

Rohde/Schaefer
Dorn/Kittel-Schneider



MUTTER WERDEN MIT PSYCHISCHER ERKRANKUNG

*VON KINDERWUNSCH
BIS ELTERNCHAFT*

Kohlhammer

Kohlhammer

Rat + Hilfe

Fundiertes Wissen für Betroffene, Eltern und Angehörige –
Medizinische und psychologische Ratgeber bei Kohlhammer

Eine Übersicht aller lieferbaren und im Buchhandel angekündigten Ratgeber aus unserem Programm finden Sie unter:



<https://shop.kohlhammer.de/rat+hilfe>

Die Autorinnen

Prof. Dr. med. Anke Rohde

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsprofessorin für Gynäkologische Psychosomatik,
Universität Bonn
www.rohde-bonn.de

Prof. Dr. med. Christof Schaefer

Facharzt für Pädiatrie
Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie,
Charité-Universitätsmedizin Berlin
www.embryotox.de

Dr. phil. Dipl.-Psych. Almut Dorn

Psychologische Psychotherapeutin
Praxis für Gynäkologische Psychosomatik, Hamburg
www.almutdorn.de

Prof. Dr. med. Sarah Kittel-Schneider

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Chair of the Departement of Psychiatry and Neurobehavioural Science,
University College Cork, Cork, Irland
www.ucc.ie/en/psychiatry/people

Anke Rohde
Christof Schaefer
Almut Dorn
Sarah Kittel-Schneider

Mutter werden mit psychischer Erkrankung

Von Kinderwunsch bis Elternschaft

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Pharmakologische Daten verändern sich ständig. Verlag und Autoren tragen dafür Sorge, dass alle gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Eine Haftung hierfür kann jedoch nicht übernommen werden. Es empfiehlt sich, die Angaben anhand des Beipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen. Aufgrund der Auswahl häufig angewendeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

1. Auflage 2024

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-043063-1

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-043064-8

epub: ISBN 978-3-17-043065-5

Inhalt

Vorwort	15
1 Einleitung und Begriffsklärung	19
Ihr Wegweiser durch dieses Buch	19
Themenübersicht	20
Krankheitsbilder stehen im Mittelpunkt und nicht formelle Diagnosen	21
»Die Ärztin/der Arzt« – Das Thema Gendern	22
Häufig verwendete Begriffe vorab erklärt	23
Pränatal, präpartal, peripartal, postpartal, postnatal	23
Wochenbettdepression, Wochenbettpsychose	25
Babyblues	26
Erkrankung oder Störung	27
Krankheitsepisode, Krankheitsphase, rezidivierende Erkrankung	28
Chronifizierung, therapieresistent, schwierig zu behandeln	28
2 Psychische Erkrankung und Schwangerschaft	30
Einflussfaktoren auf die psychische Erkrankung	31
Rückfallrisiko in der Schwangerschaft, nach der Entbindung	32
Risiko der Vererbung einer psychischen Erkrankung	34
Herausforderung Mutterschaft	35
Die Väter nicht vergessen	37

3	Familienplanung ganz konkret	40
	Familienplanung allgemein	41
	Die Entscheidungsfindung gut gestalten	42
	Hormone, Zyklus, Empfängnisverhütung	44
	Hormonbestimmung, Zyklusbeobachtung	45
	Empfängnisverhütung	46
	Empfängnisfähigkeit abklären lassen	48
	Speziell bei psychischer Problematik	48
	Auswirkungen der psychischen Erkrankung	50
	Mutterschaft und psychische Stabilität	51
	Auswirkungen der Psychopharmaka auf das Kind ..	53
	Schwangerschaftsvorsorge und Hebamme	53
	Planung der Entbindung	54
	Informationssammlung zur Vorgeschichte	54
	Sondersituation Kinderwunschbehandlung	55
	Sondersituation alleinerziehend	56
4	Nutzen-Risiko-Abwägung bei der Behandlung	58
	Psychopharmaka	59
	Antidepressiva	61
	Antipsychotika	66
	Beruhigungsmittel und Schlafmittel	69
	Stimmungsstabilisatoren	70
	Nebenwirkungen von Psychopharmaka	72
	Untersuchungen bei Medikamenteneinnahme	72
	Was sind eigentlich Kontraindikationen?	73
	Psychopharmaka in der Schwangerschaft?	75
	Psychotherapie	87
	Qualifikationswege in der Psychotherapie	88
	Welche Psychotherapeutin ist geeignet?	89
	Psychotherapieverfahren als Kassenleistung	89
	Psychoedukation	91
	Entspannungstraining	92
	Analytische Psychotherapie (Psychoanalyse)	92
	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	93

