

Postpartale Depression

von Helena Teichrib


ALICE SALOMON
HOCHSCHULE BERLIN
University of Applied Sciences

 FRÖBEL
Kompetenz für Kinder

 wiff
Weiterbildungsinitiative
Frühpädagogische Fachkräfte

KiTa Fachtexte ist eine Kooperation der Alice Salomon Hochschule, der FRÖBEL-Gruppe und der Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF). Die drei Partner setzen sich für die weitere Professionalisierung in der frühpädagogischen Hochschulausbildung ein.

Postpartale Depression

von Helena Teichrib

ABSTRACT

Nach einer Geburt leiden viele Frauen an einer postpartalen Depression. Dieses Leiden ist nur wenigen als folgenschwere Krankheit bekannt, da die Betroffenen häufig schweigen. Es ist den Frauen unangenehm und es verunsichert sie, dass sie sich nicht so glücklich fühlen, wie es nach der Geburt eines Kindes sein sollte.

Der folgende Beitrag befasst sich mit den Formen der postpartalen Depression, ihren Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung, dem möglichen Umgang mit der Krankheit sowie verschiedenen Therapieformen.

GLIEDERUNG DES TEXTES

1. Einleitung
2. Postpartale Depression
 - 2.1 *Formen der postpartalen Depression*
 - 2.2 *Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung*
 - 2.3 *Hilfe aus der Depression*
3. Zusammenfassung
4. Fragen und weiterführende Informationen
 - 4.1 *Fragen und Aufgaben zur Bearbeitung des Textes*
 - 4.2 *Literatur und Empfehlungen zum Weiterlesen*
 - 4.3 *Glossar*

INFORMATIONEN ZUR AUTORIN

Helena Teichrib ist Sozialwissenschaftlerin und hat einen Abschluss in Bachelor of Arts im Bereich Sozialwissenschaft und Erziehungswissenschaft.

1. Einleitung

Die Geburt eines Kindes ist ein freudiges Ereignis, es ist die schönste und emotionalste Erfahrung die eine Frau machen kann – so wird es in allen Büchern beschrieben und so sieht die Vorstellung in der Gesellschaft aus. Dennoch ergeht es vielen Frauen anders: Sie sind verunsichert und wissen nicht wie sie mit ihrem Kind umgehen sollen. Sie schauen das Kind an und fühlen nichts. Sie sind voller Selbstzweifel und fragen sich, ob sie sich ausreichend um das Kind kümmern können. Die Frauen machen sich Vorwürfe und schämen sich dafür, dass sie nicht so fühlen wie das Umfeld es von ihnen erwartet. Schätzungsweise 15 Prozent aller Frauen leiden nach der Geburt ihres Kindes an postpartalen Depressionen. Sie fühlen sich überfordert und wissen nicht, wie sie mit der Situation umgehen sollen. Vor allem das schlechte Gewissen, dass sie für ihr Kind nicht die Gefühle aufbringen, die in einer solchen Situation da sein sollten, plagt sie. Viele Frauen schweigen und versuchen selber mit diesem Problem fertig zu werden. Doch den meisten Frauen ist in dieser Situation nicht bewusst, dass sich ihre Gefühle und Selbstzweifel negativ auf die Beziehung zu ihrem Kind auswirken. Neugeborene und Säuglinge haben ein Gespür für die emotionale Lage ihrer Mutter, diese überträgt sich auf sie und beeinflusst die Bindung zwischen Mutter und Kind. Deshalb ist es besonders wichtig, dass die Frauen Hilfe annehmen und sich therapieren lassen. Postpartale Depression ist eine Krankheit, die man behandeln kann und muss, um der Mutter in ihrer schwierigen Situation zu helfen und die Beziehung zum Kind nicht negativ zu beeinflussen. Der vorliegende Text setzt sich mit Depressionen nach der Geburt auseinander. Zunächst werden verschiedene Formen der Depressionen vorgestellt, vom Babyblues im Wochenbett bis hin zu schweren postpartalen Psychosen. Im nächsten Kapitel wird näher auf die Bindung zwischen Mutter und Kind eingegangen und die Auswirkungen der postpartalen Depression auf diese Bindung dargestellt. Im letzten Abschnitt des Textes werden Methoden zum Umgang mit der Krankheit und mögliche Therapieformen vorgestellt.

