

Homöopathische Behandlung für Wochenbettdepression: Ein Fallbericht

Vitalie Văcăraș, MD, PhD, George Vithoulkas, [...], und Menachem Oberbaum, MD

Zusammenfassung

Wochenbettpsychosen haben lang andauernde Folgen für Mutter und Kind. Neben Depressionen, Schlaf- und Essstörungen, Erschöpfung, sozialem Rückzug und Angstzuständen kann eine Wochenbettdepression auch die normale Mutter-Kind-Bindung beeinträchtigen und die kindliche Entwicklung beeinträchtigen. Jüngste Berichte zeigen, dass die meisten betroffenen schwangeren Frauen zögern, Antidepressiva einzunehmen, wobei ein hoher Prozentsatz ihre Einnahme abbricht. Einige Autoren schlagen vor, dass die Zurückhaltung schwangerer Frauen gegenüber der Einnahme von Antidepressiva Kliniker ermutigen sollte, mit ihren Patienten die Anwendung psychologischer Interventionen oder alternativer Behandlungsformen zu besprechen. In diesem Artikel wird ein Fall einer schweren Wochenbettdepression vorgestellt, die erfolgreich mit homöopathischer Therapie behandelt wurde. Angesichts der hohen Nichteinhaltung postpartaler depressiver Frauen von konventionellen Antidepressiva ist die Erforschung sicherer komplementärmedizinischer Methoden gerechtfertigt. Eine dieser Methoden sollte die Homöopathie sein.

Die meisten Studien identifizieren drei psychiatrische postpartale Störungen: Wochenbett-Blues, Wochenbettdepression und Wochenbettpsychose. Postpartaler Blues ist eine selbstbegrenzende Phase instabiler Stimmung, die sich in der Regel in den ersten Wochen nach der Geburt ohne Behandlung bessert. Sie wird bei 39% bis 85 % aller Frauen nach der Geburt festgestellt.^{1,2} Zu den klinischen Manifestationen einer postpartalen Depression gehören Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, Appetitlosigkeit, Angst, dem Baby zu schaden, extreme Besorgnis und Angst um das Baby, Traurigkeit, übermäßiges Weinen, Schuld- und Hilflosigkeitsgefühle, Konzentrationsschwierigkeiten und Gedächtnisstörungen, Verlust des Interesses an alltäglichen Aktivitäten und wiederkehrende Todesgedanken, einschließlich Suizidgedanken. Sie betrifft 10 % bis 15 % aller frischgebackenen Mütter.³ Postpartale Psychose ist eine seltene, aber schwerwiegende Erkrankung, die bei 1 bis 2 von 1000 Frauen innerhalb von 2 Tagen bis 4 Wochen nach der Geburt auftritt.⁴ Man hat die Theorie aufgestellt, dass es eine Offenlegung einer bipolaren Störung sein könnte, zeitlich so abgestimmt, dass sie mit hormonellen Veränderungen nach der Entbindung zusammenfällt.⁵ Gekennzeichnet durch schnelles Einsetzen, Stimmungs labilität, desorganisiertem Denken, Halluzinationen und Wahnvorstellungen, setzt sie Frauen einem erheblichen Risiko für Selbstverletzung, Schädigung ihres Neugeborenen, langfristig niedrigem Selbstbewusstsein und schlechter Mutter-Kind-Bindung aus.^{6,7}

Postpartale Psychosen haben lang anhaltende Folgen für Mutter und Kind.⁸ Zusätzlich zu den mit dieser Störung verbundenen Leiden und Beeinträchtigungen gibt es langfristige Risiken, die mit der Krankheit verbunden sind, einschließlich eines erhöhten Risikos für das Wiederauftreten von peripartalen und nicht peripartalen Psychosen mit erhöhter Krankheitslast und nachfolgenden depressiven Episoden.^{8,9} Darüber hinaus besteht für Kinder von Müttern mit peripartaler Psychose ein erhöhtes Risiko für Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensproblemen.¹⁰⁻¹³ Die Schwere postpartaler psychischer Erkrankungen wird durch die Ergebnisse einer im Vereinigten Königreich zwischen 1994 und 1996 durchgeführten Studie¹⁴ unterstrichen, die zeigte, dass 12 % der Todesfälle von Müttern auf

psychiatrische Erkrankungen zurückzuführen waren – 10 % auf Suizid, was dies zur größten Einzelursache für postpartale Todesfälle machte. Diese Studie zeigte auch, dass postpartaler Suizid, im Gegensatz zum Suizid von Frauen im Allgemeinen, oft eher durch gewaltsame Mittel als durch eine Überdosis Drogen herbeigeführt wird.