	Verhaltenstherapie und kognitive Verhaltenstherapie (KVT)	94
	Neue problemorientierte Konzepte in der Verhaltenstherapie	97
	Systemische Therapie, Familientherapie	100
	Traumatherapie	101
	Hypnotherapie	102
	Körperorientierte Psychotherapie	103
	Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)	104
	Weitere Therapiemöglichkeiten	105
	Lichttherapie	106
	Transkranielle Magnetstimulation	107
	Elektrokrampftherapie	108
5	Schwangerschaftsvorsorge	110
	Vorsorge nach den Mutterschaftsrichtlinien	110
	Weiterführende Ultraschalluntersuchungen	111
	Schwangerschaftsabbruch bei Auffälligkeiten?	114
6	Geburtsplanung	115
	Zunächst das Organisatorische	116
	Keine falsche Scham	117
	Vorbesprechung organisieren	117
	Den Partner einbeziehen	118
	Informationen frühzeitig sammeln	118
	Informationen an alle Beteiligten weitergeben	119
	Checkliste für die persönliche Geburtsplanung	120
	Hebammenbetreuung	123
	Hebammenbetreuung rechtzeitig organisieren	124
	Beleghebamme	124
	Familienhebamme	125
	Einzel-Geburtsvorbereitung	126
	Die Entbindung	126
	Neugeborenen-Intensivstation, Perinatalzentrum ...	127
	Geburtshaus, Hausgeburt, hebammengeleiteter Kreißaal	128

	Art der Entbindung	128
	PDA und Schmerzmedikation	129
	Stillen oder nicht?	130
Rund	um die Entbindung aus psychiatrischer Sicht	131
	Medikamente vor der Entbindung reduzieren?	131
	Postpartale Prophylaxe?	132
	Anpassung von Stimmungstabilisatoren nach der Entbindung	138
	Bedarfsmedikation um die Zeit der Geburt herum	138
	Medikamente regelmäßig weiternehmen	139
	Ausreichend Medikamente mit in die Klinik nehmen	139
	Auf Frühwarnzeichen achten	140
	Mit der Psychiaterin einen Notfallplan festlegen ...	140
	Psychiatrische Weiterbehandlung nach der Entbindung	142
Umgebungsbedingungen	planen	143
	Stressreduktion, Reizabschirmung	143
	Etwas mehr Zeit für die Anpassung an die neue Situation?	144
	Mitaufnahme des Partners	145
	Elternzeit des Partners	146
	Unterstützung organisieren	146
7	Stillen	149
	Auch beim Stillen gilt die Nutzen-Risiko-Abwägung	150
	Vorplanung des Stillens	152
	Wann und wie ist Abstillen sinnvoll?	153
	Spezielle Fragen zum Stillen	155
	Nur kurzzeitig stillen oder zufüttern?	155
	Hat auch abgepumpte Muttermilch positive Effekte?	155
	Sollte man bestimmte Stillzeiten einhalten?	156
	Worauf muss man bei Medikamenteneinnahme beim Kind achten?	156
	Muttermilch auch für frühgeborene Kinder?	157

8	Unterstützungsmöglichkeiten	158
	Professionelle Hilfe – Beratungsstellen, Frühe Hilfen und Co.	159
	Beratungsstellen	159
	Medizinische Versorgung, Perinatalzentren	161
	Hebammen und Geburtsbegleitung	163
	Stillberatung	164
	Haushaltshilfe	164
	Frühe Hilfen	165
	Schreibaby-Ambulanz	166
	Elterntelefon	167
	Jugendamt	167
	Unterstützung in Familie und sozialem Umfeld	168
	Elternzeit, Partnermonate und mehr	168
	Unterstützung aus dem Familien- und Freundeskreis	168
	Ehrenamtliche Hilfe	169
	Selbsthilfegruppe Schatten & Licht e. V.	170
	Abgestufte Möglichkeiten der Behandlung	171
	Ambulante Behandlung, Spezialsprechstunden	171
	Teilstationäre, tagesklinische Behandlung mit und ohne Kind	172
	Vollstationäre Behandlung mit und ohne Kind	173
	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB)	173
	Reha-Behandlung, Mutter-Kind-Kur	174
	Bindungs- und Interaktionsverhalten zum Kind stärken ...	175
	Feinfühligkeit kann man lernen bzw. verbessern ...	176
	Fehlende Muttergefühle als Krankheitssymptom ...	177
	Frühintervention und Behandlung bei Bindungsstörungen	178
	Eltern-Kind-Kurse	178
	»Gut genug« ist ausreichend!	178
9	Selbsthilfestrategien	180
	Die eigenen Ressourcen nutzen	182

Strategien zur Entspannung	183
Progressive Muskelentspannung (PME) nach	
Jacobson	185
Autogenes Training (AT)	186
Imaginationsverfahren, Fantasiereisen	187
Meditation	189
Yoga, aktive Entspannung	189
Wichtige Hinweise zu Entspannungsverfahren	190
Strategien der Achtsamkeit	191
Body-Scan	192
Atem-Meditation	193
Selbsthilfestrategien bei Depressivität	194
Das Bild der Waage	195
Bewegung, Sport, Luft und Licht	197
Kontakt und Berührung	197
Aktivitäten und Pausen	198
Ablenkung, Zeitvertreib	199
Akzeptanz	201
Selbsthilfestrategien bei Angstsymptomen	202
Den Teufelskreis der Angst verstehen	203
Entschleunigtes Atmen	205
Alle fünf Sinne einsetzen	206
Die Angst hereinbitten	207
Gedankenstopp (nicht nur bei Ängsten)	209
Grübelstuhl und Grübelzeit	209
Innerer Ort der Ruhe	210
Selbsthilfestrategien bei Zwangssymptomen	211
Zwangsgedanken keine Macht geben	213
Zwangshandlungen verhindern	215
Ganz speziell: die Angst vor Infektionen	216
Ganz speziell: die Angst, dem Baby zu schaden	217
Selbsthilfestrategien bei traumatischen Erinnerungen	221
Reden hilft	223
Schreiben hilft auch	224
Tresortechnik	225
Bildschirmtechnik	226