2. Postpartale Depressionen

2.1 *Formen der postpartalen Depression*

Postpartale Dysphorie – „Babyblues“

Postpartale Dysphorie

Milchfieber, Heultage, Babyblues – es gibt verschiedene Ausdrücke, die die Stimmung der Mutter wenige Tage nach der Geburt beschreiben. Früher wurde es als Milchfieber bezeichnet, weil die drückende Stimmung der Mutter mit dem Milcheinschuss zusammenfällt. Die Frau leidet unter Schlafmangel, die Brüste Schmerzen durch den Milcheinschuss, das Kind hat Schwierigkeiten die Brust zu

Postpartale Depression von Helena Teichrib

fassen und der abfallende Hormonhaushalt beeinflusst die negative Stimmung der Mutter. Die Frau weint viel, deshalb werden diese Tage auch häufig negativ als Heultage bezeichnet, heute wird häufig der Begriff „Babyblues“ benutzt. Zwischen 40 und 80 Prozent der Frauen leiden, zwischen dem zweiten und fünften Tag nach der Geburt, am Babyblues. Meist hält er einige Tage an und verschwindet dann von alleine. Der Babyblues ist ein gesunder Umgang mit der verändernden und einschneidenden Erfahrung im Leben der Frau (vgl. Salis 2003, 52f.). Es ist eine milde kurz andauernde depressive Verstimmung. Das Erscheinen dieser Verstimmung der Frau ist weit verbreitet und tritt meist noch während des Klinikaufenthaltes auf. Es wird nicht als Krankheit eingestuft und daher ist eine Behandlung auch nicht erforderlich (vgl. Sauer 2005, 12). Die Frau sollte über dieses Erscheinungsbild und die Dauer aufgeklärt werden. Zudem sollten Stress und zusätzliche Belastungen in dieser Situation vermieden werden. Hält die depressive Verstimmung länger als zwei Wochen an, droht der Übergang in eine postpartale Depression.

Postpartale Depression (PPD)

Postpartale Depression

Es gibt keine genauen Angaben über die Anzahl der an postpartaler Depression erkrankten Frauen. Die meisten wissenschaftlichen Veröffentlichungen sprechen von 15 Prozent. Somit ist es eine häufig auftretende Krankheit im Wochenbett. Doch vielen Frauen und ebenso in unserer Gesellschaft ist diese Depressionsform eher unbekannt. Obwohl schon Mitte des 19. Jahrhunderts über die PPD berichtet wurde, ist das Krankheitsbild erst in den letzten Jahren wieder verstärkt thematisiert worden. Lange Zeit wurde die PPD nicht als eigenständige Krankheit anerkannt, sondern als allgemeine psychische Erkrankung angesehen. Erst in den 70er Jahren wurde die PPD als eine gesonderte Erkrankung, die mit der Geburt eines Kindes in Zusammenhang steht, anerkannt (vgl. Salis 2003, 52ff.).

Erscheinungsformen und Symptome

Dadurch dass Frauen die an postpartaler Depression leiden, sich häufig wegen ihrer negativen Einstellungen und Gedanken schämen, versuchen sie nach außen hin den Schein zu wahren und spielen die glückliche Mutter. Sie versuchen so lange es möglich ist, ihre Gefühle vor anderen zu verbergen. Einige Symptome entwickeln sich erst nach und nach und werden somit vom näheren Umfeld zunächst gar nicht bemerkt. Deshalb werden betroffene Mütter nur schwer und häufig erst recht spät erkannt.

Die Formen der PPD sind von Frau zu Frau individuell. Die Depression zeigt sich in verschiedenen Formen und unterscheidet sich auch in der Dauer und Länge.

Es wird erst von einer Depression gesprochen wenn mehrere Symptome und weitere Kriterien auftreten. Häufig auftretende Symptome einer PPD sind:

Postpartale Depression von Helena Teichrib

- Unfähigkeit zu weinen oder häufiges Weinen,
- keine Anteilnahme an der Umwelt,
- hohler, leerer Blick,
- Schlafstörungen,
- Antriebslosigkeit,
- Niedergeschlagenheit,
- Erschöpfung,
- Interessenlosigkeit.

Man kann die PPD in drei verschiedene Schweregrade einstufen: leicht, mittel und schwer.

Eine leichte PPD liegt vor, wenn zwei oder drei der genannten Symptome auftreten. Die Frau leidet zwar an Depressionen, kann aber die meisten Aktivitäten verrichten.

Eine mittlere Episode der PPD liegt vor, wenn vier oder mehr Symptome auftreten: der Frau fällt es schwer ihren Alltag zu meistern.

Bei einer schweren Depression treten mehrere Symptome gleichzeitig auf und die betroffene Frau kämpft zunehmend mit ihrem Selbstwertgefühl. Sie fühlt sich wertlos, hat Schuldgefühle und ist häufig suizidgefährdet (vgl. Sauer 2005, 17).

Bei allen Symptomen steht die Mutterschaft im Vordergrund. Die Gedanken der Frauen drehen sich um das Versagen als Mutter. Sie machen sich übermäßig Sorgen um ihr Kind und haben Angst vor Krankheiten oder sie sind nicht in der Lage Muttergefühle aufzubringen. Sie haben Angstzustände, werden gereizt und sind häufig nicht in der Lage, sich ausreichend um ihr Kind zu kümmern. Sie fühlen sich hilflos, dies wiederum macht sie aggressiv und in einigen Fällen richtet sich diese Aggressivität gegen die Kinder. Einige Mütter können keine Beziehung zu ihrem Kind aufbauen, was zu einer Vernachlässigung des Kindes führen kann. Manche Frauen fühlen sich dermaßen überfordert, dass sie sich ihr altes Leben – ohne Kind – zurückwünschen und das Neugeborene am liebsten wieder loswerden würden. Diese negativen Gedanken gegenüber dem eigenen Kind zu haben, quält die meisten Frauen noch mehr. Sie wollen ihrem Kind nichts antun und haben Angst vor diesen Gedanken und Vorstellungen. Einige Frauen sind suizidgefährdet und denken daran, sich selbst umzubringen. Sie wollen aus dem Leben scheiden, das jetzt nicht mehr so ist, wie sie es sich vorgestellt haben und sehen keinen anderen Ausweg aus ihrer Situation.

