

Prüfungsarbeit zur Psychologischen Beraterin der DPS

Ausbildungsort: Deutsche Paracelsus Schule, Mönchengladbach

Thema:

Postpartale psychische Störungen

Vorgelegt von : Claudia Ascher

Immatrikulationsnummer: 111793

Bergheim, den 10.06.2005

Inhaltsangabe:

I.1) Zu meiner Person und zu meinem bisherigen beruflichen Werdegang

I.2) Einleitung

I.3) Terminologie

I.4) Klassifizierung nach ICD-10

II) Beschreibung der unterschiedlichen postpartalen Störungen

II.1) Babyblues

Anlage : Gesprächsleitfaden bei Verdacht auf PPD

Anlage: EPDS

II.2) Wochenbettdepression inklusive Fallbeispiel und Therapiemöglichkeit

II.3) Wochenbettpsychose

II.4) Posttraumatische Belastungs- und Angststörung

II.5) Auswirkungen der Wochenbettstörungen auf das Kind, Störung der Mutter-Kind-Beziehung

III.) Schlusswort

Anlage: Quellenangaben

I. 1) Zu meiner Person und zu meinem bisherigen beruflichen Werdegang:

Ich wurde am 28.1.1962 in München geboren. Nach der Grundschule besuchte ich ein Gymnasium in München, wo ich 1981 mein Abitur ablegte.

Danach erlernte ich den Beruf der Arzthelferin (Abschlussnote 1) . Seit meiner Ausbildungszeit habe ich mich ständig weitergebildet, um dem Patienten bzw. Klienten immer mehr gerecht zu werden (u.a. Ausbildung zur Diabetesberaterin, Absolvierung eines Lernprogramms für Hypertoniepatienten, Ausbildung „Professionelle Praxiskommunikation“, „Umgang mit Patienten“, Ausbildung „Basic Life Support - Notfallmanagement in der Praxis und im Krankenhaus“ usw.)

Zunächst arbeitete ich in einer internistischen Praxis, danach in den Kliniken der Ludwig-Maximilians-Universität München (Gynäkologie und danach Kinderchirurgie).

Im Jahr 1987 wurden mein Mann und ich Eltern von Fünflingen, von denen drei Kinder überlebten.

Wir wurden Mitglied im ABC- Club , einem Selbsthilfverein für Eltern von Mehrlingen.

1991 Umzug in's Rheinland, Arbeit im Maria - Hilf -Krankenhaus Bergheim, zunächst in der Chirurgischen Ambulanz, dann als „Springer“ in der Inneren und Gynäkologisch - Geburtshilflichen Abteilung.

1994 Geburt unserer Tochter. Seit 2003 haben wir noch ein Dauerpflegekind, welches an juvenilem Diabetes mellitus leidet.

Seit ca. 10 Jahren „Knotenpunktleiterin“ des ABC - Clubs mit Beratungstätigkeit für (werdende und schon gewordene) Eltern von Mehrlingen, Eltern von behinderten Kindern und Familien mit Problemen.

Seit 2004 Arbeit als „Sozialpädagogische Familienhilfe“ für das Jugendamt Bergheim.

Als sich herauskristallisierte, dass die Beratungstätigkeit in meinem Leben eine immer größere Rolle spielt, habe ich mich zur Ausbildung zur „Psychologischen Beraterin“ entschlossen, um meiner Tätigkeit ein Fundament zu geben, auf das ich weiter aufbauen will.

I. 2.)

Einleitung:

Postpartale psychische Probleme lernte ich ziemlich hautnah während meiner Arbeit auf der Entbindungs- und Wöchnerinnenstation der LMU München kennen. Frauen, die ihre „Heultage“ durchlebten, waren für das Pflegepersonal eine normale, alltägliche Erscheinung.

Wir versuchten zu trösten und zu verstehen und waren nicht sehr besorgt, da wir wussten, dass dieses Phänomen normalerweise so schnell wieder vergeht, wie es gekommen ist. Sehr viel ernster erlebten wir die Situation, wenn schon einmal entlassene Frauen wieder stationär aufgenommen werden mussten, weil sie eine Wochenbettdepression entwickelt haben.

Als Extremfall habe ich bisher einmal den Fall einer Wochenbettpsychose miterlebt.

Mich haben die postpartalen psychischen Störungen besonders deshalb so sehr interessiert, weil es sie - wie ich ja miterlebt habe - durchaus häufig gibt, sie in unserer Gesellschaft aber trotzdem tabuisiert werden, bzw. nicht vorkommen.

Die Geburt eines Kindes ist nach Meinung der Menschen ein glückliches Ereignis und man erwartet, dass die junge Mutter, die die Belastungen von Schwangerschaft und Geburt überstanden hat und ein gesundes Kind in den Armen hält, von Glück erfüllt ist.

Merkwürdigerweise erweist sich diese Erwartung, die auch die jungen Mütter an sich selbst haben, aber häufig als falsch. Vielmehr entwickeln viele Mütter nach der Entbindung mehr oder weniger tiefgreifende psychische Probleme.

Wie kommt es zu diesen Störungen? Wie kann man sie erkennen und diagnostizieren? Wie ernst sind sie zu nehmen? Wie zu behandeln? Welche Rolle kann einem psychologischen Berater zukommen?

Diese Fragen will ich in meiner Abhandlung bearbeiten.

Da ich mich schon geraume Zeit für diese Thematik interessiere, freut es mich sehr, dass es immer mehr interessierte Öffentlichkeit gibt und immer mehr Organisationen, die das Thema auch publik machen.

Allen voran die Marcé-Gesellschaft, die sich die Erforschung der Wochenbeterkrankungen, die Aufklärung, die Prävention und Entstigmatisierung der betroffenen Frauen zur Aufgabe gemacht hat.

Als ich bei den Recherchen zu meiner Arbeit über diese Gesellschaft gelesen habe, erfuhr ich auch, dass Wochenbeterkrankungen kein „modernes“ Problem sind, sondern dass sie schon lange Zeit bekannt sind. So hat der deutsche Geburtshelfer Benjamin Osiander schon 1797 ein Buch über verschiedene psychische Krankheitsbilder bei Frauen im Wochenbett geschrieben, das den schönen Titel „Neue Denkwürdigkeiten für Ärzte und Geburtshelfer“ trug. Auch der Namensgeber der o.g. Gesellschaft, ein Arzt namens Louis Victor Marcé tat sich im Jahre 1858 als Autor eines Buches mit dem bemerkenswerten Titel „Traité de la Folie des Femmes Enceintes, des Nouvelles Accoucheés et des Nourrices, et Considérations Médicolégales qui se Rattachent a ce Sujet“ hervor. Zu deutsch: „Die Behandlung der Verrücktheit der Schwangeren, frisch Entbundenen und der Stillenden und medizinrechtliche Überlegungen“.

I. 3) Terminologie die postpartalen psychischen Störungen betreffend:

Hier erkläre ich kurz die Fachbegriffe und Abkürzungen, die in meiner Abhandlung immer wieder vorkommen werden.

Babyblues = Heultage = postpartaler Blues = Postpartales Stimmungstief : Hierbei handelt es sich um einen leichteren Verstimmungszustand, der in der ersten Woche nach der Entbindung auftritt und in den meisten Fällen nach einigen Stunden bis wenigen Tagen nach Erscheinen von selbst abklingt.

Postpartale Depression = PPD = Postnatale Depression = Puerperaldepresion = Wochenbettdepression : Bezeichnung für alle schwereren, länger dauernden und behandlungsbedürftigen depressiven Erkrankungen im ersten Jahr nach der Entbindung.

Puerperalpsychose = Wochenbettpsychose = Postnatale -oder Postpartale Psychose Zum Glück seltene, schwerste Form der Wochenbetterkrankungen mit Auftreten psychotischer Symptomatik.