Innere Helfer	228
Selbstwirksamkeit stärken	228
Selbsthilfestrategien bei Schlafstörungen	230
Schlafhygiene	231
Pflanzliche Einschlafhilfen	232
Keine Angst vor Schlaflosigkeit	233

10 Besonderheiten bei den verschiedenen

Erkrankungen	235
Depressionen	236
Die typische depressive Episode	239
Familienplanung bei Depressionen	239
Depression und Schwangerschaft	240
Behandlung in der Schwangerschaft	240
Absetzen oder Umstellen der Medikation?	241
Schwangerschaftsvorsorge, Geburtsplanung	242
Depression und Stillen	242
Bipolare Erkrankungen	243
Familienplanung bei bipolarer Störung	245
Bipolare Störung und Schwangerschaft	245
Behandlung in der Schwangerschaft	246
Absetzen oder Umstellen der Medikation?	247
Schwangerschaftsvorsorge, Geburtsplanung	248
Bipolare Störung und Stillen	248
Psychosen	249
Familienplanung bei Psychosen	252
Psychosen und Schwangerschaft	253
Behandlung in der Schwangerschaft	254
Absetzen oder Umstellen der Medikation?	254
Schwangerschaftsvorsorge, Geburtsplanung	255
Psychosen und Stillen	256
Angsterkrankungen	257
Familienplanung bei Angststörungen	259
Angststörungen und Schwangerschaft	259
Behandlung in der Schwangerschaft	260
Absetzen oder Umstellen der Medikation?	261

Schwangerschaftsvorsorge, Geburtsplanung	262
Angststörungen und Stillen	263
Zwangserkrankungen	263
Familienplanung bei Zwangserkrankungen	264
Zwangserkrankung und Schwangerschaft	265
Behandlung in der Schwangerschaft	266
Absetzen oder Umstellen der Medikation?	266
Schwangerschaftsvorsorge, Geburtsplanung	267
Zwangserkrankung und Stillen	268
Essstörungen	268
Familienplanung bei Essstörungen	269
Essstörung und Schwangerschaft	269
Behandlung in der Schwangerschaft	270
Absetzen oder Umstellung der Medikation?	271
Schwangerschaftsvorsorge, Geburtsplanung	271
Essstörungen und Stillen	271
Emotional instabile Persönlichkeit, Borderline-Störung....	272
Familienplanung bei emotionaler Instabilität	272
Emotionale Instabilität und Schwangerschaft	273
Behandlung in der Schwangerschaft	273
Absetzen oder Umstellen der Medikation?	274
Schwangerschaftsvorsorge, Geburtsplanung	275
Emotionale Instabilität und Stillen	276
Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und andere Traumafolgestörungen	276
Familienplanung bei Traumatisierung	277
PTBS und Schwangerschaft	278
Behandlung in der Schwangerschaft	279
Absetzen oder Umstellen der Medikation?	279
Schwangerschaftsvorsorge, Geburtsplanung	279
PTBS und Stillen	280
Sondersituation dissoziative Persönlichkeit, multiple Persönlichkeit	281
ADHS und ADS	282
Familienplanung bei ADHS	283
ADHS und Schwangerschaft	284

Behandlung in der Schwangerschaft	284
Absetzen oder Umstellen der Medikation?	285
Schwangerschaftsvorsorge, Geburtsplanung	285
ADHS und Stillen	286
Substanzkonsum, Abhängigkeit	286
Zigaretten und E-Zigaretten	287
Alkohol	288
Beruhigungs- und Schlafmittel	289
Schmerzmittel	290
Opiate und opioidhaltige Schmerzmittel	290
Heroin und Heroin-Substitution	291
Cannabis und Cannabinoide	292
Illegale Amphetamine (Speed, Pep)	293
Methamphetamin (Crystal Meth)	293
MDMA (Ecstasy)	294
Kokain und Crack	294
Familienplanung bei Substanzkonsum bzw. Abhängigkeit	295
Schwangerschaft bei Substanzkonsum bzw. Abhängigkeit	295
Schwangerschaftsvorsorge, Geburtsplanung	296
Stillen bei Substanzkonsum bzw. Abhängigkeit	296
Psychische Erkrankungen mit körperlichen Beschwerden im Vordergrund	297
Somatoforme Störungen	297
Dissoziative Krampfanfälle	298
Autismus-Spektrum-Störungen	299
11 Weiterführende Literatur und Links	301
Rund um Schwangerschaft und Entbindung	301
Besondere Situationen	304
Psychische Erkrankungen allgemein	307