Postpartale Depression von Helena Teichrib

Andere Frauen leiden unter Angstzuständen und Panikattacken, die von körperlichen Symptomen wie Schweißausbrüchen, Kurzatmigkeit, Schmerzen im Brustbereich, Kribbeln in Händen und Füßen sowie Schwindelgefühlen oder Ohnmacht begleitet werden. Die Attacken kommen ohne besonderen Anlass und dies macht die Frauen noch hilfloser und beeinträchtigt sie in ihrem Alltag, da sie bestimmte Situationen meiden.

Ursachen

Für das Auftreten einer postpartalen Depression können verschiedene Faktoren verantwortlich sein. Allgemein sind Frauen anfälliger für Depressionen als Männer. Wenn dann noch ein einschneidendes Erlebnis – wie eine Geburt – hinzukommt, erhöht sich das Risiko. Frauen erwarten nach der Geburt ihres Kindes eine freudige und liebevolle Stimmung und können häufig nur schwer mit anderen Gefühlen umgehen. Bei den meisten Frauen sind mehrere Faktoren für den Ausbruch der Krankheit verantwortlich. Jede betroffene Frau hat ihre individuellen, krankheitsauslösenden Faktoren. Es ist schwierig Ursachen zu verallgemeinern und auf andere zu übertragen. Ebenso ist es zumeist schwierig zwischen Auslöser und Symptomen zu unterscheiden. Salis (vgl. Salis 2003, 60ff.) gliedert die möglichen Ursachen in drei Faktoren auf: psychosoziale, körperliche und genetische:

- Psychosoziale Faktoren:

Durch den Übergang in die Elternschaft erleben die Frauen einen Rollenwechsel auf mehreren Ebenen. Dies kann zur Isolation, Verlusterfahrungen oder Beziehungsproblemen führen. Die Mütter scheitern an den eigenen Idealvorstellungen und dies führt zu Schuldgefühlen und Selbstverachtung. Um ihrer Rolle einer guten Mutter zu entsprechen, kümmern sie sich umso mehr um ihr Kind und vernachlässigen sich dabei selbst. Dies führt wiederum häufig zu Schlafmangel und schlechter Ernährung. Die Frauen haben keine Zeit sich zu regenerieren, dadurch fühlen sie sich schnell überfordert und erschöpft.

Weitere Risikofaktoren auf psychosozialer Ebene können traumatische Erlebnisse während der Schwangerschaft oder eine als traumatisch erlebte Geburt sein.

Ebenso können finanzielle und berufliche Sorgen Auslöser einer PPD sein.

- Körperliche Faktoren:

Durch Schwangerschaft und Geburt erlebt der Körper der Frau massive Veränderungen. Mit diesen Veränderungen muss die Frau umgehen lernen. Hatte man vor der Schwangerschaft eine straffe, junge Haut, fühlt man sich nach der Geburt „schwabbelig“ und leer. Der Körper macht eine extreme Wandlung durch und es ist nicht einfach für eine Frau, diese zu akzeptieren. Weiterhin belastet der extreme Hormonhaushalt die Stimmung der Frau zusätzlich.

Postpartale Depression von Helena Teichrib

- Genetische/familiäre Faktoren:

Die genetische Veranlagung als Auslöser einer PPD ist umstritten. Experten gehen davon aus, dass psychische Störungen genetisch veranlagt sind und dass Frauen gefährdeter sind, in deren Familie bereits depressive, manische oder andere psychische Leiden vorkommen. Bekannt ist, dass Frauen die vor der Schwangerschaft bereits an psychischen Störungen gelitten haben, anfälliger dafür sind, nach der Geburt erneut zu erkranken. Deshalb ist es besonders wichtig für diese Frauen, sich schon während der Schwangerschaft professionell betreuen zu lassen.

Postpartale Psychose

Postpartale Psychose

Die postpartale Psychose ist die schwerste Form der psychischen Erkrankung und betrifft ein bis drei von tausend Frauen. Die Erkrankung entsteht meist innerhalb der ersten drei Tage nach der Geburt oder in den ersten Wochen. Die Psychose kann aus einer nicht behandelten PPD entstehen oder auch plötzlich auftreten. Besonderes Merkmal der Psychose ist der Verlust des Realitätsbezugs. Sie tritt vereinfacht dargestellt in drei Formen auf: manisch, depressiv und schizophren.