Postpartal = Postnatal
Puerperium: Nach der Geburt
Kindbett, Wochenbett, Zeitraum nach der Geburt bis zur Rückbildung der Schwangerschafts- und Geburtsveränderungen

Depression: Gehört zu den „Affektiven Störungen“ .
Ist gekennzeichnet durch eine krankhafte Veränderung der Stimmung (Affektivität).Das Krankheitsbild kann vielgestaltig sein.
Hauptsymptome: gedrückte Stimmung, Hemmung Von Denken und Antrieb, körperlich-vegetative Störungen. „Sie lässt den Körper erschlaffen und Die Gefühle ersterben. Die Seele versinkt im Dunkeln"

Psychose: ist eine äußerst schwere psychische Erkrankung Und umfasst die Gesamtheit psychischer Störungen,
- die die Ich -Funktionen betrifft (z. B. Beeinflussungserlebnisse)
- die die Sinn- Kontinuität betrifft
- die den Realitätsbezug betrifft (z.B. Wahn)
- die die produktive Symptombildung betrifft (z.B.Halluzinationen)

Auf die speziellen Symptome der Wochenbettdepression und der Wochenbettpsychose gehe ich natürlich noch genauer ein, dies sollte nur ein kurzer Überblick sein.

I. 4) Klassifizierung nach ICD -10

Obwohl schon Osiang und Marcé im 18. und 19. Jahrhundert die Postpartalen Störungen beschrieben, verschwanden sie bald wieder aus den Lehrbüchern. Lange Zeit hieß es, die PPD existiere nicht als gesonderte Erkrankung, sondern sei zu behandeln, wie jede andere psychische Erkrankung, die zu jedem beliebigen Zeitpunkt im Leben eines Menschen auftreten kann.

Erst in den 1970er Jahren wurde die PPD und die Wochenbettpsychose anerkannt als Sonderfall seelisch-körperlichen Ungleichgewichts, der eng mit der Geburt eines Kindes in Zusammenhang steht und gesondert von anderen psychischen Erkrankungen behandelt werden muß. In den Wochen und Monaten nach der Geburt ist für eine Frau das Risiko, eine psychische Krankheit zu entwickeln, 3 mal so hoch, wie sonst im Leben.

Seit kurzem hat diese Erkenntnis nun auch in die „Bibel“ für die Ärzte, den ICD-10 Einzug gehalten! Während es noch in den ersten, frühen Ausgaben des ICD-10 keine Verschlüsselungen für die Wochenbettproblematik gab und die Ärzte und Psychologen sich mit dem Erkrankungsbild ähnlichen Diagnosen behelfen mussten (meist F 32: depressive Episode, die je nach Schweregrad unterschieden wurde), gibt es im ICD- 10 von 2004 Extraklassifizierungen für Wochenbettprobleme psychischer Natur.(ICD : International Classification of Diseases; Diagnosen werden durch Codes verschlüsselt)

Man findet sie unter dem Oberbegriff :Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50 - F 59)

F53.- Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht Klassifiziert

F53.0 Leichte psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett

Inkl.: Depression postnatal / postpartal o.n. A

F53.1 Schwere psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett

Inkl.: Puerperalpsychose o.n.A.

F53.8 Sonstige psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett

F53.9 Psychische Störungen im Wochenbett nicht näher bezeichnet

II) Beschreibung der unterschiedlichen postpartalen psychischen Störungen, die Häufigkeit ihres Auftretens, Ursachen, Diagnostik, Therapie, Heilungsaussichten, Fallbeispiel,

Zunächst die anerkannte „Trias“ der Störungen

II. 1) Babyblues

II. 2) Wochenbettdepression

II. 3) Wochenbettpsychose

Darüber hinaus möchte ich - nur kurz - eingehen auf

II. 4) Posttraumatische Belastungs- und Angststörungen

II.5) Auswirkungen der Wochenbettstörungen auf das Kind, Störung der Mutter- Kind - Beziehung

II. 1) Der Babyblues:

Zunächst zur mildesten Form der klinischen Bilder, den sogenannten „Heultagen“.

Hierbei handelt es sich um einen leichteren Verstimmungszustand, der immer in der ersten Woche nach der Entbindung auftritt und in der überwiegenden Zahl der Fälle innerhalb von Stunden bis Tagen von selbst abklingt.

Neben einer subdepressiven Stimmungslage ist der Babyblues charakterisiert durch:

-ausgeprägte Stimmungslabilität

-häufiges Weinen

-allgemeine Irritierbarkeit

-Ängstlichkeit

-übermäßige Sorgen (meist um die Gesundheit des Kindes oder die eigene)

-Konzentrationsstörungen

-Reizbarkeit bis hin zur Aggressivität

-Schlaf- und Appetitstörungen

Häufigkeit: sehr häufig, wobei die genauen Zahlen -je nach Studie - stark schwanken, nämlich zwischen 25 und 80 %.

Studien mit stringenter Diagnostik kommen auf eine Häufigkeit, die bei ca. 40-50 % liegt

Ursache: Das Auftreten des Babyblues wird inzwischen am ehesten mit der radikalen hormonellen Umstellung des Körpers in Verbindung gebracht. Vor allem dem Absinken des Progesterons gegen Null wird eine Babyblues-Auslösende Wirkung zugeschrieben. In diesem Zusammenhang ist der Therapieansatz der Ärztin Dr. Katharina Dalton (Sie hat sich inzwischen den Ruf der Expertin für PPD erarbeitet), Wochenbettdepressionen durch Gabe von Progesteron zu heilen, bzw. zu verhindern, äußerst interessant. Ich komme darauf beim Thema PPD zurück.

Therapie :Im Allgemeinen wird der Blues nicht als krankheitswertig betrachtet. Eine therapeutische Intervention ist nichtsdestotrotz wünschenswert, kann sich aber weitgehend auf aufklärende, supportive Gespräche beschränken. Die junge Mutter und ihre Familie können im allgemeinen schon dadurch entlastet und beruhigt werden, dass man sie über die Häufigkeit und harmlose Natur der Störung unterrichtet. Wichtig scheint vor allem, die Wöchnerin von Schuldgefühlen zu entlasten, die sich bei ihr entwickeln, wenn sie nicht so überglücklich ist, wie man es von einer jungen Mutter erwartet.

Darüber hinaus sollte der Therapeut darüber sprechen, dass die Erschöpfung nach der Geburt etwas „Normales“ ist, dass ein kleines Kind viel Zeit und Aufmerksamkeit beansprucht.

Ein weiterer Punkt, der angesprochen werden könnte, sind die großen körperlichen Umstellungen, aber auch die Veränderungen des sozialen Lebens. Hier bietet es sich auch an, über Möglichkeiten der Entlastung durch Partner, Angehörige oder Freunde zu sprechen. Man sollte die Frau nach ihren Wünschen fragen, bzw. sie ermutigen, nur an sich zu denken und Wünsche zu äußern.

Dies alles muß in einer von Empathie und Verständnis getragenen Art und Weise geschehen.

Vorsicht! Wenn die Symptome über das normale Maß hinausgehen oder länger als 1-2 Wochen anhalten, dringend einen Arzt (PsychiaterIn, Gynäkologen) hinzuziehen, es könnte eine PPD bestehen!

Fallbeispiel:

Julia St., 24 Jahre, Erstgravida, Erstpara, komplikationslose Entbindung eines gesunden Mädchens, zunächst normaler Wochenbettverlauf. Am 5. Tag nach der Geburt sieht sie, dass ihre kleine Tochter eine Neugeborenenakne entwickelt hat, darüber ist sie so beunruhigt, dass sie anfängt zu weinen. Man hat das Gefühl, sie würde „überlaufen“.

Therapeutisches Eingreifen: Ich ermutige Frau St., mir ihre Sorgen zu erzählen. Ich bin ihr zugewandt, aufmerksam, offen und freundlich. Ich Sorge für eine ruhige, intime Atmosphäre. Ihre Erzählungen kommentiere ich nicht, ich lasse sie erst einmal sprechen, wobei ich ihr durch Kopfnicken und Blickkontakt zeige, dass ich ihr zuhöre. Ich ermutige sie, zu weinen, da das Weinen entspannt und erleichtert. .

Nachdem sie sich etwas beruhigt hat, erkläre ich ihr, dass ihr Verhalten völlig in Ordnung ist, dass es auch normal ist, sich Sorgen zu machen. Um ihr die Sorgen bezüglich der Neugeborenenakne zu nehmen, bitte ich eine Kinderkrankenschwester hinzu, die ihr die Harmlosigkeit dieser Hauterkrankung erklärt.

Nun erkläre ich Frau St. das Phänomen des Wochenbettblues. Frau St. ist deutlich ruhiger, als sie erfährt, dass es sich um eine sehr häufige Wochenbettstörung handelt, die in der Regel von selbst wieder verschwindet.