Vorwort

Auch Frauen mit psychischen Erkrankungen werden Mütter, haben aber einen besonderen Beratungsbedarf. Nicht nur die Sorgen wegen einer eventuell einzunehmenden Medikation spielen eine Rolle, sondern auch andere Fragen stellen sich: Wie schaffe ich es mit meiner Erkrankung, eine gute Mutter zu werden und eine stabile Bindung zu meinem Kind aufzubauen? Was muss ich in der Schwangerschaft und rund um die Geburt beachten? Welche Unterstützungsmöglichkeiten stehen mir zur Verfügung? Und nicht zuletzt: Was kann ich selbst tun, um meinen Wunsch nach einer glücklichen Familie Realität werden zu lassen? Ebenso wie bei einer geplanten Schwangerschaft tauchen diese Gedanken auch bei einer ungeplanten Schwangerschaft auf, dann aber oftmals noch drängender, weil viel weniger Zeit für Überlegungen und Planungen besteht.

Diesen und vielen anderen Fragen soll in diesem Buch nachgegangen werden. Ein weiteres Ziel ist es, mit etlichen Vorurteilen aufzuräumen: So etwa mit der über lange Zeit, manchmal sogar von Ärzten vertretenen Einstellung, dass psychisch erkrankte Frauen generell auf Kinder verzichten sollten. Diese Meinungen sind erfreulicherweise in den letzten Jahrzehnten selten geworden, was mit der Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten und einem größeren Bewusstsein in Medizin und Psychologie bzw. in der Gesellschaft für das Selbstbestimmungsrecht, die Autonomie also, erkrankter Menschen zu tun hat. Auch hinsichtlich der Medikamente haben wir viel hinzugelernt und wissen mittlerweile, dass es kein »absolutes Nein« dafür gibt, wenn eine Frau schwanger ist bzw. werden will. Die Fälle, in denen Frauen einen Rückfall ihrer Erkrankung erleiden, weil alle Medikamente mit der Kinderwunschplanung oder sofort mit Eintreten der Schwangerschaft abgesetzt wurden, werden immer seltener – auch wenn es sie immer noch gibt.

Da viele psychische Erkrankungen, wie etwa Depressionen, Psychosen und Angsterkrankungen, typischerweise im jungen bis mittleren Erwachsenenalter erstmals auftreten, sind Frauen oft bereits erkrankt, bevor sie sich mit der Familienplanung beschäftigen. Schaut man sich die Häufigkeiten der behandlungsbedürftigen psychischen Störungen an, dann wird deutlich, dass das Thema, mit dem wir uns hier beschäftigen, viele Millionen Frauen und ihre Partner betrifft; entsprechende Unsicherheiten sind weit verbreitet. Viele Betroffene machen leider noch immer alle diese Fragen mit sich allein aus, weil sie fürchten, in der Familie oder im Freundes- und Kollegenkreis mitleidig angesehen zu werden oder sogar auf Unverständnis zu stoßen, wenn sie offen über ihre Erkrankung und die daraus entstehenden Probleme sprechen.

Alle diese Aspekte haben uns – die Autorinnen und den Autor dieses Buches – bewogen, unsere jeweiligen langjährigen Erfahrungen zusammenzutragen. Wir können vielleicht nicht alle Ihre Fragen beantworten, aber zumindest einen wichtigen Teil davon. Wir alle haben uns während unserer bisherigen beruflichen Tätigkeit intensiv dem Thema »Psychische Erkrankung und Schwangerschaft« gewidmet. Anke Rohde als Psychiaterin und Psychotherapeutin und langjährige Leiterin der Gynäkologischen Psychosomatik an der Universitätsfrauenklinik Bonn. Christof Schaefer als Kinderarzt und langjähriger Leiter von »Embryotox« an der Charité-Universitätsmedizin Berlin. Almut Dorn als psychologische Verhaltenstherapeutin mit eigener psychotherapeutischer Praxis für Gynäkologische Psychosomatik in Hamburg. Und Sarah Kittel-Schneider als Psychiaterin und Psychotherapeutin an den Universitätskliniken Frankfurt und Würzburg mit vielfältigen Behandlungserfahrungen und wissenschaftlichen Aktivitäten zum Thema.

In diesen Tätigkeiten haben wir in den zurückliegenden Jahren jeweils viele hundert Frauen mit psychischer Erkrankung im Rahmen ihrer Kinderwunschplanung bzw. in der Schwangerschaft persönlich beraten und betreut.

Aus der täglichen Beschäftigung mit der Problematik wissen wir sehr genau, dass betroffene Frauen und ihre Angehörigen nicht immer die professionelle Unterstützung finden, die sie sich wünschen; auf ihre Fragen bekommen sie nicht immer eine fundierte Antwort. Der vorliegende

Ratgeber versucht, möglichst viele dieser Fragen zu beantworten, sofern dies allgemein und losgelöst vom Einzelfall möglich ist.

Und wir wollen Sie ermutigen: Werden Sie zur Expertin für Ihre Erkrankung!

Anke Rohde, Christof Schaefer, Almut Dorn, Sarah Kittel-Schneider
Herbst 2023

1 Einleitung und Begriffsklärung

Inhalt kurzgefasst

Dieses Kapitel soll Ihnen als Leserin bzw. Leser einerseits helfen, sich im Buch zurechtzufinden. Andererseits sollen Sie nachvollziehen können, warum und in welchem Sinne wir bestimmte Begriffe verwenden, und zwar sowohl rund um Schwangerschaft und Entbindung als auch bezogen auf psychische Erkrankungen allgemein.