- Bei der manischen Form neigen die Frauen zu Größenwahn. Sie fühlen sich stark, energiegeladen und lassen ein Chaos um sich herum entstehen. Häufig fangen sie größere Projekte an, weil sie sich zu Höherem berufen fühlen. Sie sind voller Tatendrang, aber dabei nicht besonders produktiv. Zudem leiden sie häufig unter Wahnvorstellungen.
- Die depressive Form der postpartalen Psychose umfasst die typischen Anzeichen einer Depression. Die Frauen fühlen sich antriebs- und teilnahmslos und wirken „versteinert“. Sie haben Angstzustände und leiden unter Schuldgefühlen, häufig verlieren sie den Bezug zur Realität. Während Frauen die unter PPD leiden, sich ihrer schrecklichen Gedanken bewusst sind, verliert eine Frau, die unter depressiven Psychosen leidet für diesen Moment den Bezug zur Realität.
- Frauen, die unter einer schizophrenen Psychose leiden, sind ebenfalls antriebslos und leiden unter Halluzinationen oder Wahnvorstellungen. Sie lassen sich ihre eigenen Phantasiewelten entstehen und leben außerhalb der Realität.

Meist vermischen sich die verschiedenen Psychoseformen. Es kommt selten zu einer reinen Form der Psychose. Da bei einer Psychose die Gefahr besteht, dass die Frau sich selbst oder ihrem Kind etwas antun könnte, ist eine Einweisung der Frauen in eine psychiatrische Klinik erforderlich.

Postpartale Depression von Helena Teichrib

Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung

Die Ursachen für postpartale Psychosen sind – wie bei der PPD – nicht klar definierbar. Vorangegangene Psychosen können, ebenso wie die Belastungen der Geburt, Ursache für eine postpartale Psychose sein (vgl. Salis 2003, 64ff.).

2.2 Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung

Durch die Abhängigkeit des Säuglings von der Mutter ist er nahezu schutzlos und leicht traumatisierbar. Somit beeinflusst eine postpartale psychische Störung die Mutter-Kind-Interaktion. Auf die Bedürfnisse des Kindes wird nicht entsprechend eingegangen, da die Mutter, bedingt durch die psychische Störung, nicht in der Lage dazu ist. Die Kommunikation und die Bindung zwischen Mutter und Kind sind gestört und dies wirkt sich negativ auf die „psychosoziale, emotionale und kognitive“ (Sauer 2003, 78) Entwicklung des Kindes aus. Das Ausmaß der Auswirkung auf die Entwicklung des Kindes wird durch die weiteren Bezugspersonen bestimmt. Emotionale und psychisch negative Entwicklungen können durch das Verhalten und die Unterstützung weiterer Bezugspersonen aufgefangen werden. Hierbei spielt die Schutzfunktion und die Bindungsbeziehung zum Vater eine große Rolle.

Ursachen für die Bindungsstörung sind in der Mutter-Kind-Interaktion verankert. Kriterien für die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion sind der „[...] Blick- und Stimmkontakt, die Art, in der die Mutter das Kind hält bzw. die beiden sich einander zuwenden, die affektive Färbung des Kontaktes, die Bereitschaft der beiden, aufeinander einzugehen, die Angemessenheit von Spielangeboten, Art und Ausmaß der Kontrolle über das Spiel.“ (Sauer 2003, 83) Normalerweise reagieren sensibilisierte Eltern und vor allem Mütter instinktiv angemessen auf das Verhalten ihres Kindes. Sie wenden sich ihnen zu und reagieren adäquat und zeitnah auf die Signale des Kindes (vgl. Sauer 2003, 83).

Je nach Erkrankungsfall weist die Mutter-Kind-Interaktion verschiedene Störungsformen auf. Sauer unterscheidet die Formen für die Mutter-Kind-Interaktion zwischen depressiven und psychotischen Müttern (vgl. Sauer 2003, 84ff.).

Depressive Mütter zeigen oftmals eine ablehnende Haltung gegenüber ihrem Kind. Die Kinder bekommen von ihrer Mutter weniger Aufmerksamkeit und Zuwendung, die Sprache der Mutter ist nicht auf die Erfahrungen des Kindes ausgerichtet und klingt im allgemeinen eher negativ. Forschungen zeigen typische Verhaltensweisen von postpartal depressiven Müttern mit ihren dreimonatigen Säuglingen auf. Die Mütter verhielten sich ihren Kindern gegenüber entweder „aufdringlich oder abwesend“. Diese Säuglinge zeigten auffällig schnell ebenfalls ein depressives Verhalten, auch wenn sie mit nicht-depressiven Menschen spielten. Sie übernehmen das „depressive Interaktionsmuster“ von ihrer Mutter (vgl.