Trotz der Prävalenz postpartaler Depressionen und der damit verbundenen klinischen Beeinträchtigung zeigen neuere Berichte, dass die meisten betroffenen schwangeren Frauen zögern, Antidepressiva einzunehmen, und ein hoher Prozentsatz ihre Einnahme absetzt.¹⁵⁻¹⁷

Die weitverbreitete Unterbehandlung der perinatalen Depression ist besorgniserregend angesichts der vielen Risiken sowohl für Frauen als auch für die sich entwickelnden Säuglinge, einschließlich intrauteriner Wachstumsverzögerung, niedrigem Geburtsgewicht und Frühgeburt.¹⁸ Battle et al.¹⁹ schlagen vor, dass die Zurückhaltung schwangerer Frauen gegenüber der Einnahme von Antidepressiva Kliniker ermutigen sollte, mit ihren Patienten über den Einsatz psychologischer Interventionen zu sprechen ebenso wie alternativer Behandlungsformen – Lichttherapie, Massagetherapie, Nahrungsergänzung mit Omega-3-Fettsäuren Zufuhr und andere.

Forscher beginnen, komplementäre und alternativmedizinische Therapien für Wochenbettdepressionen zu untersuchen, um den Anwendungsbereich der derzeitigen Behandlungen zu erweitern und mehr Frauen zu erreichen.²⁰⁻²² Ein Vorteil dieser Methoden ist, dass sie kurz- oder langfristig keine negativen Auswirkungen auf Kinder haben und die Möglichkeit, sie positiv zu beeinflussen.¹⁹ Sie haben auch keine schwerwiegenden Nebenwirkungen bei der Gebärenden, weder während der Schwangerschaft noch nach der Entbindung. Außerdem wenden Frauen diese Methoden eher an, da sie als sicher gelten.

Wir präsentieren einen Fall von schwerer postpartaler Depression, der erfolgreich mit Homöopathie behandelt wurde.

Falldarstellung

Eine 25-jährige Erstgebärende Medizinstudentin wurde am 14. Tag nach der Geburt in die psychiatrische Klinik der neurowissenschaftlichen Abteilung des County Emergency Hospital in Cluj-Napoca, Rumänien, mit psychopathologischen Symptomen eingeliefert, die von psychomotorischer Erregung, desorganisiertem Verhalten, halluzinatorischem Delirium, Selbstgesprächen, ideo-verbale Dissoziation und Aggression dominiert waren. Die Patientin hatte eine Vorgeschichte mit einer ersten Episode im Alter von 17 Jahren, als sie gut auf eine Behandlung mit Antipsychotika und Antidepressiva ansprach. Die Behandlung wurde 2 Jahre später beendet und eine zweite Episode trat 18 Monate später auf. Sie folgte der angezeigten Behandlung für weitere 3 Jahre. Mit 23 Jahren heiratete sie und wurde etwa ein Jahr später schwanger. Die Entwicklung ihrer Schwangerschaft war normal, abgesehen von einem übertriebenen Schlafbedürfnis.

Bei der Aufnahme erschien die Patientin mit einem bizarren, starren Blick, Vermeidung von Augenkontakt, hypomobiler Mimik und Gestik, niedriger Wahrnehmungsschwelle, möglichen komplexen akustischen und visuellen Halluzinationen, olfaktorischen Halluzinationen, konzentrativer Aprozexie mit Hyperprozexie mit Schwerpunkt auf halluzinatorisch-deliriösen Themen, ideo-verbaler Dissoziation, paranoiden wahnhaften Deutungsvorstellungen, Verfolgungswahn, mystischer, emotionaler Labilität, affektive Verflachung, motorischem und verbalem Negativismus, verminderten Instinkten und gemischter Schlaflosigkeit.