Ihr Wegweiser durch dieses Buch

Inhalt kurzgefasst

Sie finden einen Überblick über die Themen des Buches sowie Erläuterungen, warum wir auf den Gebrauch der formellen ICD-Diagnosen verzichten und in welcher Form wir gendern.

Betroffene, Angehörige oder auch Personen, die aus beruflichen Gründen mit dem Thema befasst sind, haben unterschiedliche Interessen, wenn Sie dieses Buch lesen. Die einzelnen Kapitel sollen deshalb auf die verschiedenen Bedürfnisse eingehen, ohne dass beim Lesen eine bestimmte Reihenfolge eingehalten werden muss. Jedes Kapitel ist inhaltlich so angelegt,

dass es für sich allein und damit unabhängig von den weiteren Kapiteln verständlich ist.

Themenübersicht

Nach allgemeinen Ausführungen zu psychischen Erkrankungen und deren Einflüssen auf Schwangerschaft und Entbindung und umgekehrt folgen Ausführungen zur Familienplanung und zu wichtigen, dabei zu berücksichtigenden Aspekten. Dann folgt ein ausführliches Kapitel zu den verschiedenen Behandlungsstrategien, die bei psychischen Erkrankungen eingesetzt werden, vor allem zum Einsatz von Psychopharmaka, also Medikamenten, die zur Behandlung psychischer Erkrankungen verwendet werden. Dieses Thema ist im Zusammenhang mit Kinderwunsch und Schwangerschaft für Betroffene oftmals mit besonders vielen Ängsten und einem großen Informationsbedürfnis verbunden. Die verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren und alternative Behandlungsmöglichkeiten werden ebenfalls beschrieben, bevor eine Vielzahl von Selbsthilfestrategien bei den verschiedenen psychischen Problemen Ihnen als Werkzeuge an die Hand gegeben wird, mit denen sie selbst zu Ihrer psychischen Stabilität beitragen können. Weitere Kapitel widmen sich der Schwangerenvorsorge, dem Stillen und Unterstützungsmöglichkeiten, vor allem rund um die Entbindung. Aus unserer Sicht besonders wichtig sind die Kapitel, in denen es um die Geburtsplanung bei Bestehen einer psychischen Problematik geht und um die Besonderheiten bei den jeweiligen Erkrankungen. Diese Ausführungen sollen Sie darauf aufmerksam machen, dass es große Unterschiede zwischen den verschiedenen Störungsbildern gibt und dass eine sehr persönliche, auf Ihre Bedürfnisse zugeschnittene Vorplanung besonders empfehlenswert ist. Die abschließenden Hinweise auf weiterführende Literatur und Internetlinks können verständlicherweise nicht vollständig sein, helfen Ihnen aber vielleicht bei der weiteren Informationssuche.

Da die verwendeten Fachbegriffe in der Regel in den jeweiligen Kapiteln erklärt werden, wird auf ein zusätzliches Glossar von Fachausdrücken verzichtet. Sollten Sie einen bestimmten Begriff suchen, schlagen Sie ein-

fach im Inhaltsverzeichnis nach und informieren sich in dem entsprechenden Kapitel bzw. Abschnitt.

Krankheitsbilder stehen im Mittelpunkt und nicht formelle Diagnosen

An dieser Stelle möchten wir darauf hinweisen, dass wir in diesem Buch auf die speziellen Diagnose-Bezeichnungen verzichten, die beispielsweise in Arztbriefen oder auf Krankschreibungen verwendet werden. Das sind zum Zeitpunkt der Erstellung des Buches noch Begriffe, die die ICD-10 vorgibt. ICD steht für **I**nternational **C**lassification of **D**iseases (= Internationale Klassifikation von Krankheiten), die 10 für die 10. Auflage. Das ist derzeit noch das aktuelle Diagnosesystem der WHO (= Weltgesundheitsorganisation). Mittlerweile gibt es zwar eine 11. Auflage, die ICD-11, die eine Reihe von Veränderungen in den Kriterien und Bezeichnungen mit sich bringen wird. Allerdings ist die deutsche Übersetzung zur Zeit der Drucklegung des Buches noch in Arbeit.

Der Vollständigkeit halber wollen wir an dieser Stelle erwähnen, dass sich die Einteilung von Krankheitsbildern in der ICD-10 und auch in der ICD-11 in der Regel nicht an den zugrundeliegenden biologischen und psychologischen Veränderungen orientiert, sondern an Symptomatik und Verlauf. Das hat vor allem damit zu tun, dass die Krankheitsmechanismen immer noch nicht vollständig aufgeklärt sind. Und anders als sonst in der Medizin gibt es keine objektiven Tests, wie etwa Laboruntersuchungen oder Röntgenuntersuchungen, die eine spezielle Diagnose ganz genau belegen können.

