






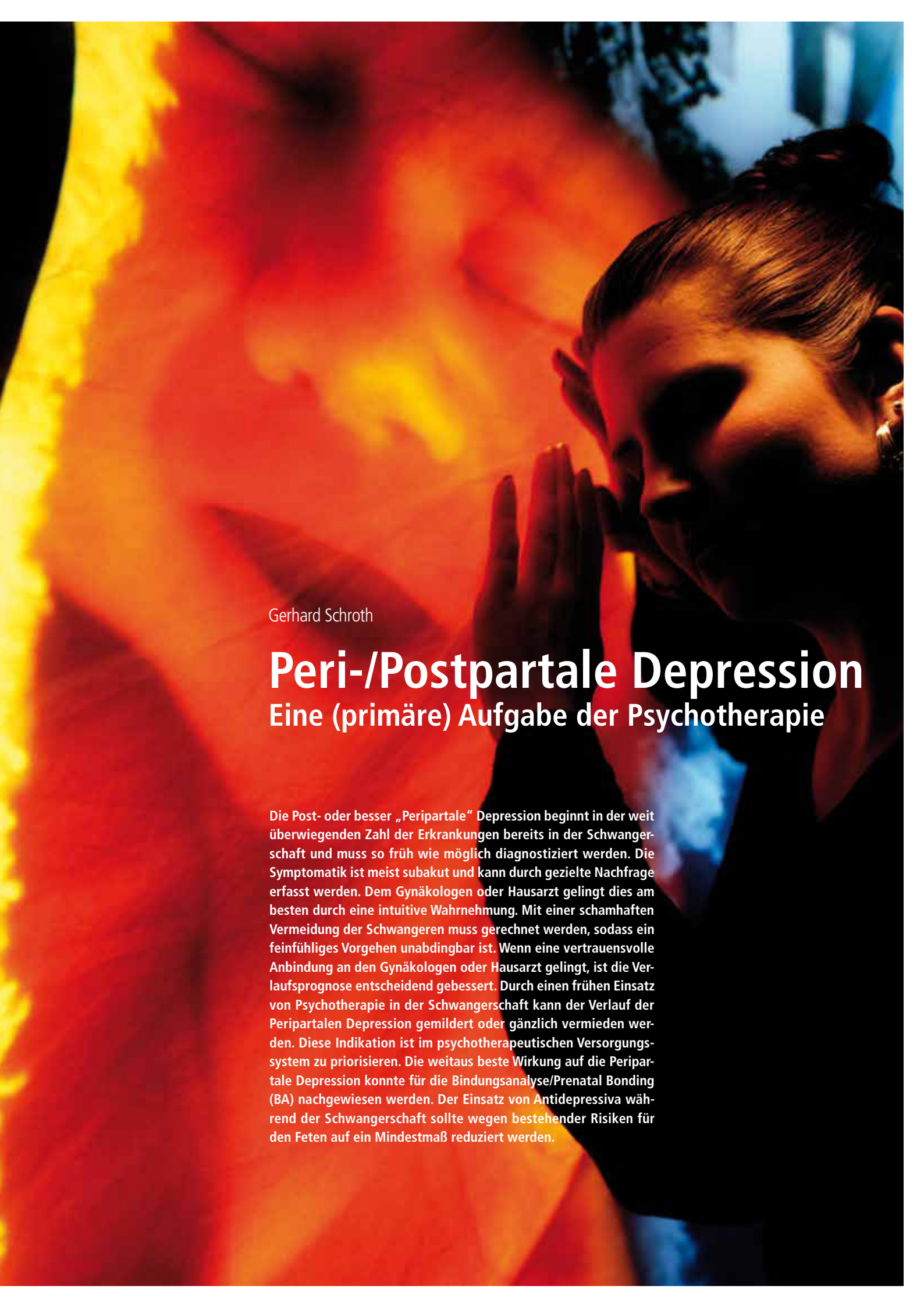
**DPTV** Deutsche  
Psychotherapeuten  
Vereinigung

# Psychotherapie **Aktuell**

7. Jahrgang | Heft 2.2015



-  Psychotherapiehonorare nicht verfassungskonform
-  Peri-/Postpartale Depression – (primäre) Aufgabe der Psychotherapie
-  Mini-Jobber in der psychotherapeutischen Praxis



Gerhard Schroth

# Peri-/Postpartale Depression

## Eine (primäre) Aufgabe der Psychotherapie

Die Post- oder besser „Peripartale“ Depression beginnt in der weit überwiegenden Zahl der Erkrankungen bereits in der Schwangerschaft und muss so früh wie möglich diagnostiziert werden. Die Symptomatik ist meist subakut und kann durch gezielte Nachfrage erfasst werden. Dem Gynäkologen oder Hausarzt gelingt dies am besten durch eine intuitive Wahrnehmung. Mit einer schamhaften Vermeidung der Schwangeren muss gerechnet werden, sodass ein feinfühliges Vorgehen unabdingbar ist. Wenn eine vertrauensvolle Anbindung an den Gynäkologen oder Hausarzt gelingt, ist die Verlaufprognose entscheidend gebessert. Durch einen frühen Einsatz von Psychotherapie in der Schwangerschaft kann der Verlauf der Peripartalen Depression gemildert oder gänzlich vermieden werden. Diese Indikation ist im psychotherapeutischen Versorgungssystem zu priorisieren. Die weitaus beste Wirkung auf die Peripartale Depression konnte für die Bindungsanalyse/Prenatal Bonding (BA) nachgewiesen werden. Der Einsatz von Antidepressiva während der Schwangerschaft sollte wegen bestehender Risiken für den Feten auf ein Mindestmaß reduziert werden.

Die Peri-/Postpartale Depression unterliegt nach wie vor einem Tabu in der Gesellschaft ebenso wie in der Wissenschaft.

Im Oktober 2012 wurde in Genf der WHO Gesundheitsbericht vorgestellt. Darin heißt es: „Jede fünfte Frau erkrankt durch Schwangerschaft und Geburt an einer Postpartalen Depression“. Dennoch ist die Postpartale Depression eines der am besten gehüteten Geheimnisse sowohl in der Gesellschaft allgemein als auch in den damit befassten wissenschaftlichen Forschungsdisziplinen der Psychiatrie und Psychotherapie, der Gynäkologie und Geburtshilfe. Mit anderen Worten: Die Postpartale Depression ist nach wie vor ein Tabu, in Europa mehr als in den USA.