Als zufällig der Ehemann von Frau St. das Zimmer betritt, beziehe ich ihn in das Aufklärungsgespräch mit ein, um sein Verständnis für seine Frau zu wecken.

Bei Frau St. waren die „Heultage“ eigentlich nur „Heulstunden“ und verschwanden spurlos.

1. Gesprächsleitfaden bei Verdacht auf Postpartale Depression

Bei Verdacht auf eine Postpartale Depression kann folgender Gesprächsleitfaden eine Hilfe für ein erstes Gespräch zwischen Hebamme und Wöchnerin sein. Bestätigt sich der Verdacht, sollte als nächster Schritt der EPDS eingesetzt werden.

1. Verschlimmerung der Schlafstörungen trotz großer Müdigkeit

- Haben Sie Schlafschwierigkeiten (Einschlaf- oder Durchschlafprobleme)?
- Können Sie ruhen, wenn das Baby schläft?
- Machen die Versuche, sich auszuruhen, Sie noch müder?
- Haben Sie Alpträume?
- Können Sie mental abschalten, wenn Sie sich entspannen oder spinnen Ihnen Gedanken im Kopf herum?

2. Anhaltende Essprobleme

- Hat sich der Appetit verändert?
- Haben Sie stark (mehrere Kilos) abgenommen oder zugenommen?
- Haben Sie das Gefühl, keine Zeit zum Essen zu haben?

3. Das Ausmaß oder die Dauer von depressiven Gefühlen oder Reizbarkeit

- Fühlen Sie sich traurig oder haben sich ihre Gefühle verändert?
- Weinen Sie häufig grundlos?
- Haben Sie ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Ausweglosigkeit?
- Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Gedächtnis oder der Konzentration?
- Haben Sie körperliche Symptome, z.B. Kopfschmerzen, Brustschmerz, Atemlosigkeit o.ä.?
- Fühlen Sie sich zunehmend reizbar und wütend?
- Haben Sie Schwierigkeiten, die täglichen Aufgaben zu bewältigen?
- Haben Sie Suizidgedanken oder haben Sie daran gedacht hat, Ihr Kind zu verletzen?

4. Mangel an kompensatorischen Möglichkeiten, um der Müdigkeit und Erschöpfung zu begegnen

- Können Sie ein Nickerchen halten?
- Bewegen Sie sich körperlich (z.B. spazieren gehen oder schwimmen)?
- Kann Ihnen der Vater oder eine andere Bezugsperson bei der Babypflege, im Haushalt etc. behilflich sein?
- Haben Sie einen Babysitter?

5. Rückzug und soziale Isolation

- Machen Ihnen Dinge keinen Spaß mehr, die sie sonst interessiert haben?
- Haben Sie ein geringeres sexuelles Verlangen?
- Haben Sie in der letzten Woche das Haus verlassen?

6. Unangemessener Umgang mit dem Baby

- Geht es Ihrer Meinung nach dem Baby gut?
- Glauben Sie, adäquat für das Kind sorgen zu können?
- Haben Sie Desinteresse oder negative Gefühle gegenüber dem Kind?

7. Wünsche der Frau

- Haben Sie eine Idee, welche Veränderungen in ihrem Leben oder in der Umgebung ihren Zustand verbessern könnten?

Deutschsprachige Version der „Edinburgh Postnatal Depression Scale“

Name:

Adresse:

Alter des jüngsten Kindes:

Da Sie vor kurzem ein Kind geboren haben, würden wir gerne wissen, wie Sie sich in den letzten 7 Tagen (oder bei Verwendung in den ersten Tagen nach der Geburt: seit der Geburt) gefühlt haben. Bitte markieren Sie die Antworten durch ankreuzen des Kreises vor jeder Antwortzeile, welche für Sie am ehesten zutrifft.

Beispiel: Ich habe mich glücklich gefühlt:

- Ja, die ganze Zeit
- Ja, die meiste Zeit
- Nein, nicht so oft
- Nein, überhaupt nicht

In den letzten 7 Tagen:

oder

In den Tagen seit der Geburt:

1) konnte ich lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen

- so wie ich es immer konnte
- nicht ganz so wie sonst immer
- deutlich weniger als früher
- überhaupt nicht

2) konnte ich mich so richtig auf etwas freuen

- sowie immer
- etwas weniger als sonst
- deutlich weniger als früher
- kaum

3) fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas schief lief

- ja, meistens
- ja, manchmal
- nein, nicht so oft
- nein, niemals

4) war ich ängstlich und besorgt aus nichtigen Gründen

- nein, überhaupt nicht
- selten
- ja, manchmal
- ja, häufig

5) erschrak ich leicht bzw. reagierte panisch aus unerfindlichen Gründen

- ja, oft
- ja, manchmal
- nein, nicht oft
- nein, überhaupt nicht

6) überforderten mich verschiedene Umstände

- ja, die meiste Zeit war ich nicht in der Lage, damit fertig zu werden
- ja, manchmal konnte ich damit nicht fertig werden
- nein, die meiste Zeit konnte ich gut damit fertig werden
- nein, ich wurde so gut wie immer damit fertig

7) war ich so unglücklich, dass ich nicht schlafen konnte

- ja, die meiste Zeit
- ja, manchmal
- nein, nicht sehr oft
- nein, überhaupt nicht

8) habe ich mich traurig und schlecht gefühlt

- ja, die meiste Zeit
- ja, manchmal
- selten
- nein, überhaupt nicht

9) war ich so unglücklich, dass ich geweint habe

- ja, die ganze Zeit
- ja, manchmal
- nur gelegentlich
- nein, niemals

10) überkam mich der Gedanke, mir selbst Schaden zuzufügen

- ja, ziemlich oft
- manchmal
- kaum
- niemals

Die Antworten werden je nach Symptomschwere mit 0, 1, 2 und 3 Punkten bewertet. Die Fragen 3, 5, 6, 7, 8, 9 und 10 sind spiegelbildlich konstruiert (Bewertung mit 3, 2, 1 und 0). Die Addition der einzelnen Items ergibt den Summenscore.

II. 2) Die Wochenbettdepression:

Sie kann sich aus einem Babyblues heraus entwickeln, es erkranken aber auch Frauen, die nie unter den „Heultagen“ gelitten haben. Die Symptome erscheinen zunächst schleichend, für die Betroffene und die Angehörigen zunächst unbemerkt. Später werden die Probleme verdrängt, bis eines Tages die Illusion vom glücklichen Familienleben unter den nicht mehr zu verheimlichenden Symptomen zerbricht. Die PPD wird deshalb auch „smiling depression“ genannt, weil die Betroffenen -solange es irgendwie geht- die Fassade der strahlenden Mutter aufrechterhalten.

Der Verlauf der PPD kann alle erdenklichen Schweregrade aufweisen von leicht bis schwer (so kann die PPD wie ein prolongierter Babyblues wirken, sie kann aber genauso zu schwerst depressiver Symptomatik mit Suizidgedanken führen).

Jede Betroffene durchlebt ihren ganz persönlichen Albtraum, der sich nur schwer in das Schema einer Liste mit Symptomen pressen lässt. Dennoch liste ich die Symptome hier auf:

- Leitsymptom ist die allgemeine Verstimmung
- starke Schlafstörungen und Müdigkeit (Vorsicht! Bei der PPD geht es etlichen Betroffenen am Morgen besser, als am Abend. Es gibt also nicht das, für die „üblichen“ Depressionen typische Morgentief)
- psychomotorische Störungen
- Veränderungen des Appetits (während die „üblichen“ Depressionen eher -aber auch nicht in der Regel !!!- von Appetitlosigkeit gekennzeichnet sind, kann es -muss es aber nicht -bei der PPD sogar zur Ausbildung übermäßigen Appetits kommen)
- Exzessive Schuldgefühle
- Angstgefühle
- Zwiespältige Gefühle dem Kind gegenüber
- Suizidale Gedanken
- Die Frau fühlt sich insgesamt in ihrer Funktionstüchtigkeit eingeschränkt

Diagnostik:

Zunächst sollte man beim Verdacht auf PPD ein Gespräch mit der Betroffenen führen anhand des beiliegenden „Gesprächsleitfadens“. Verstärkt sich der Verdacht, kann die EPDS, die Edinburgh Postnatal Depression Scale, hervorragend eingesetzt werden. Der Fragebogen, den ich meiner Arbeit beilege, wurde entwickelt von den drei englischen Professoren Cox, Holden und Sagowski. In den englischsprachigen Ländern hat er sich schon längst als einfaches Instrument der Früherkennung der Wochenbettdepression durchgesetzt. Auch in deutschen Krankenhäusern hält er Einzug, dank der Übersetzung durch den Innsbrucker Professor Bergant. Der Fragebogen besteht aus 10 Fragen bezüglich des Gemütszustandes der Wöchnerin. Jeder Frage sind 4 gut verständliche Antwortmöglichkeiten zugeordnet. Die Frau wird gebeten, den Bogen in Ruhe auszufüllen. Schon die Beschäftigung mit den Fragen kann eine Möglichkeit des Anstoßes sein, über den eigenen Zustand nachzudenken.