Diese ICD-Diagnosen mit den entsprechenden Verschlüsselungen (i. d. R. eine Kombination aus Buchstaben und Zahlen) dienen der leichten Verständigung im medizinischen und psychotherapeutischen Bereich; deshalb finden Sie sie auch in Behandlungsberichten und Arztbriefen. Vielleicht haben Sie selbst die Erfahrung gemacht, dass Ihre Erkrankung von unterschiedlichen Behandlern verschieden eingeordnet wurde. Das kann beispielsweise mit der Schwierigkeit der endgültigen Bewertung einer Erkrankung zu tun haben, weil vielleicht das Bild nicht so typisch ist, oder auch mit Veränderungen im Verlauf, z. B. durch das Auftreten neuer

Symptome. So kann es dann auch zu verschiedenen diagnostischen Bezeichnungen und sogar zur Einordnung in unterschiedlichen ICD-Diagnosekategorien kommen.

In den folgenden Kapiteln und vor allem in ► Kap. 10, wo es um die einzelnen Erkrankungen geht, verzichten wir deshalb auf die Verwendung der formellen Diagnosen. Sie werden trotzdem keine Schwierigkeit haben, Ihre spezielle Problematik zu erkennen und zu verstehen, in welche Richtung unsere Empfehlungen gehen.

»Die Ärztin/der Arzt« – Das Thema Gendern

Noch ein Wort zum Gendern: Wir haben uns entschlossen, auf Gendersternchen oder ähnliches zu verzichten und stattdessen die weiblichen und männlichen Berufsbezeichnungen im Wechsel zu verwenden, ohne dabei eine bestimmte Systematik einzuhalten. Bei der konsequenten Verwendung beider Formen wären die Texte an manchen Stellen unübersichtlich und schlecht lesbar geworden. Es versteht sich von selbst, dass jeweils alle Geschlechter gemeint sind, und wir schließen damit selbstverständlich auch non-binäre Personen ein.

Das gleiche trifft übrigens für die Verwendung der Begriffe »Partner« und »Vater des Kindes« zu. Wir sind uns darüber im Klaren, dass heute Regenbogenfamilien in vielen Konstellationen existieren, und wir wissen aus der praktischen Arbeit mit gleichgeschlechtlichen Paaren, dass diese bezüglich Schwangerschaft und Entbindung die gleichen Fragen haben wie heterosexuelle, wenn – vor allem bei der werdenden Mutter – eine psychische Erkrankung besteht. Allerdings haben wir uns, wieder im Sinne der besseren Lesbarkeit, dagegen entschieden, aus dem Partner (mit dem sowohl Ehe- als auch Lebenspartner gemeint sind) die Formulierung »der Partner/die Partnerin« zu machen. Doch selbstverständlich sind bei den entsprechenden Ausführungen immer auch Partnerinnen bzw. Ehefrauen gemeint sowie die Co-Mütter in gleichgeschlechtlichen Beziehungen.

Häufig verwendete Begriffe vorab erklärt

Inhalt kurzgefasst

Eine Vielzahl von Begriffen und Definitionen spielt im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung eine Rolle, um bestimmte Gegebenheiten bzw. zeitliche Bezüge auszudrücken. Ebenso gibt es viele Bezeichnungen, die Sie als Betroffene kennen sollten, wenn es um psychische Erkrankungen geht. Die wichtigsten davon sind in den folgenden Abschnitten erläutert und – soweit nötig – voneinander abgegrenzt.

Pränatal, präpartal, peripartal, postpartal, postnatal

Möglicherweise sind Ihnen bei der Beschäftigung mit dem Thema Schwangerschaft und Geburt bereits die verschiedensten Begriffe begegnet, die aber alle irgendwie ähnlich klingen, wie etwa peripartal oder postpartal, und Sie haben sich gefragt, worin der Unterschied liegt bzw. was sie bedeuten. Auch wenn wir uns bemüht haben, in den einzelnen Kapiteln bzw. Abschnitten keinen Begriff unerklärt zu lassen, sind die folgenden Erläuterungen vielleicht hilfreich. Vor allem, wenn Sie zusätzlich andere Informationsquellen verwenden.

In ► Tab. 1.1 finden Sie verschiedene Begriffe, die im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung verwendet werden, um den zeitlichen Bezug deutlich zu machen, auch bei psychischen Problemen, und zwar jeweils mit Erläuterungen zu ihrer Bedeutung und Herkunft.

Tab. 1.1: Begriffe, die den zeitlichen Bezug zu Schwangerschaft und Entbindung ausdrücken

Begriff	Bedeutung	Herkunft
pränatal	vor der Geburt	von prae (lat. = vor) und natus (lat. = Geburt, Geborenwerden)
präpartal	vor der Entbindung	von prae (lat. = vor) und partus (lat. = Entbindung, Gebären)
peripartal	rund um die Entbindung	von peri (griech. = drum herum) und partus (lat. = Entbindung, Gebären)
postpartal (post partum)	nach der Entbindung	von post (lat. = nach) und partus (lat. = Entbindung, Gebären)
postnatal	nach der Geburt	von post (lat. = nach) und natus (lat. = Geburt, Geborenwerden)

Pränatal und präpartal

Die Begriffe pränatal und präpartal, in denen das Wort »prä« steckt (abgeleitet vom lateinischen prae = vor) finden sich in allen Zusammenhängen, die sich auf die Zeit der Schwangerschaft beziehen. *Pränatal* ist vor allem im Zusammenhang mit der vorgeburtlichen Diagnostik als Pränataldiagnostik bekannt, während *präpartal* die Zeit vor der Entbindung meint. Eine Formulierung könnte beispielsweise sein: Depression mit präpartalem Beginn, um deutlich zu machen, dass die Depression bereits in der Schwangerschaft begonnen hat.