Ich habe es mir zur Aufgabe gemacht, die Bibliothek eines international renommierten Forschungsinstitutes für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Psychologie zu durchforsten. Alle verfügbaren Lehr- und Handbücher wurden daraufhin gesichtet, wie viele Stichworte zum Thema Postpartale Depression zu finden sind. Die Recherche umfasste insgesamt ca. 24.500 Seiten und 28 Bände.

In 27 von 28 Standardwerken finden wir den Terminus „Postpartale Depression“ nicht im Schlagwortregister. Einzig in „Psychotherapie in der Psychiatrie“ von Arolt und Kersting findet sich ein ausführlicher Artikel von Hornstein und Trautmann-Villalba. Ihr Artikel „Psychotherapie von mütterlichen Erkrankungen im Zusammenhang von Schwangerschaft und Geburt“ beschreibt auf 14 Seiten die Symptomatik der Postpartalen Depression und die Methodik eines stationären Behandlungsansatzes und kann wenigstens ein klein wenig zur Ehrenrettung der Wissenschaft beitragen (Hornstein C, Trautmann-Villalba 2010). 14 Seiten in einem Gesamt von ca. 24.500 Seiten machen einen Anteil von 0,06% der untersuchten Standardliteratur aus.

Auch im Diagnosemanual des ICD 10 und im DSM IV findet sich keine eigene Diagnosenkategorie für die

Postpartale Depression. Sie wird dort als Sonderform einer unipolaren respektive reaktiven Depression mit Beginn nach der Geburt bewertet.

Die allgemeine Vermeidung des Themas Postpartale Depression in der öffentlichen Diskussion, aber auch in der medizinischen Forschung wird aus dieser Betrachtung mehr als deutlich. Dennoch gibt es eine Reihe einzelner Veröffentlichungen, vor allem amerikanische Untersuchungen zu diesem Thema, die aber bislang zu wenig Beachtung finden.

Ausgangspunkt meiner Betrachtungen ist eine Veröffentlichung von Hübner-Liebermann et. al. im Deutschen Ärzteblatt aus dem Jahre 2012, in der das gesamte aktuelle Datenmaterial weltweit recherchiert wurde. Sie kommt zu folgenden Ergebnissen:

Im Artikel „Peripartale Depressionen erkennen und behandeln“ werden Publikationen zitiert, in denen sich Zahlen von durchschnittlich ca. 19% Postpartale Depressionen finden.

Hierin ist die Postpartale Psychose, die jedoch nur ca. 0,2% ausmacht, mit einbezogen, nicht aber der Baby Blues, der eine eigene Kategorie bildet. Die Postpartale Depression dauert in der Regel mehrere Monate im Verlauf des ersten Jahres nach der Entbindung. Neben Blutungsereignissen und Schwangerschaftserbrechen zählt die Peripartale Depression zu der häufigsten Erkrankung in der Schwangerschaft.

In dem hier erwähnten Artikel des Deutschen Ärzteblatts wird der weit zutreffendere, aber noch wenig gebräuchliche Begriff der Peripartalen Depression verwendet, der darauf verweist, dass der Beginn dieser Erkrankung nicht nach der Geburt liegt, sondern in aller Regel bereits im Verlaufe der Schwangerschaft diagnostiziert werden kann. Der Begriff Peripar-

tale Depression wird nachfolgend als der umfassendere anstelle von Postpartaler Depression verwendet (ausgenommen wörtliche Zitate).

Etwa zwei Drittel der depressiven Erkrankungen von Müttern sind bereits während der Schwangerschaft erfassbar, nur ca. ein Drittel der Peripartalen Depressionen werden tatsächlich erst postpartal manifest – häufig als Folge von Geburtserfahrungen. Möglicherweise sind sich die betreuenden Gynäkologen wie auch die betroffenen Schwangeren unausgesprochen darin einig, das Thema Depression während der Schwangerschaft nicht anzurühren. Eine amerikanische Untersuchung (Marcus et al. 2003) ging deshalb der Frage nach, wie häufig die Peripartale Depression in gynäkologischen Kliniken diagnostiziert wurde und kam zu folgendem Ergebnis: Nur etwa jede achte Frau mit einer manifesten Peripartalen Depression wurde im Rahmen der pränatal-gynäkologischen Diagnostik korrekt identifiziert und behandelt.

Der Baby-Blues bildet eine eigene Kategorie und tritt nach durchschnittlich 70% aller Entbindungen auf, er dauert weniger als zwei Wochen. Er wird gewöhnlich mit starken hormonellen Veränderungen von Östrogen, Progesteron, Endorphin, Oxytocin und Prolaktin in Zusammenhang gebracht. Die Konzentration des Östrogens z.B., die während der Schwangerschaft auf das Hundertfache und mehr angestiegen war, normalisiert sich nach dem Ausstoßen der Plazenta. Auffällig ist aber nach unseren Untersuchungen, dass über Babyblues nach der Begleitung der Schwangeren durch die Bindungsanalyse extrem selten (unter 1%) berichtet wird, obgleich die von uns begleiteten Gebärenden die gleichen Hormonumstellungen durchlaufen.

Wir müssen also zur Kenntnis nehmen, dass etwa jede fünfte Gebärende mit der Erfahrung der Peripartalen Depression konfrontiert sein wird. Während in älteren



Veröffentlichungen bis vor ca. zehn Jahren noch häufig ein Prozentsatz von ca. 15% Peripartaler Depression genannt wurde, scheinen wir es in jüngerer Zeit mit einem deutlichen Anstieg dieser Erkrankung zu tun zu haben. Dieser ist möglicherweise dem Anstieg der Kaiserschnitttrate zuzuordnen, wenn der dringliche Wunsch nach einer vaginalen Entbindung sich in konflikthaftem Widerspruch zur medizinisch festgelegten Indikation befindet. Die zunehmende Befürchtung der Geburtshelfer, in Haftung genommen zu werden, könnte in der Indikationsfrage der Sectio eine bedeutende Rolle spielen. Frauen hingegen erleben diese Erfahrung häufig lang nachwirkend als traumatisierend, wenn sie dadurch in ein Empfinden des Ausgeliefertseins gebracht wurden. Sie verlieren durch die Sectio eine Chance, ihre weibliche Kompetenz zu erleben und nach außen hin deutlich zu machen.