Bei einer Gesamtpunktzahl von 12 und darüber, liegt die Vermutung nahe, dass die Patientin an einer PPD leidet.

Wichtig!!! Unbedingt differentialdiagnostische Abklärung durch einen Arzt. Depressionen können durch eine körperliche Erkrankung (Neurologische, endokrine, innere oder infektiöse Krankheiten usw.) ausgelöst sein und nur zufällig in zeitlichem Zusammenhang zur Geburt

stehen. Deshalb ist eine gründliche körperliche Untersuchung, nach Möglichkeit EKG, evtl. EEG und/ oder CT und eine Labordiagnostik (v.a. auch Blutzucker, Schilddrüsenhormone, Entzündungsparameter, Hormonstatus) dringend indiziert!

Häufigkeit: 10-15 % aller Frauen erkranken im ersten Jahr nach einer Geburt an einer PPD. In den ersten drei Monaten ist das Risiko besonders hoch.

Ursachen: Die Ursachen sind auf jeden Fall multifaktoriell. Es gibt mehrere „Risikofaktoren“, die das Auftreten begünstigen. Derjenige, der sowohl für die PPD, als auch für die Psychose am konsistentesten gefunden wurde, ist eine vorbestehende Prädisposition für die jeweilige psychische Störung bzw. Erkrankung bei der Frau. Etwa ein Drittel aller Frauen mit Wochenbettdepression hat schon vor der Schwangerschaft mindestens einmal an einer psychiatrischen Erkrankung gelitten. Wenn also eine solche Prädisposition besteht, muss offensichtlich kein weiterer Faktor - außer der Geburt selbst - dazukommen, um die Erkrankung auszulösen.

Andere Ursachen können sein:

- Psychologische Faktoren, wie das Gefühl der Unzulänglichkeit, mangelndes Selbstwertgefühl, ambivalente Gefühle zur Mutterschaft
- körperliche Erschöpfung, Schlafentzug
- schwierige Mutter-Tochter-Beziehung
- fehlendes soziales Netz
- Temperament des Babys (Schreikind, Schlafprobleme des Kleinen)
- Fehlen von stabilen Verwandtschaftsbeziehungen
- traumatische Geburtserlebnisse
- Krankheit oder Tod des Kindes
- Demografische Faktoren, wie z.B.: Sehr junge oder sehr alte Mutter, Sozialstatus, Gesellschaftliche Krisen, Ortswechsel kurz vor oder nach der Geburt
- Hormonelle Veränderungen sind nach einigen Studien nicht direkt mit PPD in Verbindung zu bringen, andere Forschungsergebnisse lassen eine Besserung der Beschwerden durch Substituierung mit Östrogen oder Progesteron erkennen.

Charakteristisch sind Schuld- und Versagensgefühle. Die Mütter glauben, sie seien nicht in der Lage, ihr Kind angemessen zu versorgen. Sie sind davon überzeugt, alles falsch zu machen und glauben, dass das Kind bei jedem anderen besser aufgehoben sei. Diese belastenden Gefühle werden dadurch verstärkt, dass viele sich unfähig fühlen, eine emotionale Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen. In seltenen Fällen kann es zur Vernachlässigung des Kindes kommen.

Weiter kann es zu Angstgefühlen kommen, die quälend sind. Die Angst, dem Kind etwas anzutun, es zu ersticken o.ä.. Diese Angst kann sich bis zur Zwangsvorstellung steigern. Doch im Gegensatz zu Müttern mit Postpartaler Psychose wissen die PPD- Mütter sehr genau, dass sie Schreckliches denken oder fühlen. Und so setzen sie ihre Phantasien in der Regel nicht in die Tat um. Im Gegenteil, sie würden ihr Kind niemals verletzen wollen, es ist das Kostbarste, was es für sie gibt. So leiden diese Mütter ganz fürchterlich unter diesen Phantasien, die sie nicht kontrollieren können und vertrauen sich niemandem an. Sie glauben: So etwas darf man nicht einmal denken, mich kann keiner verstehen, andere halten mich für einen gefährlichen, bösen Menschen. Daraus entsteht ein entsetzlicher Konflikt, der die Depression auch wieder verstärkt, ein Circulus vitiosus.

Einige Mütter wünschen sich, niemals ein Kind bekommen zu haben, dann wäre das ganze Dilemma nicht entstanden. Originalton einer betroffenen Mutter: „Manchmal kommen so

Phantasien über mich. Sie kommen aus dem Nichts und ich kann nicht erklären, warum sie plötzlich kommen. So Phantasien, dass ich vom Balkon springe oder mit dem Messer mein Kind verletzen könnte. Es gab Zeiten, da musste ich die Küchentür immer geschlossen halten. Das Schlimmste ist, dass man denkt, es darf nicht sein, was man denkt."

Betroffene berichten darüber hinaus über Panikattacken, die wie aus heiterem Himmel über sie kommen. So eine Attacke äußert sich in der Angst, die Kontrolle zu verlieren, zu sterben, verrückt zu werden oder in der Furcht, dem Kind könnte etwas zustoßen. Die Panikattacken sind begleitet von Kurzatmigkeit, einem Gefühl der Beklemmung oder Schmerzen im Brustbereich, Schwindel, Kribbeln in den Händen und Füßen, Zittern, Schweißausbrüchen, Ohnmacht, kalte oder heiße Schauer. Die Häufigkeit dieser Attacken ist unterschiedlich, sie geht von mehrmals täglich bis gelegentlich. Weil sie ohne offensichtlichen Anlass kommen, fühlen sich die Frauen hilflos und versuchen, bestimmte Situationen oder Aktivitäten zu meiden. Nach einer überstandenen Attacke sind die meisten Betroffenen sehr erschöpft und verletzlich. Das kann die bestehende Depression noch weiter verstärken. Originalton einer Mutter: „, Manchmal, da hatte ich Angst vor Ohnmachtsanfällen; dann saß ich im Auto und hatte höllisch Panik, dass ich ohnmächtig werde. Dann musste ich an den Straßenrand fahren und mich erst einmal wieder beruhigen. Dabei bin ich noch nie in meinem Leben ohnmächtig geworden."

Viele Mütter haben während ihrer Depression die Idee, wenn sie aus dem Leben schieden, dann könnten alle anderen wieder ein glückliches und normales Leben führen. Viele wünschen sich weg von dieser Welt und weg von diesem Leben, das sie so nicht wollten. Sie sind des Lebens müde. Der Selbstmord, ist in solchen Fällen die schlimmste Folge einer PPD. Das Risiko, sich infolge einer Depression im ersten Jahr nach der Geburt umzubringen, ist 17-mal so hoch, wie sonst im Leben eines Menschen.