Peripartal

Das Wort peripartal umfasst alles vor und nach der Entbindung – beispielsweise Depressionen, die bereits vor oder auch erst nach der Entbindung beginnen können. Zunehmend wird dieses Wort anstelle von postpartal verwendet, was nach der Entbindung bedeutet. Und zwar seit

sich die Erkenntnis durchgesetzt hat, dass sich der Beginn psychischer Probleme im Zusammenhang mit Schwangerschaften und Geburten oftmals gar nicht so genau zeitlich einordnen lässt. Im Nachhinein stellt sich nämlich oftmals die Frage, ob da nicht auch schon vor der Entbindung erste Anzeichen der psychischen Problematik, beispielsweise einer Depression, vorhanden waren, die sich nach der Entbindung dann in voller Stärke gezeigt hat.

Postpartal und postnatal

Eine Besonderheit ist die oftmals *gleichbedeutende Verwendung* von postpartal und postnatal. Postnatal wird vor allem in den allgemeinen Medien und in der Laienpresse verwendet. Nimmt man es ganz genau, dann meint *postpartal* »nach der Entbindung«, während *postnatal* »nach der Geburt« aus Sicht des Kindes bedeutet, aber auch für den gesamten Geburtsprozess verwendet wird. In der englischen Sprache wird sowohl in der Fachsprache als auch in der Umgangssprache sehr häufig der Begriff postnatal verwendet, z. B. als postnatale Depression; insofern finden Sie ihn wahrscheinlich auch in den Medien bei Ihren Recherchen zu psychischen Problemen nach der Entbindung.

In der deutschen medizinischen Fachsprache verwenden wir den Begriff postpartal, z. B. sprechen wir von postpartalen Komplikationen oder postpartalen Depressionen. Bei Diagnosen in Behandlungsberichten oder auf Überweisungsscheinen begegnet Ihnen in vielen Zusammenhängen auch »pp« als Abkürzung für post partum (= nach der Entbindung).

Wir haben uns in diesem Buch für die Verwendung des Begriffes postpartal entschieden, also für die im Deutschen korrekte Formulierung. Es kann allerdings sein, dass Ihnen in anderen Veröffentlichungen zu diesem Thema postnatal begegnet, was dann im gleichen Sinne zu verstehen ist.

Wochenbettdepression, Wochenbettpsychose

Die Begriffe Wochenbettdepression und Wochenbettpsychose werden im Alltag verwendet, um aufzuzeigen, dass eine Depression oder eine Psy-

chese im zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung aufgetreten ist. Auch im medizinischen Bereich kommt das vor. Völlig korrekt ist das jedoch nicht immer, da das Wochenbett aus gynäkologischer Sicht ein umgrenzter Zeitraum ist. Damit werden die ersten sechs bis acht Wochen nach der Entbindung bezeichnet, in denen sich die schwangerschaftsbedingten Veränderungen des Körpers zurückbilden. Zwar beginnen in diesem Zeitraum die meisten Depressionen und Psychosen, aber auch danach kommen sie vor.

Außerdem haben verschiedene wissenschaftliche Untersuchungen gezeigt, dass Depressionen und Psychosen nach der Entbindung in allen wichtigen Punkten vergleichbar sind mit Depressionen und Psychosen, die *zu anderen Lebenszeitpunkten* auftreten und dass nach einer Entbindung beginnende psychische Störungen im weiteren Leben auch unabhängig davon wiederkehren können.

Genauer spricht man also von Depressionen bzw. Psychosen, die nach der Entbindung begonnen haben – oder in der psychiatrischen Fachsprache ganz korrekt beispielsweise von postpartal beginnender Depression bzw. postpartal beginnender Psychose. Aber auch dabei führt der klinische Alltag zu Verkürzungen, und deshalb werden häufig die Begriffe postpartale Depression bzw. Depression pp. und postpartale Psychose bzw. Psychose pp. verwendet.

Eine alte Bezeichnung für die Wochenbettpsychose, die man allenfalls noch in älteren wissenschaftlichen Arbeiten findet, ist *Puerperalpsychose*. »Puerperium« kommt aus dem Lateinischen und bedeutet Niederkunft, Kindbett, Wochenbett. Auch der Begriff *Laktationspsychose* wird heute kaum noch verwendet. So wurden früher Psychosen genannt, die in der Stillzeit auftraten. Als Laktation wird die Produktion von Muttermilch in der weiblichen Brust bezeichnet; dies leitet sich vom lateinischen lactare (= Milch geben, säugen) ab.