Auf Seiten der Gebärenden sind heute viele Frauen ohne eine mütterliche Tradition, die früher von der Großmutter zur Mutter und von dieser zur Tochter weitergegeben wurde. Geringere familiäre Bindungen und das hohe Maß an Mobilität erschweren eine konkrete familiäre Hilfe in der Vermittlung weiblicher Erfahrung. Das Internet als Ratgeber füllt oft diese Lücke. Die Folge ist nicht selten eine noch größere Verunsicherung, weil das dort überwiegend rational und technisch dargestellte medizinische Wissen die vorbestehende Angst eher vermehrt, besonders wenn perfektionistische Erwartungen die Schwangere prägen. Es fehlt dann an einer erfahrenen Frau, die selbst Kinder geboren hat und die die Gebärende anleiten kann, um deren intuitives weibliches Wissen zu stärken und sie durch die Geburt hindurchzuleiten. Diese Funktion kann heute zusätzlich zu Hebammen auch von Doulas übernommen werden, die in den USA schon weiter verbreitet sind als in Deutschland (Goertz-Schroth 2013). Das zugrunde liegende Thema des Los-

lassens und Sich-Öffnens gelingt am leichtesten, wenn die Geburt in einem Rahmen stattfindet, der das besondere Bedürfnis der Gebärenden nach Intimität berücksichtigt.

Ein sehr einfaches Screening, das sowohl in hausärztlichen als auch in gynäkologischen Praxen angewandt werden kann, sind die von Whooley vorgeschlagenen Fragen (entsprechend den „S3-Leitlinien zur unipolaren Depression“ – Härter et al. 2010):

1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?
2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Diese beiden Fragen – in einer der ersten Schwangerschaftsuntersuchungen gestellt – werden allenfalls zwei Minuten zusätzliche Zeit für die Diagnostik beanspruchen. Angesichts der hohen Prävalenz der Peripartalen Depression von ca. 19% sind sie dringlich geboten und ermöglichen sehr früh Hinweise auf seelische Belastungen unter der Schwangerschaft. Bei einem auffälligen Befund kann der Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) zu einer spezifischeren Aussage führen. Das gegebenenfalls erforderliche persönliche diagnostische Gespräch kann dann zur Empfehlung einer psychotherapeutischen Behandlung führen. Auch bei Anwendung der Whooley-Fragen muss aufgrund der hohen Scham- und Verleugnungsschwelle der Schwangeren mit einer gewissen Dunkelziffer gerechnet werden.

### **Gedanken zur allgemeinen Verleugnung depressiven Erlebens in der Schwangerschaft**

Für eine Frau, aber auch deren Partner, ist insbesondere die erste Schwangerschaft eine der bedeutendsten Schwellensituationen

in der persönlichen, sozialen und emotionalen Entwicklung. Die damit verbundenen Anforderungen sind in Bezug auf den weiteren Lebensweg wenig planbar. Sie erfordern regelhaft eine Neuorientierung und haben Verpflichtungen für die nächsten beiden Dekaden zur Folge. Sie wecken zumindest in der Schwangeren eine Vielzahl oft unwillkürlicher Ängste bezüglich der körperlichen Veränderungen durch die Schwangerschaft, der schmerzhaften Erfahrung der Geburt und der nachfolgenden Abhängigkeit in der Rolle als Frau. Die junge Mutter beginnt eine schicksalhafte Reise, für die es keine Rückfahrkarte gibt, sodass ein Erfolgswang als naheliegend empfunden werden kann. Im Allgemeinen erwartet die Gesellschaft von einer Schwangeren, dass sie sich über das Baby in ihrem Bauch freut. Aber genauso wie bei einer Hochzeit nicht an den üblichen Verlauf einer Ehe und die unvermeidlichen Krisen gedacht wird, unterliegt auch das allgemein erwartete Glück einer Schwangerschaft einer romantischen Verklärung.

Bennett et al. unternahmen 2009 eine Untersuchung, die eine Befangenheit, über Schwangerschaftskonflikte zu sprechen, sowohl bei den Schwangeren als auch bei den betreuenden Gynäkologen vorfand. Es ist wünschenswert, dass der behandelnde Arzt hier früh die Initiative ergreift.

Auch bei psychotherapeutischen Behandlungen der Peripartalen Depression fallen regelhaft ausgeprägte Verleugnungstendenzen in der Vorgeschichte der Erkrankung ebenso auf wie eine Vielzahl ungelöster (Rollen-)Konflikte, die durch die Schwangerschaft reaktiviert werden können. Ein sinngebendes Verständnis der aktuellen Veränderungen im Leben der Frau kann am ehesten im Rahmen einer Psychotherapie erreicht werden. Insbesondere das Verfahren der Bindungsanalyse erlaubt darüber hinaus die Integration transgenerationaler biografischer Einflüsse auf

---

**Besonders die erste Schwangerschaft ist eine der bedeutendsten Schwellensituation im Leben einer Frau und ihres Partners.**

---

Frühzeitige Indikationsstellung für Psychotherapie in der Schwangerschaft kann die Peripartale Depression verhindern.

den Verlauf der Schwangerschaft, deren Gewicht bislang weit unterschätzt wurde. Traumatische Erfahrungen in den Vorgenerationen werden mindestens in der Folgegeneration überwiegend unbewusst weitergegeben, sofern sie unaufgearbeitet blieben (Schroth 2010). In der Nachkriegsgeneration und deren Kindern konnte dies gehäuft beobachtet werden.

**Auf dem Weg zu einer neuen Sichtweise der Peripartalen Depression**

Spezifische Merkmale der Peripartalen Depression während der Schwangerschaft:

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

Die Konflikthaftigkeit einer Schwangerschaft kann genau betrachtet schon sehr früh auftauchen: Wenn der erste Schwangerschaftstest positiv ist, erlauben die unmittelbaren Reaktionen der Schwangeren und des Partners eine erste Prognose und sollten vom betreuenden Gynäkologen/ Hausarzt gezielt erfragt und dokumentiert werden. Ob sich nach einem ersten Erschrecken dennoch eine zugewandte Akzeptanz der Schwangerschaft entwickelt hat, kann anlässlich weiterer Untersuchungen erneut überprüft werden.