Therapie: Bei leichten Formen kann meines Erachtens nach der Psychologische Berater tätig werden. Ich würde am ehesten die Kognitive Verhaltenstherapie anwenden. Sie ist eine problemorientierte, strukturierte, konkrete und spezifische Therapie speziell für depressive Störungen. Sie motiviert den Patienten zum aktiven Erproben neuer Verhaltens- bzw. Erlebnisweisen und Problemlösestrategien. Es handelt sich um eine Variante der VT, die auf eine Modifikation störender Kognitionen abzielt. Zusätzlich gehört Aktivitätsaufbau, Verbesserung sozialer Kompetenz, Problemlösetraining und Kommunikationsübungen zum therapeutischen Repertoire . Die Rolle des Therapeuten ist aktiv und direktiv . Er strukturiert den therapeutischen Rahmen und den Inhalt. Er lenkt das Gespräch, gibt Rückmeldungen und Hausaufgaben. Bei der Bearbeitung von kognitiven Mustern steht der „sokratische Dialog" im Vordergrund. Der Patient soll durch das gelenkte Fragen in die Lage versetzt werden, selbst zu entdecken, dass seine gewohnte Art, zu denken nur eine mögliche Form ist und dass es für die Erklärung eines Ereignisses viele andere Interpretationen gibt, die ebenso berechtigt, bzw. sogar realitätsnäher sind. Ziel der KVT ist es, die „depressive Spirale" zu stoppen, umzukehren und eine konstruktive Entwicklung einzuleiten. Kombinieren würde ich mit einigen Elementen aus Steve de Shazer's lösungsorientierter Kurztherapie. Zum Beispiel würde ich immer versuchen, die Ressourcen, Stärken und Fähigkeiten der Frau zu verstärken. Durch die der Kurztherapie eigenen Skalierung kann man sowohl Verbesserungen als auch Verschlechterungen im Befinden der Patientin sofort erkennen und einschreiten. Auch das Stellen der „Wunderfrage" halte ich für ein geeignetes therapeutisches Werkzeug, der Frau selbst einen Weg zur Problemlösung aufzuzeigen.

Aber es ist mir noch einmal ganz wichtig, deutlich zu machen, dass wir als Psychologische Berater wirklich nur die leichten Fälle behandeln können und dürfen. Dass wir uns immer durch einen Arzt und/oder Psychiater absichern müssen und eventuell zusätzlich zu diesem tätig werden können.

Die schweren Fälle der Depression kann nur der Psychiater adäquat behandeln. Hier kommen vor allem medikamentöse Therapien kombiniert mit Psychotherapie zum Einsatz. Bei der PPD besteht zu jedem Zeitpunkt die Gefahr der Verschlechterung bis hin zum Suizid oder erweiterten Suizid. Dies kann u.U. eine Unterbringung der Mutter in der Psychiatrie erfordern. Heute gibt es in der gesamten Bundesrepublik Kliniken, die psychiatrische Mutter-Kind-Einheiten haben, d.h. dass die Mutter nicht von ihrem Kind getrennt werden muss.

Kurz anmerken möchte ich noch, dass einige Studien den therapeutischen Nutzen einer Hormonsubstitution zur Behandlung oder sogar Prophylaxe einer PPD belegen. So erzielte man laut der Studien von Dr. Gregoire (1996) sowie von Dr. Ahokas (1998) gute Therapieerfolge durch eine Östrogensubstitution.

Der Einsatz von Progesteron wird von Dr. Katharina Dalton, der englischen PPD-Spezialistin und Fachbuchautorin, favorisiert.

Die Hormonsubstitution gehört natürlich nur in die Hand eines erfahrenen Spezialisten, der nach eingehender Untersuchung und Bestimmung der Hormonspiegel im Blut einen Therapieplan erstellt und dabei Nutzen und Gefahren (etwa durch Nebenwirkungen) abwägt.

Erfolgsaussichten: Die Überwindung der PPD kann ein langer, mühsamer Weg sein mit Hoffnungsschimmern und verzweifelten Momenten. Patientinnen, die die Hilfe bekommen, die sie brauchen, sei es psychotherapeutisch, medikamentös oder in Kombination von beidem, haben eine sehr große Chance, dass die Krankheit geheilt wird.

Prophylaxe: Da bis heute die letztendlichen Ursachen für das Entstehen einer PPD nicht gesichert sind, man von Prädisposition und multifaktoriellen Gründen ausgeht, ist eine Prophylaxe schwierig, aber dennoch in einigen Fällen möglich. Frauen, die schon einmal eine Wochenbettdepression hatten, oder auch eine andere psychische Erkrankung durchmachen mussten, haben ein deutlich erhöhtes Risiko an einer PPD zu erkranken. Sie sollten sofort bei Feststellung der Schwangerschaft mit dem Gynäkologen sprechen oder auch psychologische Unterstützung suchen. Durch supportive Gespräche, Anregungen, auch und gerade in der Schwangerschaft ein soziales Netz aufzubauen (z.B. Kontakte im Geburtsvorbereitungskurs), die Einbeziehung des Ehemannes und der Familie kann der Frau ein Gefühl der Sicherheit vermittelt werden.

Wünschenswert wäre generell eine breite Aufklärung über die postpartalen psychischen Störungen. Das Wissen könnte oftmals die Angst besiegen. Und was besonders wichtig ist Aufgeklärte Frauen erkennen die Symptome an sich selbst deutlich schneller und können deutlich früher Hilfe suchen.

Wenn alle Frauen dann auch noch um die Häufigkeit dieser Störungen wüssten, käme es auch nicht mehr so häufig zu den verzweifelten Versuchen, den Schein der glücklichen Mutter aufrecht zu erhalten - solange bis der Zusammenbruch erfolgt. Die Scham „an so etwas“ zu leiden würde abnehmen und das Verständnis und Mitgefühl für die Betroffenen würde steigen.

Fallbeispiel

Im folgenden Beispiel beschreibe ich zunächst die Erkrankung einer Bekannten an einer leichten postpartalen depressiven Verstimmung und möchte Hilfsmöglichkeiten durch den Psychologischen Berater aufzeigen:

Sabine B., 28 Jahre, verheiratet, Erstgravida, Erstpara, Entbindung komplikationslos und zum Termin, kein Baby-Blues, Einsetzen leichter depressiver Symptome 2 Monate postpartum.

Beim Erstgespräch erlebe ich eine eher ängstliche und unsichere Frau. Sie wirkt müde und antriebs schwach. Ihr Äußeres wirkt nicht direkt ungepflegt, aber deutlich vernachlässigt. Die Haare sind strähnig, auf dem T-Shirt zeichnen sich im Brustbereich Milchflecken ab, sie ist ungeschminkt.

Zu aller erst ist es wichtig, eine kooperative Therapeut- Klienten- Beziehung herzustellen, die sich als zweckgerichtetes, zeitlich begrenztes Arbeitsbündnis versteht. Wir klären die Rollenverteilung : Ich als Therapeut wirke als professioneller Helfer und will mein Wissen in die Dienste des Klienten stellen. Ich löse nicht stellvertretend die Probleme meiner Klientin, sondern gebe Hilfe zur Selbsthilfe. Dabei halte ich mich an die drei Therapeutenregeln, die eine erfolgreiche Kommunikation und Intervention erst möglich machen

- Einführendes Verständnis (Empathie)
- Positive Wertschätzung
- Echtheit

In diesem Sinne versuche ich, Frau B. eine Atmosphäre der Wärme und Geborgenheit zu vermitteln. Ich werde mich bemühen, ihre Gedanken und Gefühle zu verstehen. Sie soll Zeit und Raum zum Erzählen haben und sich von mir wertgeschätzt fühlen. Ich mache ihr Mut und verspreche, sie auf ihrem Weg zu unterstützen. Darüber hinaus sage ich ihr, dass Änderungen prinzipiell immer möglich sind und dass ich ihr dies auch zutraue.

Frau B. erklärt sich bereit, aktiv mitzuarbeiten, Verantwortung für sich selbst zu übernehmen und Regeln anzuerkennen (z.B. Offenheit, Selbstbeobachtung, Hausaufgaben usw.) .

Im Erstkontakt werden üblicherweise die drei Hauptfragen geklärt:

- Weshalb kommen Sie zum jetzigen Zeitpunkt in Therapie?
- Weshalb kommen Sie zu mir (wer hat mich empfohlen?)
- Was führt Sie zu mir?

Wichtig ist, zu klären, ob die Patientin schon beim Arzt war und eventuelle andere Erkrankungen sicher ausgeschlossen sind. Frau B. erklärt, dass sie regelmäßig beim Gynäkologen war, der sie untersucht hat und den Hormonstatus bestimmt hat. Hier sei alles o.k. gewesen. Außerdem war sie vor einer Woche beim Hausarzt zum „Check-Up“ mit Blutentnahme, EKG und Ultraschalluntersuchung, auch hier sei alles bestens gewesen. Frau B. ist einverstanden, dass ich mit beiden Ärzten Kontakt aufnehme, um mich abzusichern und für Notfälle, z.B. bei einer Verschlimmerung der Beschwerden, einen Ansprechpartner zu haben.