Die routinemäßige diagnostische Beurteilung, einschließlich körperlicher Untersuchung, Laboruntersuchungen und einer zerebralen Computertomographie, war normal. Die Patientin erzielte 24/30 auf der Edinburgh Postnatal Depression Scale, einer 10-Punkte-Selbstbeurteilungsskala (von 0 bis 3 bewertet), die entwickelt wurde, um Frauen mit depressiven Symptomen zu identifizieren (Grenzwert zur Identifizierung einer Frau als depressiv: ≥ 13); auf den 3 Subskalen der Positiv- und Negativ-Syndrom-Skala, die zur Beurteilung der Intensität der Schizophrenie-Symptome verwendet wurde, erzielte sie folgende Punkte: Positiver Skalenwert, 39/49; Negatives Skalenergebnis, 42/49; Allgemeine Psychopathologie-Skala, 72/16-112; sie erzielte 45/100 auf der Global Assessment of Functionality Scale, einer numerischen Skala zur subjektiven Bewertung der sozialen, beruflichen und psychologischen Funktionsfähigkeit von Erwachsenen; und 6/7 auf der Clinical Global Impression-Skala, die klinische Ergebnisse in Bezug auf die Schwere der Symptome und die Wirksamkeit der Behandlung bei Patienten mit Psychosen misst.

Die Behandlung wurde mit Haloperidol (10 mg/Tag), Olanzapin (20 mg/Tag) und Diazepam (30 mg/Tag) begonnen und während des 8-tägigen Krankenhausaufenthalts in der Abteilung fortgesetzt. Aufgrund der anhaltenden Depression wurde eine Elektrokrampftherapie vorgeschlagen, aber von der Patientin und ihrer Familie abgelehnt, die sich für eine homöopathische Behandlung entschieden. Auf deren Wunsch wurde die Patientin eigenverantwortlich entlassen.

Am Tag der Entlassung wurde eine homöopathische Behandlung mit Agnus Castus C30, 7 Globuli zweimal täglich sublingual begonnen. Agnus castus (auch bekannt als Mönchspfeffer Abrahams Melisse, Flieder-Mönchspfeffer) ist ein einheimischer Baum aus dem Mittelmeerraum, der in der Homöopathie häufig zur Behandlung von depressiven Zuständen mit Selbstmordgedanken verwendet wird.²³

Die ersten 2 Tage der Behandlung waren durch eine verlängerte Schlafreaktion gekennzeichnet, wobei der Patient nur zum Essen aufwachte. Ab dem dritten Tag wurde eine beeindruckende Verbesserung beobachtet, bei der die psychomotorische Unruhe, Halluzinationen, Geschwätz und die Verhaltensstörungen verschwanden. Der dritte Tag war auch durch das Verschwinden aller anderen psychiatrischen Symptome – Verfolgungswahn, Halluzinationen und psychomotorische Erregung – gekennzeichnet. Leichte Somnolenz sowie zeitliche und räumliche Desorientierung konnten noch beobachtet werden. Ab dem fünften Tag nahm sie das Stillen ihres Babys wieder auf. Drei Wochen nach Beginn der Behandlung waren alle Symptome verschwunden und die Behandlung wurde beendet. Ihre soziale und familiäre Wiedereingliederung war nach ca. 2 Wochen abgeschlossen.

Nach 4-wöchiger Behandlung erreichte sie 10 auf der Edinburgh Postnatal Depression Scale. Auf den 3 Subskalen der Positiv- und Negativ-Syndrom-Skala erzielte sie folgende Punktzahl: Positiver Skalenwert, 14; Negative Skalenpunktzahl, 17; und allgemeine Psychopathologie-Skala, 35. Sie erzielte 80 auf der Skala zur globalen Bewertung der Funktionalität und 2 auf der Skala der klinischen Gesamteindrücke.

Heute, 9 Monate nach stationärer Aufnahme und 8 Monate nach Therapieabbruch, ist die Patientin beschwerdefrei, trotz einer belastenden Zeit bei der Approbationsprüfung mit sehr guter Note. Sie genießt derzeit eine problemlose zweite Schwangerschaft!