Postpartale Depression von Helena Teichrib

Lohse 2008, 85). Depressive Mütter interpretieren die Signale und das Verhalten ihres Kindes nicht richtig. Sie können nicht angemessen auf ihre Kinder reagieren. Lohse stellt in diesem Zusammenhang das „Wiedergutmachungs-Modell bzw. Regulationsmodell“ (Lohse 2008, 86) vor. Nicht-depressive Mütter reagieren in angemessener Weise ohne Verzögerung in der Interaktion mit ihrem Kind. Das Verhalten und die Gefühlszustände von Mutter und Kind werden so gegenseitig „reguliert“. Eine depressive Mutter reagiert in der Interaktion mit ihrem Kind nicht angemessen, das Kind kann also dem Verhalten seiner Mutter nicht trauen, da sie in der gleichen Situation auf verschiedene Weise agiert. Das Kind kann sich nicht auf die Mutter verlassen. Die Mutter versucht ständig ihr Fehlverhalten dem Kind gegenüber „wiedergutzumachen“, geht dabei aber emotional nicht ausreichend auf die Bedürfnisse des Kindes ein (vgl. Lohse 2008, 86).

Mögliche Langzeitfolgen können intellektuelle und kognitive Defizite, Verhaltensstörungen oder die Entwicklung von unsicheren Beziehungsstrukturen sein.

Das die Depressionen einer Mutter die Beziehung zu ihrem Kind negativ beeinflusst, ist nicht verwunderlich. Doch nicht alle depressiven Mütter zeigen diese Diskrepanz auf. Bekommen diese Mütter genügend Unterstützung durch ihr soziales Umfeld, können sie entsprechend sensibel mit ihren Kindern umgehen. Des Weiteren spielt die Persönlichkeit des Kindes und die Qualität der Partnerschaft eine große Rolle bei der Entwicklung des Kindes (vgl. Sauer 2003, 85). Entwickelt das Kind eine sichere Bindung zu einer anderen Bezugsperson und erlebt es weitere positive Faktoren wie Bedürfnisbefriedigung, Freude oder Selbstbewusstsein, können spätere Langzeitfolgen für das Kind gemildert werden (vgl. Lohse 2008, 87).

Bei psychotischen Müttern besteht die Gefahr für die Kinder darin, dass die Mutter sie in ihre Wahnvorstellungen oder Angstzuständen mit einbezieht. Die Säuglinge können dies nicht in ihrer Komplexität erfassen, werden aber vom Verhalten der Mütter beeinflusst. Ihnen droht die Vernachlässigung, da die Bedürfnisse der Kinder nicht wahrgenommen werden. In seltenen Fällen besteht eine akute Lebensgefahr durch Tötungsabsichten der Mutter. Allgemein liegen zu wenige Studien darüber vor, inwiefern psychotische Mütter auf ihr Kind einwirken. Bekannt ist aber, dass schizophrene Mütter nicht in der Lage sind sich um ihr Kind zu kümmern. Aus diesem Grund werden sie meist von ihren Kindern getrennt (vgl. Sauer 2005, 86f.).


2.3 Hilfe aus der Depression

Um Hilfe zu bekommen, muss man sich zunächst eingestehen, dass man ein Problem hat und Hilfe benötigt. Das Problem bei Depressionen ist häufig, dass die Patientinnen die Schuld bei sich selber suchen und deshalb auch allein zurechtkommen wollen. Viele Frauen trauen sich nicht öffentlich über ihre Probleme mit dem Kind zu sprechen, da sie laut dem gesellschaftlichen Bild eine glückliche Mutter sein müssten. Die Frauen schämen sich, dass es bei ihnen nicht so ist und sind mit der Situation überfordert. Deshalb ist es umso wichtiger, dieses Thema in der Öffentlichkeit bekannt zu machen und den Frauen zu signalisieren, dass sie nicht alleine mit ihrem Problem sind. Um die richtige Hilfe zu bekommen, muss erst eine Diagnose über die Schwere und Form der Probleme erstellt werden. Oft können Frauen ihre Probleme bereits durch Gespräche mit Fachleuten mildern. Eine genaue Diagnose ermöglicht eine zielgerichtete Behandlung und steigert die Heilungschancen.

EPDS-Scale zur Selbstdiagnose

Seit 1987 gibt es die Möglichkeit eine Selbstdiagnose durchzuführen. Es wurde ein Fragebogen, die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), entwickelt, um eine postpartale Depression möglichst früh zu erkennen. Der Fragebogen besteht aus zehn einfachen Fragen mit jeweils vier Antwortmöglichkeiten. Eine Gesamtpunktzahl von zwölf und mehr kann ein Hinweis auf eine postpartale Depression sein. Der Fragebogen eignet sich jedoch nicht zur Diagnose von Angstneurosen, Phobien und Persönlichkeitsstörungen.

Postpartale Depression von Helena Teichrib



**Schatten
& Licht**
Krise rund um die Geburt
Initiative peripartale psychische Erkrankungen

Fragebogen zur PPD-Selbsteinschätzung Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale

Bitte markieren Sie die Antwort, die am ehesten beschreibt, wie Sie sich in den letzten sieben Tagen gefühlt haben, nicht nur, wie Sie sich heute fühlen. Bei einer Gesamtpunktzahl von 12 und darüber liegt die Vermutung nahe, dass Sie an einer postpartalen Depression leiden.