Bis dahin sind aber möglicherweise auch körperliche Symptome wie Erschöpfbarkeit, vermehrtes Schlafbedürfnis oder Lustlosigkeit, sozialer Rückzug, Gefühle der Überforderung, eine Neigung zu Selbstzweifeln, Ängsten und depressiven Gemütszuständen aufgetreten. Wir

können aus der psychotherapeutischen Erfahrung beisteuern, dass derartige Beschwerden in aller Regel nur die Spitze des Eisbergs sind. Die eigentliche Gefahr lauert in der Tiefe, weil teils bewusst, öfter aber unbewusst sehr grundsätzliche Lebensthemen zur Entscheidung anstehen, wie z.B. die Ablösung der Schwangeren aus ihrer bislang noch partiellen Kindrolle und die Transformation in eine vollständige Erwachsenenrolle als Mutter.

Spätestens mit den ersten Kindsbewegungen, wenn die Tatsache der Schwangerschaft körperlich wahrnehmbar und die Unumkehrbarkeit der Entwicklung den Betroffenen klar wird, hat sich entweder das Vollbild der Peripartalen Depression entwickelt (sie ist zu diesem Zeitpunkt diagnostisch leicht fassbar) oder die Resilienz der zukünftigen Eltern hat eine positive Wende herbeigeführt und zeigt sich in zunehmender Adaption an die neue Lebenssituation. Erst dann dürfen sich die betreuenden Ärzte beruhigt zurücklehnen und den Dingen ihren Lauf lassen. Wenn aber diese Adaption misslingt, ist spätestens jetzt ein Eingreifen und gegebenenfalls eine Überweisung an einen Psychotherapeuten notwendig.

Auch wenn uns die quantitative Forschung hilft, typische Merkmale der Peripartalen Depression zu identifizieren, so trägt dies nur wenig zum Verständnis der beteiligten emotionalen und sozialen Veränderungen bei. Hierzu benötigen wir qualitative Forschung, die dem Bedingungsgefüge dieser Veränderungen durch Einzelfallstudien nachgeht, wie dies in der Psychotherapie möglich ist (Gröhe 2003). Die jeweilige Bedeutung einer Schwangerschaft und die damit angestoßenen biografischen Verknüpfungen erlauben uns, Zusammenhänge und deren tiefere persönliche Bedeutungen zu sehen und einzuordnen, die zu einer Peripartalen Depression führen können. Dies ist eines der methodischen Prinzipien der Psychotherapie und im Besonderen der Bindungsanalyse.

Wie bereits zuvor beschrieben, wirkt eine Vielfalt von Einflüssen auf die Schwangerschaft ein. Was sind z.B. die Motive der beiden beteiligten Personen, die zu dieser Schwangerschaft geführt haben? War dies eine bewusste gemeinsame Entscheidung von beiden Partnern oder ist es nur das Interesse des einen? Oder war die Entstehung der Schwangerschaft gar nicht beabsichtigt und ist Folge eines Verhütungsfehlers, oder geschah die Zeugung unter Einfluss von Alkohol? Gibt es unausgesprochene Motive des einen oder beider Elternteile? Weiter von großer Bedeutung ist die Qualität der Partnerschaft, in die dieses Kind eintritt. Ist der Mann in der Lage, so etwas wie einen emotionalen und sozialen Raum zu gestalten, in dem sich die Frau geschützt fühlen und sich den körperlichen Veränderungen überlassen kann. Gerät sie auf der beruflichen Ebene in Konflikt mit ihrer bisherigen Karriere oder soll das Baby sie aus einer beruflich unbefriedigenden Konstellation befreien (Schroth 2010)?

Wie reagiert das familiäre Umfeld der zukünftigen Eltern auf das „freudige Ereignis“, mit welchen Hoffnungen und Erwartungen bringt sich die Vorgeneration in die Entstehung des neuen Lebens ein? Nicht selten wird der nun anstehende Reifungsschritt der Schwangeren von deren Eltern als ein Verlust alter kindlicher Bezüge erlebt, ein Abschied der zukünftigen Großeltern von „ihrem Kind“. Frühere Beziehungskonflikte können reaktiviert werden, drängen nun zu einer endgültigen Lösung.

Was einer Schwangeren in dieser kritischen Wegstrecke von der somatischen Medizin angeboten werden kann, ist bezüglich dieser Themen relativ wenig. Die regelmäßigen gynäkologischen Untersuchungen befassen sich im Wesentlichen mit der körperlichen Entwicklung der Schwangerschaft und dem „Baby-Watching“ durch den Ultraschall. Sofern seelische Belastungen thematisiert werden,

ist die Verschreibung eines Antidepressivums der am leichtesten verfügbare Behandlungsansatz, was aber von den meisten Müttern wegen der ungeklärten Risiken für die Schwangerschaft mit Unbehagen quittiert wird. Wie kritisch dieser häufige Behandlungsweg zu beurteilen ist, wurde in einer Reihe von Studien aufgezeigt. Diese kommen weiter unten genauer zur Darstellung.

Der Geburtsvorbereitungskurs thematisiert in der Regel eher die Physiologie von Schwangerschaft und Geburt, es sei denn, dass eine engagierte Hebamme auch zum persönlichen Erfahrungsaustausch einlädt. Nicht ohne Grund werden Schwangerschafts-Yoga und andere Entspannungsverfahren von Frauen sehr gerne angenommen, weil dort eine Möglichkeit geboten wird, zu sich selbst zu finden, das Baby zu spüren und Erfahrungen auszutauschen. Sich frühzeitig mit einer Hebamme vertraut zu machen, die persönlich die Geburt begleiten wird, blieb bislang einer aufgeklärten Minderheit von Eltern vorbehalten. Die Möglichkeit, psychotherapeutische Unterstützung schon während der Schwangerschaft in Anspruch zu nehmen, wird bisher noch selten in Betracht gezogen, sofern diese überhaupt kurzfristig verfügbar ist.