Schlussfolgerung

Die Homöopathie ist ein medizinisches System, das auf zwei Theorien basiert: „Ähnliches heilt Ähnliches“ – eine Krankheit kann durch eine Substanz geheilt werden, die bei gesunden Menschen ähnliche Symptome hervorruft; und das „Gesetz der kleinstmöglichen Dosis“ – je niedriger die Medikamentendosis, desto größer ihre Wirksamkeit.²⁴ Die Homöopathie ist keine indikative Methode, bei der ein Medikament eine Krankheit behandelt. Es handelt sich vielmehr um eine Methode, bei der die Medizin auf jeden Einzelnen zugeschnitten ist. Dennoch beschrieb Vithoulkas 2008, dass *Agnus castus* ein Mittel ist, das zur Behandlung von postpartalen Depressionen geeignet sein könnte.²⁵

Die dramatische Verbesserung des Zustands des Patienten durch die Verwendung homöopathischer Medikamente wurde durch alle Parameter bestätigt, die von den drei Skalen bewertet wurden, die sowohl in dieser Abteilung als auch in diesem Fall routinemäßig verwendet wurden.

Wie in der homöopathischen Medizin zu erwarten, wurden keine Nebenwirkungen beobachtet. Trotz der belastenden Zeit nach der Behandlung (Neumutterschaft und Vorbereitung auf die Approbationsprüfung) und der Abwesenheit jeglicher konventioneller Medikamente trat kein Rückfall auf. Es ist zu wenig Zeit vergangen, um Rückschlüsse auf die Behauptung zu ziehen, dass die homöopathische Behandlung eine langanhaltende Remission oder sogar Heilung bewirkt, aber die Tatsache, dass die Patientin sehr gut gelaunt, ihr Energieniveau höher als in der Vergangenheit und ihre Bewältigungsfähigkeit einwandfrei ist sind alle sehr vielversprechend.

Wir stellen einen Fall einer postpartalen Depression vor, die homöopathisch behandelt wurde, eine Behandlung, die sowohl nebenwirkungsfrei als auch kostengünstig war. Wenn der homöopathische Anspruch stimmt, können wir ohne weitere Behandlung mit einer langanhaltenden Remission oder sogar mit einer vollständigen Heilung rechnen. In Anbetracht der hohen Verweigerungsrate von Frauen mit postpartaler Depression gegenüber konventioneller Behandlung (einer Behandlung, die von Gesundheitsdienstleistern und durch negative Informationen stigmatisiert wird)²⁶ und der Zurückhaltung stillender Frauen, Antidepressiva einzunehmen, die auf das Baby übergehen können,^{27,28} ist die Erforschung sicherer komplementärmedizinischer Methoden gerechtfertigt. Eine dieser Methoden sollte die Homöopathie sein.

Anmerkung des Verfassers

Vitalie Văcăraș und George Vithoulkas sind gemeinsame Erstautoren.

Erklärung widerstreitender Interessen

Die Autoren erklärten keine potenziellen Interessenkonflikte in Bezug auf die Forschung, Autorschaft und/oder Veröffentlichung dieses Artikels.

Finanzierung

Die Autoren erhielten keine finanzielle Unterstützung für die Recherche, Autorschaft und/oder Veröffentlichung dieses Artikels.

Fußnoten

1. O'Hara MW, Zekoski EM, Philips LH, Wright EJ. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J Abnorm Psychol.* 1990;99:3–15.

[**GO TO REFERENCE**](#)

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[ISI](#)

[Google Scholar](#)

2. Buist A. Perinatal depression, assessment and management. *Aust Fam Physician.* 2006;35:670–673.

[**GO TO REFERENCE**](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

3. Patel M, Bailey RK, Jabeen S, Ali S, Barker NC, Osiezagha K. Postpartum depression: a review. *J Health Care Poor Underserved.* 2012;23:534–542.

[**GO TO REFERENCE**](#)

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[ISI](#)

[Google Scholar](#)

4. Heron J, McGuinness M, Blackmore ER, Craddock N, Jones I. Early postpartum symptoms in puerperal psychosis. *BJOG.* 2008;115:348–353.

[**GO TO REFERENCE**](#)

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

5. Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A review of postpartum psychosis. *J Womens Health.* 2006;15:352–368.

[**GO TO REFERENCE**](#)

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[ISI](#)

[Google Scholar](#)

6. Posmontier B. The role of midwives in facilitating recovery in postpartum psychosis. *J Midwifery Womens Health.* 2010;55:430–437.

[**GO TO REFERENCE**](#)

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

7. Sharma V, Smith A, Khan M. The relationship between duration of labour, time of delivery, and puerperal psychosis. *J Affect Disord.* 2004;83:215–220.