<p>I. Ich konnte lachen und die schöne Seite des Lebens sehen. [0] So wie immer. [1] Nicht ganz so wie früher. [2] Deutlich weniger als früher. [3] Überhaupt nicht.</p>	<p>I have been able to laugh and see the funny side of things. As much as I always could. Not quite so much now. Definitely not so much now. Not at all.</p>
<p>II. Ich konnte mich so richtig auf etwas freuen. [0] So wie immer. [1] Etwas weniger als sonst. [2] Deutlich weniger als früher. [3] Kaum.</p>	<p>I have looked forward with enjoyment to things. As much as I ever did. Rather less than I used to. Definitely less than I used to. Hardly at all.</p>
<p>III. Ich habe mich grundlos schuldig gefühlt, wenn etwas schief ging. [3] Ja, meistens. [2] Ja, gelegentlich. [1] Nein, nicht sehr oft. [0] Nein, niemals.</p>	<p>I have blamed myself unnecessarily when things went wrong. Yes, most of the time. Yes, some of the time. Not very often. No, never.</p>
<p>IV. Ich war aus unerfindlichen Gründen ängstlich oder besorgt. [0] Nein, gar nicht. [1] Selten. [2] Ja, gelegentlich. [3] Ja, sehr oft.</p>	<p>I have been anxious and worried for no good reason. No, not at all. Hardly ever. Yes, sometimes. Yes, very often.</p>
<p>V. Ich erschrak leicht oder geriet grundlos in Panik. [3] Ja, sehr häufig. [2] Ja, gelegentlich. [1] Nein, kaum. [0] Nein, überhaupt nicht.</p>	<p>I have felt scared and panicky for no good reason. Yes, quite a lot. Yes, sometimes. No, not much. No, not at all.</p>
<p>VI. Ich fühlte mich durch verschiedene Umstände überfordert. Things have been getting on top of me. [3] Ja, meistens konnte ich die Situationen nicht meistern. [2] Ja, gelegentlich konnte ich die Dinge nicht so meistern wie sonst. [1] Nein, meistens konnte ich die Situation meistern. [0] Nein, ich bewältigte die Dinge so gut wie immer.</p>	<p>Yes, most of the time I haven't been able to cope. Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual. No, most of the time I have coped quite well. No, I have been coping as well as ever.</p>
<p>VII. Ich war so unglücklich, dass ich nur schlecht schlafen konnte. [3] Ja, meistens. [2] Ja, gelegentlich. [1] Nein, nicht sehr häufig. [0] Nein, gar nicht.</p>	<p>I have been so unhappy that I have difficulty sleeping. Yes, most of the time. Yes, sometimes. Not very often. No, not at all.</p>
<p>VIII. Ich habe mich traurig oder elend gefühlt. [3] Ja, meistens. [2] Ja, gelegentlich. [1] Nein, nicht sehr häufig. [0] Nein, gar nicht.</p>	<p>I have felt very sad or miserable. Yes, most of the time. Yes, quite often. Not very often. No, not at all.</p>
<p>IX. Ich war so unglücklich, dass ich weinen mußte. [3] Ja, die ganze Zeit. [2] Ja, sehr häufig. [1] Nur gelegentlich. [0] Nein, nie.</p>	<p>I have been so unhappy that I have been crying. Yes, most of the time. Yes, quite often. Only occasionally. No, never.</p>
<p>X. Ich hatte den Gedanken, mir selbst etwas anzutun. [3] Ja, recht häufig. [2] Gelegentlich. [1] Kaum jemals. [0] Niemals.</p>	<p>The thought of harming myself has occurred to me. Yes, quite often. Sometimes. Hardly ever. Never.</p>

<http://www.schatten-und-licht.de/ppd-fragebogen.html>

Selbsthilfe

Es gibt verschiedene Methoden um mit einer postpartalen Depression umzugehen. Je nach Schweregrad und Persönlichkeit schaffen es auch viele Frauen, ihre Depression alleine zu überwinden. Es gibt verschiedene Möglichkeiten sich selbst zu helfen oder die Heilung auch während einer Therapie zu beschleunigen.

Postpartale Depression von Helena Teichrib

Ein wichtiger Punkt bei der Selbsthilfe besteht darin Hilfe von außen anzunehmen. Dies bedeutet nicht, dass man direkt eine Therapie oder therapeutische Hilfe eines Psychiaters benötigt. Meist hilft es schon, wenn man sich durch den näheren Umkreis helfen lässt. Die Hilfe des Partners, der Mutter, der Freundin oder sogar durch eine Haushaltshilfe kann für Entlastung sorgen. Durch diese kann die betroffene Frau sich besser um sich selbst kümmern und so neue Energie tanken. Viele Frauen brauchen in der depressiven Phase eine Rückzugsmöglichkeit, um ihren Energiehaushalt wieder zu aktivieren. Dazu gehört auch ausreichend Schlaf. Viele Frauen suchen im Schlaf den Rückzug aus ihrem Alltag und brauchen diese Phasen auch dringend, um ihre Kraftreserven aufzufüllen (vgl. Thompson 2007, 157).