Ausgehend von der bislang beschriebenen psychotherapeutischen Sicht auf die Peripartale Depression kann leicht damit gerechnet werden, dass unter der Geburt das ungelöste Konfliktmaterial der Schwangeren reaktiviert und in der Interaktion zwischen der Gebärenden, der Hebamme und dem hinzugezogenen Geburtshelfer in einer undurchschaubaren Weise reinszeniert wird. Bei allen Beteiligten laufen unwillkürliche Muster ab, die in der Regel nur einem kundigen Beobachter auffallen werden. Innere Blockaden, die Schwierigkeit des Loslassens bei der Geburt, d.h. das Baby aus dem eigenen Körper in die Welt zu entlassen, werden auf der somatischen Ebene zu Geburts-

hindernissen, die sich dann, je nach der von Hebamme oder Arzt angewandten Methode, zu einer mehr oder minder gewaltsamen Erfahrung gestaltet. Dies wurde bislang als schicksalhafter Begleitumstand einer Geburt hingenommen, verbleibt aber dennoch in scharfem Kontrast zu der von der Schwangeren erhofften sanften Geburt. Auch wenn eine reichliche Endorphinausschüttung während der Geburt die traumatische Erfahrung bald vergessen lässt, sollten wir uns bewusst machen, dass diese Erfahrung dennoch in der Erinnerung oder in der Körpererfahrung erhalten bleibt und im Fall einer neuen Schwangerschaft als Angstinhalt erneut auftaucht.

Spezifische Merkmale der Peripartalen Depression **nach** der Entbindung:

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

In der Zeit nach der Geburt tauchen die depressiven Muster des Versagens als Mutter auf: Die Unfähigkeit, das Baby als das eigene anzunehmen und eine intime Bindung mit ihm einzugehen, Ängste, das Baby fallen zu lassen oder zu verletzen und möglicherweise sogar suizidale Gedanken sind nun als Ausdruck einer Maladaptation auf dem Hintergrund der bisher ungelösten Konflikte und Überlastungen zu erkennen. Der weit überwiegende Teil (mehr als 80%) der Peripartalen Depressionen sind so erklärbar, nur ein kleinerer Teil resultiert aus der Reaktivierung einer vorbestehenden uni- oder bipolaren Depression. Hier sollte besonders darauf hingewiesen werden, dass selbst bei entsprechender depressiver Vorerkrankung nach Anwendung der Bindungsanalyse keine Peripartale Depression beobachtet wurde.

Nach unserer Erfahrung kann auch als wahrscheinlich gelten, dass Stillstörungen ebenso wie Brustentzündungen beim Stillen ein somatisierter Ausdruck einer konfliktbehafteten Mutter-Kind-Beziehung sein können, denn das unkomplizierte Gelingen des Stillens ist eine typische Beobachtung aus den von uns gesammelten Evaluationen nach einer Bindungsanalyse.

### Bindungsanalyse [engl. Prenatal Bonding (BA)] als Innovation in der Begleitung von Schwangeren

An dieser Stelle soll die Bindungsanalyse/Prenatal Bonding (BA) kurz vorgestellt werden. Das Verfahren entstand in den neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts aus der Grundlagenforschung der beiden ungarischen Psychoanalytiker Dr. Jenő Raffai und Dr. György Hidas. Die Methode erhebt nicht den Anspruch einer systematischen Psychotherapie, hat aber gleichwohl heilenden Einfluss sowohl auf die schwangere Frau, deren Familiensystem als auch auf das Ungeborene. Durch eine regelmäßige Begleitung in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft kann eine tiefvertrauensvolle Bindung zwischen der Mutter und dem Ungeborenen schon lange vor der Geburt entwickelt werden. Die Schwangere erlebt eine Intensivierung ihrer intuitiven Körperwahrnehmung und gewinnt so einen sehr klaren und weit über das Gewöhnliche hinausgehenden Zugang zum Baby. Die Geburt wird dadurch von Ängsten entlastet, verläuft in der Regel ohne bedeutsames medizinisches Eingreifen in kürzerer Zeit, mit wesentlich geringerer Geburtsbelastung für Mutter und Kind. Die Folge sind geringere Geburtsschmerzen und seltenere Geburtsverletzungen. Die präventiv-stabilisierende Wirkung zeigt sich durch das nahezu vollständige Fehlen von Frühgeburten (lt. WHO: 9,2% in Deutschland, 12% in USA) und durch den in der Regel sponta-

---

Die Bindungsanalyse ist eine umfassende Prävention für Schwangerschaft, Geburt und seelische Gesundheit des Babys.

---

**Psychosoziale Belastungen von Schwangeren müssen erkannt und Psychotherapie für Schwangere bevorzugt angeboten werden.**

nen Beginn der Geburt nahe dem errechneten Geburtstermin. Dass Baby Blues und insbesondere die Peripartale Depression ausbleiben, erklärt sich aus der systematischen Beschäftigung mit allen schwangerschafts- und geburtsrelevanten Themen. Dadurch sind die Schwangere wie auch das Ungeborene gut für die Aufgabe der Geburt und die damit verbundenen familiären Veränderungen vorbereitet. Nach der Geburt ist der Umgang mit den Babys erstaunlich einfach, auch weil sie schon sehr früh über eine stabile Emotionalität verfügen. Das Stillen gelingt nach Anwendung der Bindungsanalyse nahezu ausnahmslos. (Siehe hierzu auch: <http://www.schroth-apv.com/Bindungsanalyse.html>).

### **Bindungsanalyse und Peripartale Depression – eine erste Bilanz**

Als ich vor zehn Jahren mit der Anwendung der Bindungsanalyse/ Prenatal Bonding (BA) begann, wurde mir sehr rasch klar, wie viel konflikthafte Material sowohl aktuell als auch in der transgenerationalen biografischen Ebene von schwangeren Frauen zu finden ist. Weder in meiner gynäkologischen, noch in meiner psychiatrischen Weiterbildung war mir das bislang bewusst begegnet. Das genauere Hinschauen machte deutlich, welche Veränderungen und Erschütterungen eine befruchtete Eizelle in einem Familiensystem auslösen kann. Selbst wenn ein Paar sehr offen für die Schwangerschaft ist, bedeutet dies, besonders beim ersten Kind, eine fundamentale Neuorientierung in der bisherigen Lebensweise, von der auch die umgebenden Familiensysteme betroffen sind.