Da sich aus der Vorgeschichte der Verdacht auf PPD ergibt, halte ich mich beim Erstgespräch an den „Gesprächsleitfaden bei Verdacht auf PPD“.

Sie antwortet wie folgt:

Frage 1: Sie klagt über Einschlafprobleme

Frage 2: Sie hat das Gefühl, keine Zeit für das Essen zu haben, keine auffällige Gewichtszu- oder -abnahme.

Frage 3 : Sie gibt an, dass sie Schwierigkeiten hat, die täglichen Arbeiten zu verrichten, sie komme zu nichts. Sie sei unzufrieden mit sich, weil sie früher im Beruf eine echte „Powerfrau“ gewesen sei und nun das Gefühl habe, nichts auf die Reihe zu bekommen. Ich frage nach, welchen Beruf sie denn ausgeübt habe und sie erzählt - plötzlich mit leuchtenden Augen- von dem Blumengeschäft, in dem sie jahrelang als Floristin die rechte Hand der Chefin war.

Frage 4: Sie kann sich nicht gut entspannen und selbst, wenn das Baby schläft, fängt sie hier und da etwas an, kann es aber nicht zu Ende führen, sie kann aber auch die Zeit für sich nicht nutzen. Der Vater steht, wenn er nicht arbeiten muss zur Unterstützung zur Verfügung. Es gibt auch eine Oma, die zwar noch berufstätig ist, aber gerne abends ihr erstes Enkelkind einhüten würde. Frau B. ist aber unsicher, ob sie das will, ob man so ein kleines Kind schon alleine lassen kann.

Frage 5: Frau B. hat zwar noch Interesse, aber keine Zeit, für Dinge die Spaß machen.

Frage 6: Frau B. liebt ihre kleine Tochter Jule sehr, sie gibt auch an, gut für sie sorgen zu können. Allerdings sagt sie, sie hätte nie gedacht, wie stressig so ein Baby sein kann.

Frage 7: Frau B. wünscht sich zwar eine Veränderung, weiß aber nicht, welche.

Bei der EPDS, die ich danach durchführe, hat sie einen Wert von 12 Punkten.

Es gibt keinen Hinweis auf Selbstgefährdung bei der Exploration von Frau B.

Wir planen gemeinsam die Therapieziele. Frau B. wünscht sich, „wieder die Alte zu werden“. Sie möchte ihren Alltag besser „auf die Reihe“ bekommen und wünscht sich Unterstützung.

Ich sichere ihr zu, sie zu unterstützen. Gleichzeitig lobe ich sie aber auch für das, was sie bisher schon erreicht hat.

Frau B. ist überrascht, da sie selbst nicht den Eindruck hat, irgendetwas geleistet zu haben.

So erkläre ich ihr, was ich meine: Sie hat eine Schwangerschaft und Geburt gut hinter sich gebracht. Sie führt nach wie vor eine gute Ehe. Sie ist eine gute Mutter für die kleine Jule, versorgt ihr Kind vorbildlich und liebt es von ganzem Herzen.

Frau B. ist irritiert, hat die Sache so noch nie betrachtet. Plötzlich stiehlt sich ein kleines Lächeln in ihr Gesicht und sie sagt : „Vielleicht haben sie Recht!“

Als Hausaufgabe gebe ich ihr, dass sie bis zu unserem nächsten Termin die kleine Jule für zwei Stunden ihrem Mann anvertraut und die Zeit nur für sich nutzt. Frau B. soll etwas planen, was ihr Spaß macht und sie soll diesen Plan in den zwei „Freistunden“ dann auch umsetzen.

Sie fragt halbherzig nach, ob sie die Kleine denn schon alleine lassen kann. Ich antworte ihr, dass das Kind ja nicht alleine ist, sondern von einer ihr sehr nahe stehenden Person, nämlich dem Vater betreut wird.

Frau B. will die Hausaufgabe annehmen.

Beim zweiten Termin finde ich etwa dieselbe Situation vor. Jule schläft die letzte Zeit schlecht und Frau B. ist sehr angestrengt und gestresst. Sie weint und fragt, ob es ihre Schuld sei, dass die Kleine so viel weint.

Ich bitte Frau B., sich das Baby anzusehen und frage: "Na, was sehen sie hier? Ein Kind, dem es schlecht geht? Wie sieht die Kleine denn aus? Ach sehen sie, wie sie sie ansieht. Sie erkennt die Mama, die so gut für sie sorgt!"

„Ja“, sagt Frau B., „die Jule wirkt zufrieden und sie lacht auch viel, aber warum schreit sie abends und nachts soviel?“

Ich erkläre ihr, dass Babies gerade, wenn sie einen Wachstumsschub haben, viel weinen. Frau B. ist beruhigt, dass das wohl normal ist.

Ich frage sie nun nach den Hausaufgaben, sie verändert sich merklich, wirkt zufrieden und lächelt: „Ach, das war schon toll, mal ganz alleine zu sein, ohne auf das Kind hören zu müssen. Ich bin schwimmen gegangen. Und stellen sie sich vor, mein Mann kam mit Jule prima zurecht, sie hat geschlafen, als ich heimkam. Er hat gesagt, dass wir das ruhig öfter machen können.“

Ich bitte sie, sich mit ihrem Mann auf einen festen Tag und eine feste Zeit zu einigen, die sie „frei“ hat. Davon erwarte ich mir, dass Frau B. auch in Stresszeiten zuverlässig weiß, dass sie bald wieder Zeit für sich haben wird.

Nun frage ich sie, ob sie denn schon mal daran gedacht hat, mit der Kleinen in eine Krabbelgruppe zu gehen. Hintergedanke bei mir ist, dass sie zum einen soziale Kontakte ausbauen könnte, dass sie sich mit anderen Müttern austauschen könnte und zumindest für einen weiteren Tag (neben ihrem „Mami- hat -frei- Tag“) ein festes Ziel vor Augen hat und eine Aufgabe hat.

Als Hausaufgabe bitte ich sie, sich wegen der Krabbelgruppe bei Kirchen oder Familienbildungsstätten zu erkundigen. Frau B. sagt mir, dass eine Bekannte die zeitgleich zu ihr selbst entbunden habe, sie schon mal gefragt habe, ob sie mit in deren Gruppe kommen möchte. Damals hat sie aber abgelehnt, weil sie gedacht hat, dass würde ihrem Kind noch nichts bringen.

Ich erkläre ihr die Vorteile der Gruppe sowohl für sich selbst, als auch für das Kind. Daraufhin verspricht sie, die Bekannte anzurufen.

Die nächsten Termine laufen in etwa ähnlich ab. Ich versuche, ihr, ihre Ressourcen, Stärken und Fähigkeiten bewusst zu machen und zu stärken.

Nach einiger Zeit wirkt Frau B. deutlich positiver. Sie strukturiert ihren Tagesablauf besser, sie hat Spaß an der neuen Krabbelgruppe, die sie regelmäßig besucht. Auch ihre „Freizeit“ genießt sie sehr.

Sie klagt nur noch darüber, dass sie zuhause nach wie vor schlecht abschalten kann und dass sie die Rolle als „Nur- Hausfrau und Nur- Mutter“ nicht ganz befriedigt.

In Bezug auf das erste Problemfeld frage ich sie, ob sie denn schon einmal Entspannungsübungen versucht hätte. Sie verneint. Ich zeige ihr die einfach zu erlernende und schnell durchzuführende „ Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson“ (Bei der progressiven Muskelrelaxation werden nacheinander bestimmte Muskelgruppen angespannt und dann entspannt, wobei sich die Entspannung schließlich auf den ganzen Körper erstreckt).

Wir üben einige Male und ich lasse ihr eine CD da mit den Instruktionen für den Ablauf. Ich empfehle ihr, dieses Entspannungsverfahren zu üben, um es im Notfall einsetzen zu können. Als Hausaufgabe gebe ich Frau B., täglich einmal, wenn die Kleine schläft die CD zu hören und die Übungen mitzumachen.