Ein weiterer wichtiger Punkt sind konkrete Beschäftigungen und Strukturen im Alltag. Depressive Frauen neigen häufig dazu, den Tag an sich vorbei ziehen zu lassen und am Ende des Tages kein „Ergebnis“ zu erkennen. Auch wenn sie viel im Haushalt gemacht haben, streiten sie es ab, weil sie sich nutzlos fühlen und ihre Tätigkeiten als zwecklos betrachten. Deshalb ist es wichtig dem Alltag anhand von kleinen Aufgaben Form und Struktur zu geben. Am besten man schreibt einen Plan, was man an dem Tag schaffen möchte, um abends sehen zu können, was man alles geschafft hat. Um sich selber nicht zu überfordern, sollte man große Tätigkeiten in kleine Aufgaben und auf verschiedene Tage aufteilen (vgl. Salis 2003, 82).

Vielen Frauen hilft auch Bewegung und Sport. Die Endorphinausschüttung beim Sport löst ein Hochgefühl aus und sie fühlen sich dadurch besser.

Anderen Frauen hilft es, wenn sie ihre Gefühle niederschreiben, entweder in Form eines Tagebuchs oder in Briefen. Die eigenen Gedanken niederzuschreiben erleichtert die Seele und kann helfen mit anderen Personen in Kontakt zu treten, ohne die Probleme vorerst laut aussprechen zu müssen.

Eine weitere Möglichkeit sind die Besuche von Selbsthilfegruppen. Wenn man andere Frauen in der gleichen Situation kennenlernt, kann man sich, im Bewusstsein des gegenseitigen Verständnisses, über seine Probleme austauschen. Selbsthilfegruppen zeigen, dass man nicht alleine mit dem Problem ist und es noch andere Frauen gibt, denen es ähnlich geht. Somit setzt man sich automatisch mit seiner Krankheit auseinander und sucht gemeinsam nach Auswegen aus der Krise (vgl. Salis 2005, 88f.).

Therapien

Wenn sich nach mehreren Wochen Selbsthilfe keine Besserung einstellt, sollte professionelle Hilfe zur Rate gezogen werden. Bei schweren Depressionen und Psychosen sind Psychotherapien erforderlich, um die Krankheit erfolgreich behandeln zu können. Oftmals wird eine Therapie mit Medikamenten unterstützt.

Postpartale Depression von Helena Teichrib

Schwere Depressionen und Psychosen können am besten mit Antidepressiva behandelt werden. Dies führt oft zu einer längeren Therapie, da die richtige Dosierung der Medikamente eingestellt werden muss und die Wirkung erst nach einigen Wochen feststellbar ist. Gegen die Einnahme von Medikamenten spricht das Stillen. Die Frauen, die Medikamente einnehmen, müssten abstillen und dies wiederum kann die Depression noch verstärken.

In einigen Fällen ist ein Klinikaufenthalt erforderlich. Dies erfolgt in Deutschland ausschließlich über psychiatrische Allgemeinstationen. In einigen Kliniken können die Mütter zusammen mit ihrem Kind aufgenommen werden. Nur wenige Kliniken bieten eine spezielle Mutter-Kind-Behandlung an. Oft wollen die Mütter gar nicht mit ihrem Kind zusammen aufgenommen werden, sondern sie begrüßen die Entfernung zum Kind, da sie sich nicht in der Lage fühlen ihr Kind zu betreuen. Häufig kann es den Müttern jedoch auch helfen, wenn sie ihr Kind bei sich haben. Sie lernen den täglichen Umgang mit dem Kind und stärken die Bindung. Eine Behandlung der Mutter ohne Kind, fördert die Distanz zwischen Mutter und Kind, was möglicherweise dazu führt, dass die Mutter nach der Therapie weiterhin unsicher im Umgang mit ihrem Kind ist (vgl. Salis 2005, 92ff.).

3. Zusammenfassung

Über die Erkrankung postpartale Depression ist in Deutschland bisher noch wenig bekannt. Viele Frauen wissen überhaupt nicht, dass es so eine Krankheit gibt und diese behandelt werden kann. Dadurch, dass die Mutterrolle von der Gesellschaft idealisiert wird, trauen betroffene Frauen sich häufig nicht über ihre Erkrankung zu sprechen. Sie stehen dann als Versagerinnen da, die nicht das Bild einer perfekten Mutter verkörpern. Wir müssen vom Bild der perfekten Mutter wegkommen und uns mit den, mit der Geburt eines Kindes einhergehenden, Veränderungen im Leben einer Frau beschäftigen. Es ist wichtig, dass man Erkrankungen wie die postpartale Depression anspricht und darüber redet. Es sollte mehr über die Krankheit aufgeklärt werden, damit betroffene Frauen frühzeitig wissen, womit sie es zu tun haben und bei Bedarf eher den Mut aufbringen, sich Hilfe von außen zu holen. Wenn man schon im Vorfeld über die Krankheit aufklärt, können Mütter anders mit den Symptomen umgehen, früher gegen die Krankheit angehen und sie „bekämpfen“. Es gibt in Deutschland Organisationen, die über die postpartale Depression aufklären, u. a. gehört dazu der Verein „Schatten und Licht“ und die „Internationale Marcè Gesellschaft“. Beide Organisationen helfen betroffenen Frauen, indem sie die richtigen Ansprechpartner in ihrer Umgebung zur Verfügung stellen und sie mit wichtigen Informationen versorgen.

