgeführt; die Beratungsregelung in den ersten zwölf Schwangerschaftswochen greift nicht.
- Auch bei psychischer Erkrankung gelten die Regeln der medizinischen Indikation (SSA nach der zwölften Schwangerschaftswoche nur bei erheblicher Gefährdung der körperlichen oder psychischen Gesundheit oder des Lebens der Mutter).
- Bei im Ultraschall festgestellter Fehlbildung des Kindes ist ein SSA alleine deshalb indiziert.
- Bei psychischer Vorerkrankung darf kein SSA durchgeführt werden, um die Stabilität der Mutter nicht zu gefährden.

? Welche Substanz hat eine hohe teratogene Wirksamkeit und darf deshalb bei Frauen mit psychischen Störungen im gebärfähigen Alter nur bei Einsatz einer sicheren Verhütung verordnet werden?

- Quetiapin
- Citalopram
- Lamotrigin
- Valproat
- Lithium

? Eine 35-jährige schwangere Frau mit einer vorbestehenden Angsterkrankung und rezidivierenden Depressionen stellt sich wegen Verschlechterung der Symptomatik vor und fragt nach pflanzlichen Präparaten. Aktuell erfolgt die Behandlung mit Sertralin. Welche Aussage ist richtig?

- Cannabidiol ist eine erprobte und sichere Alternative zur Behandlung von pränatalen Angst- und Stimmungserkrankungen.
- Baldriantropfen in alkoholischer Lösung können unbedenklich in der Schwangerschaft eingesetzt werden.
- Zu Johanniskrautpräparaten ist die Datenlage hinsichtlich Arzneimittelsicherheit in der Schwangerschaft deutlich geringer als z. B. zu Sertralin. Deshalb keine Umstellung, sondern Anpassung der Sertralin-Dosis.
- Rescue-Tropfen sind das Erstlinienmedikament zur Behandlung pränataler Angst- und Stimmungserkrankungen.
- Vitaminpräparate sind ausreichend, um schwere Angst- und Stimmungserkrankungen in der Schwangerschaft zu behandeln.

? Welche Aussage zum Einsatz von Medikamenten in der Schwangerschaft und Stillzeit trifft *nicht* zu?

- Es wurde ein Rote-Hand-Brief zu neuropsychologischen Störungen bei Kindern, deren Väter Valproat eingenommen haben, veröffentlicht.
- Topiramate wird auch mit erhöhten Fehlbildungsraten in Verbindung gebracht.
- Pregabalin ist das Mittel der Wahl bei peripartalen Angsterkrankungen.
- Sertralin ist auch in der Stillzeit unter guter Beobachtung des Kindes einsetzbar.
- Bei Benzodiazepin-Einsatz am Ende der Schwangerschaft kann es zu Entzugserscheinungen beim Neugeborenen kommen.

? Eine 25-jährige Patientin mit einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung und einer Bulimia nervosa stellt sich bei Ihnen zur Beratung vor. Sie ist in der 20. SSW und nimmt 150 mg Quetiapin sowie 20 mg Fluoxetin ein. Welche Aussage ist richtig?

- Aufgrund der Fluoxetin-Einnahme ist ein Schwangerschaftsabbruch indiziert
- Eine Anamnese bezüglich vorbestehender Traumatisierungen sollte besser nicht erfolgen, um die Patientin nicht zusätzlichem Stress auszusetzen
- Quetiapin sollte aufgrund des besseren Sicherheitsprofils auf Haloperidol umgestellt werden.
- Da emotional-instabile Patientinnen häufig auch Bindungsprobleme zum Kind zeigen, ist eine frühzeitige Unterstützung durch weitere Hilfssysteme (z. B. Frühe Hilfen und gegebenenfalls auch das Jugendamt) meistens sinnvoll und sollte bereits während der Schwangerschaft besprochen und vermittelt werden.
- Die Bulimia nervosa muss nicht weiter beachtet werden, da die Symptomatik während der Schwangerschaft meistens sowieso remittiert.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.

Advertisement placeholder

Hier steht eine Anzeige.

Hier staat een advertentie.