Außerdem mach ich ihr den Vorschlag, in ihrer Wohnung den „ruhigen Stuhl“ aufzustellen. Ein bequemer Sessel sollte an einen schönen Ort der Wohnung, möglichst mit Blick in's Freie gestellt werden. Daneben ein Tischchen, mit einer schönen Pflanze und Duftkerze darauf. Frau B. lacht und sagt, sie hätte sich schon immer einen Ohrensessel gewünscht und würde sich diesen Wunsch nun erfüllen wollen.

Ich erkläre ihr nun, dass es einfach schön wäre, wenn sie sich täglich nur 10 Minuten Zeit nehmen würde, um an diesem Ort der Entspannung Ruhe zu suchen. Sie kann eine Tasse Tee trinken, dem Flackern der Kerze zusehen, oder die Natur beobachten. Frau B. will die Idee mit dem Sessel aufgreifen. Mein Hintergedanke ist, dass Frau B. immer einen Ort des Rückzugs in unmittelbarer Nähe hat. Der Sessel soll für sie mit der Zeit gleichbedeutend werden mit Entspannung, Zeit für sich haben, genießen. Auf dem Sessel sollen negative Gedanken nicht zugelassen sein.

In Bezug auf das Frau B. nicht erfüllende Dasein als „ Nur-Mutter“ stelle ich die Wunderfrage von Steve de Shazer in etwas abgewandelter Form : „ Stellen sie sich vor, während sie heute Nacht schlafen und das ganze Haus ruhig ist, geschieht ein Wunder. Das Wunder besteht darin, dass das Problem, dass sie sich als „Nur-Mutter“ nicht ausgefüllt fühlen, gelöst ist. Allerdings wissen sie nicht, dass das Wunder geschehen ist, weil sie ja schlafen. Wenn sie also morgen früh aufwachen, was wird dann anders sein, das ihnen sagt, dass ein Wunder geschehen ist und ihr Problem gelöst ist?“

Diese Frageformel spreche ich sanft mit weicher Stimme und sehr langsam.

Frau B. sagt spontan, dann würde ich mich am Morgen freuen aufzustehen und in den Blumenladen zu gehen und könnte meinem Mann von meinen Erlebnissen erzählen.

Wir versuchen, eine Lösung zu finden. Ich rege an, dass Frau B. mit Mann und eventuell der Oma spricht, ob sie nicht vielleicht einen Tag - idealer Weise Samstag - stundenweise arbeiten gehen könnte. Darüber hinaus rege ich an, dass sie sich mit ihrer früheren Chefin in Verbindung setzen soll. Vielleicht gibt es sogar in ihrem alten Geschäft die Möglichkeit der Teilzeitarbeit.

Frau B. will es versuchen.

Einige Tage später ruft sie mich überglücklich an: Alle ihre Wünsche seien in Erfüllung gegangen: Ihr Mann freue sich, den Samstagvormittag für sein Töchterlein alleine

verantwortlich zu sein. Ihre alte Chefin habe sich gefreut und ihr direkt eine Teilzeitstelle angeboten.

Wir vereinbaren noch einen Termin. Frau B. empfängt mich strahlend und gepflegt. Sie hat sich zurecht gemacht und strahlt Zufriedenheit aus.

Wir sprechen über ihren Erfolg und ich beglückwünsche sie. Wir vereinbaren noch einen Termin in ca. 6 Wochen.

Ich erkläre Frau B. , dass sie mich, falls sie sich wieder nicht so gut fühlen sollte, sofort anrufen soll. Auch bei Kleinigkeiten, die sich in ihrem Empfinden verändern, sollte sie mich kontaktieren.

Wir verabschieden uns.

II. 3) Die Wochenbettpsychose:

Ist die schwerste Form der psychischen Wochenbettkrankungen und erfordert sofortiges ärztliches Eingreifen.

Die Wochenbettpsychose entwickelt sich meistens in den ersten 72 Stunden nach der Geburt bzw. in den ersten 6 postpartalen Wochen. Oft kommt es zu einem akuten Ausbruch über Nacht, die Psychose kann sich aber auch aus einer Wochenbettdepression, die nicht adäquat behandelt wurde, heraus entwickeln.

Kennzeichnend für eine Psychose ist der Realitätsverlust und die fehlende Krankheitseinsicht.

Allgemein kann es bei der Wochenbettpsychose zu folgenden Störungen kommen, wobei die Symptome nicht alle auftreten müssen, sie können wechseln und an Intensität ab- und zunehmen:

- psychomotorische Störungen/Veränderung des Antriebs (motorische Unruhe, Erregung, Rededrang, veränderter Antrieb, Autismus)
- Affektstörungen (Angst, Schlafstörungen, innere Unruhe, verändertes Selbstwertgefühl, Reizbarkeit, Euphorie oder Hoffnungslosigkeit, depressive Verstimmungen)
- Gefühlsstörungen (abnorme Intensität oder Verarmung der Gefühle, Interesselosigkeit, Gleichgültigkeit)
- Ich-Störungen (hier vor allem : das Gefühl, beobachtet zu werden; das Gefühl beeinflusst zu werden; das Gefühl des Ausgeliefertseins)
- Wahrnehmungsstörungen (Die Umwelt (auch Personen) wird als fremdartig angenommen(=Derealisation); Wahrnehmung nicht existenter Dinge, Sinnestäuschungen (Stimmen hören, verändertes Sehen, Geruchs- und Geschmackshalluzinationen))
- Denkstörungen (Zerfahrenheit, Denkverlangsamung, unlogische Zusammenhänge, Wahnvorstellungen (Beziehungswahn, Verfolgungswahn, Größenwahn, hypochondrischer Wahn), pathologisches Modell, sich die Welt zu erklären)

Als weitere Auffälligkeiten gibt es:

- falsche Behandlung des Kindes
- übersteigerte Sorge
- Suchtverhalten
- Aggressionen
- Suizidgedanken

Man kann die Wochenbettpsychose in drei Erscheinungsformen unterteilen:

- manisch
- depressiv
- schizophren

Die manische Form tritt in der Regel innerhalb der ersten Woche nach der Geburt auf. Die Frauen sind überdreht und neigen zu Größenwahn. Sie sind ein Ausbund an Energie und verursachen um sich herum nur Chaos. Da sie glauben, sie seien zu Größerem geboren, gehen sie große Projekte an (unterschreiben teure Kaufverträge, schreiben an einem Roman -obwohl sie nie vorher an so etwas gedacht haben).

Auch der Umstand, dass sie nächtelang jeweils nur wenige Stunden Schlaf bekommen, kann ihrem Schaffensdrang am Tag nichts anhaben. Sie sind topfit -jedenfalls fühlen sie sich so. Die vielen Aktivitäten sind in der Regel nicht besonders produktiv. Neben der Antriebssteigerung und der motorischen Unruhe leiden diese Kranken auch unter Wahnvorstellungen und Verwirrenheit. Beispiel: „ Ich hatte immer weniger Schlaf, aber ich habe mich nicht überfordert gefühlt. Ich war total aufgedreht. Dann habe ich etwas von Schlüsselerlebnissen phantasiert und ich bin die ganze Nacht mit dem Kind auf dem Arm durch die Wohnung gepilgert. Wir sind auch zusammen gegen den Schrank gerannt. Ich wollte nicht mehr stillen, ich wollte nur noch rauchen...“

In der depressiven Form zeigt die Mutter die typischen Anzeichen einer Depression: Antriebs- Bewegungs- und Teilnahmslosigkeit, bis hin zur absoluten Ausdruckslosigkeit und Versteinerung, viele Frauen haben ein maskenhaftes Aussehen. Sie leiden unter extremen Schuld -und Unzulänglichkeitsgefühlen, ihren Aufgaben als Mutter nicht gerecht zu werden. Auch extreme Angstzustände plagen sie. Die depressive Form der Psychose unterscheidet sich von der PPD dadurch, dass die Frauen den Bezug zur Realität verlieren. Beispiel : Wenn eine Mutter mit PPD die Phantasie hat, sie lässt ihr Baby im Kinderwagen irgendwo stehen und entledigt sich auf diese Weise der vermeintlichen Ursache ihres Unglücks, so ist ihr durchaus klar, dass das ganz schreckliche Gedanken sind. Eine Mutter mit Psychose hat diesen Realitätsbezug verloren.