Babyblues

Der Begriff Babyblues ist im englischen Sprachraum geläufig für die Symptomatik, für die wir im Deutschen nur den Begriff *Heultage* kennen. Da dieser von betroffenen Frauen manchmal als diskriminierend erlebt

wird, hat sich auch in der deutschen medizinischen Fachsprache und in den Medien der Begriff Babyblues weitgehend etabliert. Das Fehlen eines »echten« medizinischen Fachbegriffes dafür zeigt übrigens, dass es sich dabei nicht um ein Krankheitsgeschehen im engeren Sinne handelt, sondern vielmehr um eine Reaktion auf die rasche Hormonumstellung nach der Geburt. Der Babyblues prägt bei vielen Frauen die ersten drei bis fünf Tage nach der Entbindung, wobei sich beispielsweise Weinen und Glückseligkeit mischen.

Diese Symptomatik, die bei etwa drei von vier Wöchnerinnen auftritt, benötigt keine spezielle Behandlung, da sie sich meist einige Tage nach der Entbindung spontan zurückgebildet hat. Aber es ist durchaus eine besondere Aufmerksamkeit erforderlich, damit nicht übersehen wird, wenn sich daraus eine Depression oder eine andere psychische Problematik entwickelt.

Erkrankung oder Störung

Während Bezeichnungen wie Krankheit oder Erkrankung im Zusammenhang mit körperlichen Problemen üblich sind, wird in psychiatrischen Klassifikationssystemen auch der Begriff *Störung* als Übersetzung des englischen Wortes *Disorder* verwendet (z. B. Angststörung). Manche Betroffene bevorzugen den Begriff Störung, weil sie nicht krank sein möchten. Andere wiederum fühlen sich durch Störung bzw. das daraus abgeleitete gestört möglicherweise diskriminiert.

Wir richten uns in diesem Buch nach den geläufigen Bezeichnungen in der Medizin bzw. Psychologie. Nachdem vor einigen Jahrzehnten die gängigen Klassifikationssysteme für psychiatrische Probleme statt Erkrankung weitgehend die Bezeichnung *Disorder*, also Störung, eingeführt hatten, ändert sich das nun gerade wieder. Das hat u. a. auch mit den Diskussionen zu den verschiedenen Konzepten zu tun, wie diese Störungen bzw. Erkrankungen verursacht werden.

Da das im Wesentlichen theoretische Diskussionen sind, verwenden wir in diesem Buch die Begriffe Störung, Erkrankung und Krankheit gleichbedeutend. Handelt es sich um feste diagnostische Begriffe, bleibt das Wort Störung (wie etwa bei posttraumatische Belastungsstörung).

Krankheitsepisode, Krankheitsphase, rezidivierende Erkrankung

Die Begriffe *Episode* und *Phase* werden in der Psychiatrie gleichbedeutend verwendet. Wichtig ist die darin enthaltene Bedeutung, dass eine psychische Störung phasenhaft abläuft und dass Betroffene zwischen den einzelnen Phasen wieder gesund bzw. weitgehend gesund werden.

Für solche phasenhaft ablaufenden Erkrankungen wird u.a. die Bezeichnung *rezidivierend* verwendet, was wiederkehrend bedeutet. So spricht man beispielsweise von rezidivierender Depression.

In den meisten Fällen verlaufen psychische Erkrankungen mehr oder weniger phasenhaft. Insbesondere bei Depressionen oder Manien ist eine Krankheitsepisode irgendwann zu Ende, und es folgt eine mehr oder weniger lange Periode von (weitgehender) Gesundheit.

Depressive oder manische Phasen oder auch Psychosen dauern üblicherweise Wochen bis Monate; durch Behandlung kann man diese Dauer in der Regel erheblich verkürzen.

Chronifizierung, therapieresistent, schwierig zu behandeln

Unbehandelt oder unzureichend behandelt kann es bei psychischen Störungen zur *Chronifizierung* kommen, dann dauert die Störung manchmal sogar jahrelang. Das kommt auch bei psychischen Problemen rund um die Geburt eines Kindes vor und hat dann unter Umständen anhaltende Auswirkungen auf die gesamte Familie und vor allem das Kind.



Merke

Je länger die psychische Erkrankung besteht und je weiter die Chronifizierung fortgeschritten ist, um so langwieriger wird die Behandlung. Das gilt auch für alle Störungen, die in einer Schwangerschaft oder nach einer Entbindung beginnen. Deshalb unbedingt frühzeitig behandeln lassen!

Spricht eine Erkrankung, z. B. eine Depression, nicht richtig gut auf die übliche Behandlung an, so ist der Begriff *therapieresistent* oder therapie-refraktär gängig. Neuerdings gibt es aber Bestrebungen, statt dieses Begriffes, der unberechtigterweise eine gewisse Hoffnungslosigkeit vermittelt, die Bezeichnung *schwierig zu behandeln* zu verwenden.

In der Zeit um die Geburt herum sind schwierig zu behandelnde Krankheitsphasen glücklicherweise viel seltener als sonst im Leben; üblicherweise sprechen postpartale psychische Probleme rasch auf die Behandlung an. Aber auch das kann einmal anders sein, weshalb wir in ► Kap. 4 Behandlungsarten erwähnen, die dann eingesetzt werden können.