Die Aufarbeitung der ersten Dekade meiner Arbeit mit der Bindungsanalyse umfasst 79 Frauen, die ich durch die zweite Hälfte der Schwangerschaft begleitet habe. Das Ergebnis der gesammelten Befunde und Verläufe zeigt, dass in

meiner Praxis 38% der Frauen (30 von 79) Symptome einer Peripartalen Depression aufwiesen. Dieser hohe Prozentsatz an Peripartaler Depression ist zu einem gewissen Teil darauf zurückzuführen, dass meine Spezialisierung auf diesem Gebiet den zuweisenden Ärzten, Psychotherapeuten und Kliniken der Region bekannt ist. Die weit spannendere Frage ist jedoch, wie sich die Krankheitsverläufe unter der Bindungsanalyse entwickelten. In meiner Kohorte von 79 Frauen trat innerhalb der ersten sechs Monate nach der Geburt keine einzige Peripartale Depression erneut auf (lt. WHO: durchschnittlich 19%). Dies wurde in ausführlichen Evaluations-Interviews nach einem Monat und nach sechs Monaten untersucht.

Einen weiteren Beleg liefern die Ergebnisse des von mir in USA durchgeführten Weiterbildungs-Curriculums Prenatal Bonding (BA): Bei 51 schwangeren Frauen, die von den US-Weiterbildungsteilnehmern begleitet wurden, konnte aufgrund der Sechs-Monats-Evaluation eine Peripartale Depression ausgeschlossen werden. In einem einzigen Fall zeigte eine Mutter in den ersten beiden Wochen nach der Geburt eine depressive Stimmungslage, die aber im Wesentlichen nur die Kriterien des Babyblues erfüllte. Das bedeutet aber auch, dass bei 50 von 51 amerikanischen Frauen kein Babyblues auftrat. Auch von der Gruppe der 79 Frauen in meiner eigenen Begleitung wurde kein Babyblues berichtet, der sonst bei ca. 70% der Gebärenden zu erwarten gewesen wäre. Darüber hinaus ist bedeutsam, dass im Gegensatz zu der sonst üblichen Praxis in keinem der 130 genannten Fälle eine antidepressive Medikation notwendig wurde. Auch bei den Frauen, die vor Beginn der Bindungsanalyse eine antidepressive Medikation hatten, wurde die Medikation innerhalb von vier Wochen abgesetzt.

Dies ist als ein bedeutender Beleg für die Leistungsfähigkeit und die Sicherheit der neuen Methode von

Jenő Raffai zu sehen, speziell was die Vermeidung von Frühgeburten und die Prävention der Peripartalen Depression angeht.

### **Risiken und Folgen einer medikamentösen, antidepressiven Behandlung im Vergleich mit der Bindungsanalyse**

Verschiedene Studien aus neuerer Zeit belegen eindrücklich, dass der Einsatz von Antidepressiva während der Schwangerschaft mit teilweise erheblichen Risiken für den Fetus belastet ist.

Eine sehr umfangreiche und sorgfältig angelegte kanadische Studie (Nakhai-Pour HR et. al, 2010) fand in einem Gesamt von annähernd 70.000 schwangeren Frauen im Durchschnitt aller Schwangerschaften eine Häufigkeit von 7,3% spontanen Fehlgeburten. Das Risiko einer Fehlgeburt war im Allgemeinen unter der Einnahme von SSRI-Hemmern bei Frauen mit Peripartaler Depression – im Vergleich zur Kontrollgruppe der Frauen ohne Peripartale Depression – auf 12,3% erhöht. Bei Einsatz von Seroxat (Paroxitin) stieg das Risiko auf 12,8%, unter Trevilor (Venlafaxin) auf 15,4%. Als besonders kritisch ist die Kombination mehrerer Antidepressiva mit einem Anstieg auf eine 25,6% häufigere Fehlgeburtsrate zu werten. Das relativ geringste Risiko fand sich beim Einsatz von Sertralin, Fluoxetin und Citalopram.

Vergleicht man die Häufigkeit der Fehlgeburten unter SSRI-Hemmern (s.o.) mit der Anwendung der Bindungsanalyse, so ist das Ergebnis außerordentlich bemerkenswert: In einer Untersuchung von Raffai et al. über die ersten 600 Bindungsanalysen in Ungarn fanden sich nur 0,16% Fehlgeburten. Dieser Befund hat sich in meinen eigenen Anwendungserfahrungen bestätigt. Demnach ist die Bindungsanalyse bezüglich der Häufigkeit der Fehlgeburten um den Faktor 100 sicherer als eine medikamentöse



Behandlung (Hidas, Raffai, Vollner 2002). Die Wirksamkeit einer allgemeinen psychotherapeutischen Begleitung ist ebenfalls als hochgradig präventiv anzunehmen (Linder 2006), bedarf aber noch weiterer wissenschaftlicher Untersuchung.

Die Metaanalyse von Urato, Tuft University Boston aus 2014 zeigt weiter auf, dass unter antidepressiver SSRI-Medikation ein durchschnittlich um 36% erhöhtes Risiko für Herzmissbildungen des Embryos mit möglicherweise lebenslangen Folgeschäden besteht. Da er weiterhin davon ausgeht, dass 13% aller schwangeren Frauen mit Antidepressiva behandelt werden, beträfe dies in Deutschland ca. 90.000 Schwangere/Jahr. Ob diese Zahlen übertragbar sind, wäre zu prüfen. Wegen dieser Größenordnung bedürfen die Auswirkungen von Antidepressiva auf Embryo und Schwangerschaft unbedingt genauerer Untersuchung. Als weitere mögliche Schädigungen nennt Urato congenitale Missbildungen, Fehlgeburten, Frühgeburten und Adaptionsstörungen des Neugeborenen (Urato, 2014).

Eine Untersuchung von Gentile aus 2009 kann hierzu weitere Aussagen liefern. Nach Anwendung von SSRI-Hemmern im letzten Trimenon der Schwangerschaft wurden bei den Neugeborenen neben den Entzugserscheinungen nach der Geburt Atemstörungen, pulmonale Hypertonie, Herzrhythmusstörungen, Hyperbilirubinämie, gestörte Thermoregulation, Zittern und Krampfanfälle gefunden. Die Mehrzahl der Symptome ist vorübergehend, bedürfen aber intensiver neonataler Überwachung. Hingegen ist die Pulmonale Hypertonie der Neugeborenen persistierend und führt zu einer verminderten Lebenserwartung. Ein durch die Vasokonstriktion vermindertes Blutfluss in der Plazenta kann möglicherweise das häufig verminderte Geburtsgewicht erklären. Auch ein neurotoxischer Effekt der SSRI-Hemmer auf den Embryo mit Langzeitfolgen wurde in dieser Ar-

beit diskutiert. Gentiles Aussagen beziehen sich überwiegend auf Anwendung von SSRI-Hemmern im letzten Trimenon der Schwangerschaft. Die Frage sei aber erlaubt, ob die Auswirkungen der SSRI-Hemmer nicht umso gravierender sind, je früher die Einwirkung des Antidepressivums einsetzt und je undifferenzierter das exponierte embryonale Gewebe ist. Die oben beschriebene Fehlgeburtsrate lässt eine solche Verknüpfung zu.