4. Fragen und weiterführende Informationen

4.1 Fragen und Aufgaben zur Bearbeitung des Textes



AUFGABE 1:

Erstellen Sie Kriterien, um eine mögliche PPD bei einer Frau zu diagnostizieren. Wie kann eine PPD bei einer betroffenen Frau festgestellt werden?



FRAGE 1:

Haben Sie selber schon Erfahrungen mit einer PPD gemacht? Kennen Sie jemanden in ihrem Umfeld, der eine durchlebt hat? Wie wurde in ihrem sozialen Umfeld damit umgegangen? Wie wurde der Frau geholfen?



FRAGE 2:

Können Sie sich vorstellen, dass auch Männer an einer PPD erkranken? Wenn ja, was könnte der Auslöser dafür sein?

4.2 Literatur und Empfehlungen zum Weiterlesen

LITERATUR- VERZEICHNIS

Lohse, T. (2008): *Hilfe, ich kann mein Kind nicht lieben. Postpartale Depression: Krankheitsbild, Verlauf, Ursachen, Therapiemöglichkeiten.* Hamburg: Diplomica.

Salis, B. (2003): *Freudentränen und Babyblues.* Reinbek: Rowohlt.

Sauer, B. (2005): *Früherkennung und Umgang mit psychischen Störungen post partum. Aufbau von Basiswissen und Vermittlung von Handlungskompetenzen als Beitrag zur Sekundärprävention am Beispiel eines Schulungskonzeptes für Hebammen.* Lüdenscheid: Dissertation.

Thompson, T. (2006): *Mütter und Depression. Ursache und Auswege.* Düsseldorf: Walter.

EMPFEHLUNGEN ZUM WEITERLESEN

Hornstein, C. & Klier, C. (2005): *Auf einmal ist da ein Kind – Postpartale Depression. Erkennen und Helfen.* Stuttgart: Kohlhammer (DVD).

Schatten & Licht e.V. *Krise rund um die Geburt – Initiative peripartale psychische Erkrankungen.* Zugriff am 01.07.2011. Verfügbar unter www.schatten-und-licht.de

Marcé Gesellschaft für Peripartale Psychische Erkrankungen e.V. Zugriff am 01.07.2011. Verfügbar unter www.marce-gesellschaft.de

4.3 Glossar

Postpartale Depression Die postpartale Depression ist geläufiger unter dem Namen postnatale Depression. Medizinisch gesehen ist postpartal die korrekte Bezeichnung für die Krankheit, da sie die Frau betrifft. „Postnatal“ bedeutet „nach der Geburt“ und betrifft somit das Kind. „Postpartal“ hingegen bedeutet „nach dem Gebären“ und ist auf die Frau bezogen. Der Begriff der „postnatalen Depression“ ist jedoch weit verbreitet und wird teilweise auch von Fachkräften benutzt.

Mutter-Kind-Beziehung Eine Mutter-Kind-Beziehung, basierend auf Bindung, charakterisiert sich durch ein System, das sich selbst reguliert und wechselseitig gestaltet. Eine starke emotionale Bindung zu besonderen Personen ist ein Grundbedürfnis des Menschen. Es beginnt beim Neugeborenen und hält bis in das Erwachsenenalter an. Da ein Neugeborenes alleine nicht überlebensfähig ist, ist es auf die Mutter oder andere enge Bezugspersonen angewiesen. Durch den Kontakt der Mutter zum Kind fördert sie seine motorische und kognitive Entwicklung. Vertrauen und Sicherheit zu mindestens einer Bindungsperson sind bedeutsam für die spätere Entwicklung des Kindes. Ist das Vertrauensverhältnis gestört, kann dies zu späteren psychischen Folgen führen.

KiTa Fachtexte ist eine Kooperation der Alice Salomon Hochschule, der FRÖBEL-Gruppe und der Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF). KiTa Fachtexte möchte Lehrende und Studierende an Hochschulen und Fachkräfte in Krippen und Kitas durch aktuelle Fachtexte für Studium und Praxis unterstützen. Alle Fachtexte sind erhältlich unter: www.kita-fachtexte.de.

Zitiervorschlag:

Teichrib, Helena (2011): Postpartale Depressionen. Verfügbar unter: <http://www.kita-fachtexte.de/XXXX> (Hier die vollständige URL einfügen.). Zugriff am TT.MM.JJJJ.