[**GO TO REFERENCE**](#)

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

8. Logsdon MC, Wisner KL, Pinto-Foltz MD. The impact of peripartum depression on mothering. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006;35:652–658.

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

9. Logsdon MC, Usui W. Psychosocial predictors of peripartum depression in diverse groups of women. *West J Nurs Res*. 2001;23:563–574.

[GO TO REFERENCE](#)

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

10. Beck CT. The effects of peripartum depression on child development: a meta-analysis. *Arch Psychiatr Nurs*. 1998;12:12–20.

[GO TO REFERENCE](#)

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

11. Hay DF, Pawlby S, Angold A, Harold GT, Sharp D. Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Dev Psychol*. 2003;39:1083–1094.

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

12. Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R, Cooper P. The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Dev*. 1996;67:2512–2526.

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[ISI](#)

[Google Scholar](#)

13. Nulman I, Koren G, Rovet J, et al. Exposure to venlafaxine, selective serotonin reuptake inhibitors or untreated maternal depression. *Am J Psychiatry*. 2012;169:1165–1174.

[GO TO REFERENCE](#)

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

14. Department of Health, Scottish Home and Health Department, Department of Health and Social Security. *Why Mothers Die: Report on Confidential Enquiries Into 1994-1996*. London, England: Stationery Office; 1998.

[GO TO REFERENCE](#)

[Google Scholar](#)

15. Flynn HA, Blow FC, Marcus SM. Rates and predictors of depression treatment among pregnant women in hospital-affiliated obstetrics practices. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006;28:289–295.

[GO TO REFERENCE](#)

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[ISI](#)

[Google Scholar](#)

16. Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetric settings. *J Womens Health*. 2003;12:373–380.

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[ISI](#)

[Google Scholar](#)

17. Smith MV, Rosenheck RA, Cavaleri MA, Howell HB, Poschman K, Yonkers KA. Screening for and detection of depression, panic disorder, and PTSD in public-sector obstetric clinics. *Psychiatr Serv*. 2004;55:407–414.

[GO TO REFERENCE](#)

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

18. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67:1012–1024.

[GO TO REFERENCE](#)

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

19. Battle CL, Salisbury AL, Schofield CA, Ortiz-Hernandez S. Perinatal antidepressant use: understanding women's preferences and concerns. *J Psychiatr Pract*. 2013;19:443–453.

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[ISI](#)

[Google Scholar](#)

20. Buttner MM, Brock RL, O'Hara MW, Stuart S. Efficacy of yoga for depressed postpartum women: a randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract*. 2015;21:94–100.

[GO TO REFERENCE](#)

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

21. Lin KY, Hu YT, Chang KJ, Lin HF, Tsao JY. Effects of yoga on psychological health, quality of life, and physical health of patients with cancer: a meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2011;2011:659876.

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[ISI](#)

[Google Scholar](#)

22. Cramer H, Lauche R, Langhorst J, Dobos G. Yoga for depression: a systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2013;30:1068–1083.

[GO TO REFERENCE](#)

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[ISI](#)

[Google Scholar](#)

23. Mezger J. *Gesichtete homeopathische Arzneimittellehre [Sighted Homeopathic Materia Medica]*. Vol. 1. 5th ed. Heidelberg, Germany: Karl F. Haug Verlag; 1981:101–103.

[GO TO REFERENCE](#)

[Google Scholar](#)

24. National Center for Complementary and Alternative Medicine. Homeopathy. <https://nccih.nih.gov/health/homeopathy>. Accessed January 23, 2016.

GO TO REFERENCE

[Google Scholar](#)

25. Vithoulkas G. *Materia Medica Viva*. Ulrich Burgdorf Verlag. Goettingen; 1991:125–133.

GO TO REFERENCE

[Google Scholar](#)

26. Gawley L, Einarson A, Bowen A. Stigma and attitudes towards antenatal depression and antidepressant use during pregnancy in healthcare students. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2011;16:669–679.

GO TO REFERENCE

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

27. Boath E, Bradley E, Henshaw C. Women's views of antidepressants in the treatment of postnatal depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2004;25:221–233.

GO TO REFERENCE

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

28. Whitton A, Warner R, Appleby L. The pathway to care in post-natal depression: women's attitudes to post-natal depression and its treatment. *Br J Gen Pract*. 1996;46:427–428.

GO TO REFERENCE

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)