Die Brisanz des Themas Peripartale Depression wird durch eine Veröffentlichung aus 2013 von Rifkin-Graboi et al. unterstrichen, deren Untersuchung erstmals beschreiben konnte, dass bereits beim Neugeborenen morphologische Veränderungen im rechten Amygdalon-Kern nachzuweisen sind, wenn die Schwangere an einer Peripartalen Depression litt. Damit wurde ein Mechanismus gefunden, der die Weitergabe einer Gefährdung für Depression an die Nachkommen auf morphologischer und physiologischer Ebene erklären könnte.

Es verwundert angesichts der Datenlage nicht, dass Urato zu dem Schluss kommt, dass nicht-pharmakologische Behandlungsansätze grundsätzlich den pharmakologischen in der Schwangerschaft vorzuziehen seien, zumal deren Wirksamkeit als gleich oder besser bewertet werden (Urato, 2006). Zu den nicht-pharmakologischen Ansätzen zählen intensive Betreuung durch Hebammen, Akut-Psychotherapie in Schwangerschaftskrisen und als systematisch präventiver Ansatz die Bindungsanalyse nach Raffai, die Frühgeburten nahezu ganz zu verhindern vermag, auch bei Zwillingsschwangerschaften.

In der Zusammenschau dieser Ergebnisse kann nur dringend vom routinemäßigen Einsatz von Antidepressiva als erste Wahl der Behandlung während der Schwangerschaft abgeraten werden, solange nicht alle Mittel eines nicht-pharmakologischen, in der Regel also psychotherapeutischen Zugangs

ausgeschöpft sind. Die Anwendung von tiefenpsychologischer Kurzzeittherapie im Sinne einer Krisenintervention wurde auch von Linder als eine gute Entlastung der Schwangeren beschrieben mit in der Folge von wesentlich günstigeren Verläufen von Schwangerschaft, Geburt und nachgeburtlicher Phase (Linder, 2006).

Ich zitiere noch einmal aus dem Artikel „Peripartale Depressionen erkennen und behandeln“ im Deutschen Ärzteblatt 2012:

Wesentliche Merkmale der Peripartalen Depression:

1. Die Depression ist die häufigste Postpartale Erkrankung (WHO 2004/2012).
2. Die Häufigkeit der Peripartalen Depression beträgt im Durchschnitt 19% (2005).
3. Als Risikofaktoren gelten frühere Depression der Schwangeren, mangelnde soziale Unterstützung, instabile Partnerschaft und belastende biografische Ereignisse.
4. Folgen der PPD sind erhöhtes Frühgeburtsrisiko, geringeres Geburtsgewicht, erhöhter fetaler Herzschlag, vermehrte motorische Aktivität des Feten in der Schwangerschaft (2008).
5. Nachgeburtlich zeigen sich vermehrtes Schreien, Gedeihstörungen, verminderte affektive Regulationsfähigkeit, Bindungsstörungen, Schlafstörungen, Stillprobleme (2009).
6. Im weiteren Verlauf finden sich bei betroffenen Kindern verminderte kognitive, emotionale, verbale und soziale Fähigkeiten (2009).
7. Die Gefahr, bis zum 16. Lebensjahr selbst eine affektive Störung zu entwickeln, ist um das Vierfache erhöht (2009).

---

**Nicht-pharmakologische  
Behandlung (Psychotherapie/Bindungsanalyse) ist  
der pharmakologischen  
Behandlung der PPD  
überlegen.**

---



Bereits heute kann aufgrund der sorgfältigen Dokumentation der Evaluationsbefunde nach Bindungsanalysen und Prenatal Bonding (BA) beschrieben werden, dass die Peripartale Depression und ihre Folgeerscheinungen nach der Geburt für die ersten fünf oben genannten Merkmale nach Anwendung der Bindungsanalyse nicht in Erscheinung traten. Dies ist ein weiterer bedeutsamer Beleg für die präventive Wirkung der Methode von Jenő Raffai.

Die oben zitierte Studie von Rifkin-Graboi aus Singapore konnte erstmals einen direkten Zusammenhang zwischen der Peripartalen Depression und Veränderungen der Gehirnstruktur des Feten unmittelbar postpartal nachweisen. Die Vergrößerung des rechten Corpus amygdalum bei Kindern ist in diesem Zusammenhang bereits länger bekannt. Der während der Depression erhöhte Cortisolspiegel als Ausdruck der Stressbelastung bei der Mutter führt zu andauernden morphologischen Veränderungen im Gehirn des Feten. Dieser Befund erklärt die erhöhte Anfälligkeit des Neugeborenen für depressive Reaktionen. Unmittelbar postnatal zeigt sich dies in einer erhöhten Irritierbarkeit, vermehrtem Schreien und einer geringeren Bindungsfähigkeit des Neugeborenen. Wenn sich die Depression der Mutter postpartal fortsetzt, wird die Mutter-Kind-Interaktion zusätzlich erschwert und das Ausmaß der Störung vertieft. Die Dynamik der Peripartalen Depression der Mutter potenziert sich durch die verringerte emotionale Stabilität des Säuglings. Diese Erfahrung und lebenslange Prägung

bleibt den Kindern nach einer Bindungsanalyse erspart.

Genauere Aussagen über die präventive Wirksamkeit der Bindungsanalyse zu den oben erwähnten Punkten 6 und 7 (siehe Seite 15) werden in einer gesonderten Evaluation zu einem späteren Messzeitpunkt möglich sein. Aber die bisherigen Einzelberichte sind auch für diese Aspekte ermutigend.

## Ergebnisse

Es wurden umfangreiche kasuistische Belege in Form von Behandlungs-Evaluationen nach 130 Bindungsanalysen vorgelegt, die nachweisen können, dass eine präventive Strategie wie die Bindungsanalyse in der Lage ist, die Peripartale Depression in statu nascendi aufzuspüren und unmittelbar zu bewältigen. Dies ist umso bemerkenswerter, da dieses Verfahren in seiner Vorgehensweise nicht als ein psychotherapeutisches Verfahren definiert und gehandhabt wird.

Das Ausbrechen einer Peripartalen Depression kann bei vollständiger Anwendung der Bindungsanalyse weitgehend verhindert werden, was einen fundamentalen Fortschritt für die Schwangeren, die zu gebärenden Babys und deren Familien bedeutet. Wenn in einer vorausgegangenen Schwangerschaft bereits eine Peripartale Depression durchlitten wurde, kann diese durch diese Methode häufig mit-überwunden werden, weil die der Peripartalen Depression zugrundeliegenden Konflikte überwiegend dieselben sind.


Die aus der Bindungsanalyse erwachsende angemessene und liebevolle Versorgung des Babys nach der Geburt ist darüber hinaus die beste Prävention vor seelischen Erkrankungen dieser neuen Generation.

Aufgrund der oben dargestellten Zusammenhänge kann angenommen werden, dass mit der Systematik der Methode von Jenő Raffai erstmals eine geeignete Erklärung

der Krankheitsdynamik der Peripartalen Depression gelungen ist.

## Nachbemerkung

Wir benötigen in der Gesellschaft einerseits dringend ein neues Bewusstsein im Umgang mit Schwangeren und deren psychosozialen Belastungen. Andererseits müssen in den Behandlungsangeboten der Psychotherapie Möglichkeiten geschaffen werden, Schwangere und ihre Familien sehr kurzfristig versorgen zu können. Die derzeit üblichen Wartezeiten auf eine Psychotherapie von sechs und mehr Monaten sind in einer solchen Situation im Sinne einer Notfallindikation zu priorisieren. Wenn wir Hausärzte, Gynäkologen, Hebammen, Psychotherapeuten und die Schwangere selbst für diese Zusammenhänge sensibilisieren und ins Boot holen können, ließe sich viel alltägliches Unheil verhindern. Insbesondere muss eine deutlich größere Aufmerksamkeit auf die langfristigen Folgen für die Gesundheitsentwicklung der Folgegeneration gerichtet werden, die durch Peripartale Depression der Mütter entstehen können.

Aufgrund meiner 40jährigen Behandlungserfahrung als Psychiater und Psychoanalytiker wage ich heute nicht nur die Prognose, dass durch die Bindungsanalyse eine hervorragende Prävention vor seelischen Erkrankungen zur Verfügung steht. Auch unser Verständnis und die Heilungschancen schwerer psychischer Erkrankungen könnten durch die Bindungsanalyse eine neue Dimension erfahren. 



### Dr. Gerhard Schroth

Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Psychoanalytiker, Prä- und Perinatal Psychologie, Bindungsanalyse. Weiterbildungsberechtigt für Bindungsanalyse/ Prenatal Bonding (BA).



### Literaturhinweise

Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter [www.dptv.de](http://www.dptv.de).



## Literaturverzeichnis

zu

Gerhard Schroth

### **Peri-/Postpartale Depression**

**Eine (primäre) Aufgabe der Psychotherapie**

**Psychotherapie Aktuell**

Heft 2.2015

ISSN 1869-0335

Bennett IM, Palmer S, Marcus S, et al. (2009) One end has nothing to do with the other: patient attitudes regarding help seeking intention for depression in gynecologic and obstetric settings. Arch Womens Ment Health 12: 301–308

Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T (2005) Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. Obstet Gynecol 106: 1071–1083.

Gentile S (2010) On Categorizing Gestational, Birth, and Neonatal Complications Following Late Pregnancy Exposure to Antidepressants: The Prenatal Antidepressant Exposure Syndrome, CNS Spectr. 15(3): 167-185.

Goertz-Schroth A (2013) Prenatal Bonding (BA) and Doula work, Somatic Psychotherapy Today, Spring 2013, 12-13, 28.

Gröhe F (2003) Nehmt es weg von mir - Depression nach der Geburt eines Kindes. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Härter M, Klesse C, Bermejo I, Schneider F, Berger M (2010) Unipolar depression: diagnostic and therapeutic recommendations from the current S3/National Clinical Practice Guideline. Deutsches Ärzteblatt Int 107(40): 700–708

Hidas G, Raffai J, Vollner J (2002) Lelki köldökzsinór - Beszélgetek a kisbabámmal. Válasz, Budapest

Hornstein C, Trautmann-Villalba P (2010) Psychotherapie von mütterlichen Erkrankungen im Zusammenhang von Schwangerschaft und Geburt. In: Arolt V, Kersting A. (Hg) Psychotherapie in der Psychiatrie. Springer, Berlin Heidelberg New York

Hübner-Liebermann B, Hausner H; Wittmann M (2012) Peripartale Depressionen erkennen und behandeln, Deutsches Ärzteblatt Int 109(24): 419-424;

Linder R (2006) How women can carry their unborn babies to term - The prevention of premature birth through psychosomatic methods, J Prenat Perinat Psychol Health 21: 293-304

Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL (2003) Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. J Womens Health 12: 373–380

Nakhai-Pour HR, Broy P, Bérard A (2010) Use of antidepressants during pregnancy and the risk of spontaneous abortion. Canad Med Assoc J 182(10).

Rifkin-Graboi A, Bai J, Chen H et al. (2013) Prenatal Maternal Depression Associates with Microstructure of Right Amygdala in Neonates at Birth Biol Psychiatry 74: 837–844

Schroth G (2010) Prenatal Bonding (BA) - A Method for Encountering the Unborn, Introduction and Case study. J Prenat Perinat Psychol Health 25(1): 3-16.

Urato A C (2014) Systematic review and meta-analysis: Antidepressant exposure in utero is associated with an increased risk of cardiovascular malformation Evid Based Med 19:72.

Urato A C (2006) Concerns regarding antidepressant drug use during pregnancy J Psychiatry Neurosci. 31(6): 411.

World Health Organisation (WHO): The Global Burden of Disease – 2004 - Update 2012e. Available at: media note 9.10.2012 [www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf)

World Health Organisation (WHO): 2012/04 borntoosoon-report: Born too soon: the global action report on preterm birth.

---

Korrespondenz an:

**Dr. med. Gerhard Schroth**

Im Hintermorgen 27

76835 Gleisweiler,

ba@schroth-apv.com

<http://www.schroth-apv.com/Bindungsanalyse.html>