Betroffene mit einer schizophrenen Form der Wochenbettpsychose sind extrem antriebslos, haben Halluzinationen und Wahnvorstellungen. Sie bauen sich ihre eigene Phantasiewelt auf. Sie leben fernab jeder Realität, sind dieser Welt entrückt, ver-rückt.

Manche sehen in ihrem Kind einen Dämon, ein Wesen, das ihnen Böses will. Andere glauben, ihr Baby sei Jesus.

Einige haben auch das Gefühl, etwas eingeflüstert zu bekommen und fühlen sich getrieben zu irgendwelchen rituellen Handlungen.

Es kommt vor, dass eine junge Mutter sich berufen fühlt, sich und ihr Baby dem Herrgott zu schenken.

Beispiel: „ Ich habe gedacht, ich bin Gott und mein Mann ist der Teufel und wir wären die Einzigen, die sich verstehen. Aber nicht auf direktem Weg, sondern indem jeder das Gegenteil von dem sagt, was er meint...“

Wichtig! Es kommt selten zu einer reinen Form der Wochenbettpsychose. Am häufigsten sind schizo - manische Mischbilder. Hier paart sich Euphorie mit Wahnvorstellungen und einer erheblichen Antriebssteigerung. Am gefährlichsten ist die schizo- depressive Mischform, da hier die größte Suizidgefahr besteht.

Frauen, die unter einer Psychose leiden, hören, fühlen und schmecken all die veränderten Dinge tatsächlich, auch wenn außer ihnen niemand dies so wahrnimmt.

Für die Betroffenen ist ihre Phantasie die Realität und es kann sie niemand vom Gegenteil überzeugen.

Glaubt eine psychotische Mutter beispielsweise, ihr Kind sei krank, lässt sie es untersuchen. Sagt der Arzt, dass das Baby kerngesund ist, glaubt sie es nicht, sondern geht vielmehr davon aus, dass mit dem Arzt etwas nicht stimmt.

Wenn sie in ihren Phantasien erlebt, dass das Kind auf dieser irdischen Welt leidet und nur durch den Tod gerettet werden kann, dann ist ihr Kind in höchster Gefahr.

Die Gefahr, des Suizids, des erweiterten Suizids und des Infantizids ist bei einer postpartalen Psychose besonders hoch.

Häufigkeit: Sehr selten, tritt bei ca. einer bis drei von 1000 Müttern auf.

Ursachen: Auch bei der Wochenbettpsychose geht man, wie bei der PPD von einem Ursachenkomplex aus. Unbestritten ist eine genetische Prädisposition. So waren rund 15% der Frauen, die an einer Puerperalpsychose erkranken, vorher schon einmal an einer Psychose erkrankt.

Auch kommen bei den Betroffenen gehäuft Psychosen in der Familiengeschichte vor.

Als weitere Ursachen für die Krankheit werden angenommen : hormonelle Veränderungen nach der Geburt, Persönlichkeitstypus, psychosoziale Faktoren.

Aber über den letztendlichen Grund für den Krankheitsausbruch herrscht - abgesehen von der Prädisposition - Unklarheit.

Therapie: Die Wochenbettpsychose ist eine extrem schwere psychische Erkrankung mit hoher Gefahr für Leib und Leben von Mutter und Kind. Aus diesem Grunde ist die Erkrankung immer als psychiatrischer Notfall anzusehen, der sofortiges Eingreifen von Ärzten erforderlich macht. Ein stationärer Aufenthalt und eine medikamentöse Behandlung sind unerlässlich. Eine langfristige Behandlung mit einer Kombination aus Psychopharmaka und Psychotherapie ist indiziert, um die Gefahr eines Rückfalls zu verringern. Mit all diesen Behandlungsmöglichkeiten besteht die große Chance zur Remission. Allerdings kann man nicht von Heilung sprechen, da die Gefahr eines Rückfalls besteht, vor allem bei nachfolgenden Geburten.

II.4) Posttraumatische Belastungs- und Angststörung:

Neben den drei klassischen Erkrankungen, bzw. Störungen (Babyblues, PPD, Wochenbettpsychose), gibt es noch zwei andere, seltene Probleme, die ich der Vollständigkeit halber kurz erwähnen will : Die posttraumatische Belastungsstörung und die postpartale Angststörung.

Häufigkeit für beide Störungen : ca. 1- 2 % aller Entbindungen.

Kurze Erklärung, Ursachen, Beispiel für beide Störungen:

Ursache der Posttraumatischen Belastungsstörung ist, dass die Frauen ihre Entbindung als traumatisch erlebt haben, auch wenn objektiv die Geburt gar nicht gefährlich verlaufen ist und nichts Bedrohliches passiert ist. Durch die Niederkunft - insbesondere die erste - kann die Mutter wegen der damit verbundenen unausweichlichen körperlichen Grenzerfahrungen höchstem Stress ausgesetzt sein und dadurch ein Trauma erleiden. Ausgeprägte, starke Schmerzen, das Gefühl der Hilflosigkeit, das Gefühl des Kontrollverlusts, oder andere Erfahrungen auf der Entbindungsstation werden als so schrecklich erlebt, dass sie in der Folgezeit immer wieder wie ein Film vor den Augen ablaufen („flashbacks“) . Verbunden damit sind Gefühle von innerer Stumpfheit, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit, depressiver Verstimmung und Alpträume. Situationen, die an die Geburt erinnern, werden gemieden, so auch Krabbelgruppen, Rückbildungsgymnastik oder auch nur das Gespräch über die Geburt. Dabei wäre genau das Gespräch, möglichst auch mit an der Geburt beteiligten Menschen, so nötig, damit sich das Ganze nicht zu einer chronischen Erkrankung entwickelt. Psychotherapie wäre darüber hinaus sinnvoll.

Gefahr: bei Chronifizierung Ausbildung einer Tokophobie (Angst vor Geburten, Wehen). Es wird alles getan, um nie wieder eine Geburt erleben zu müssen (Sexuelle Verweigerung, Sterilisation, Abtreibungen).

Als Beispiel für eine Postpartale Angststörung kann man die Angst vor plötzlichem Kindstod anführen. Beispiel : Eine Erstgebärende hatte für eine Familie ein Kind betreut, welches während der Betreuung an plötzlichem Kindstod verstarb. Während 5-6 Monate nach der Geburt ihres eigenen Kindes erfüllte sie permanente, fürchterliche Angst, ihrem Baby könnte es ebenso ergehen. Sie musste ihr Kind permanent beobachten. Sie versuchte, wach zu bleiben, um sicher zu gehen, dass das Kleine noch atme. Erst nach den gefährlichen ersten Monaten wurde die Angst etwas leichter.

II.5) Auswirkungen der Wochenbettstörungen auf das Kind und Störungen der Mutter - Kind - Beziehung

Die Wochenbettdepression und die Wochenbettpsychose sind Erkrankungen, die nicht nur die Mutter in höchstem Maße quälen, sondern auch für die anderen Familienangehörigen Auswirkungen haben - vor allem für das Neugeborene.

Der schlimmste aller anzunehmenden Fälle ist der Tod des Babys, entweder durch erweiterten Suizid oder Infantizid (=Tötung des eigenen Kindes).

Unter dem Einfluss einer akuten psychiatrischen Erkrankung, wie etwa einer Depression oder einer akuten Psychose kann es zum erweiterten Suizid kommen. Die betroffene Mutter ist aufgrund ihrer eigenen, ihr ausweglos erscheinenden Situation zum Suizid entschlossen. Da sie sich nicht vorstellen kann, ihr Kind allein zurückzulassen (z.B. weil die Welt so hoffnungslos ist, z.B. weil sie glaubt, das Kind sei einer Verfolgung ausgesetzt) entschließt sie sich, das Kind in den Freitod mitzunehmen. Sie tötet zunächst das Kind und dann sich selbst. Verlässliche Zahlen über die Häufigkeit des erweiterten Suizids existieren nicht.

Kindstötungen (= Infantizide) infolge Wochenbettdepressionen oder Wochenbettpsychosen sind zum Glück äußerst selten, es gibt eine englische Studie, die von einem Fall auf 50.000 Geburten berichtet.

Meist geschieht die Kindstötung, weil die Mutter unter psychotischen Symptomen leidet : Sie hat imperative, akustische Halluzinationen, hört also Stimmen, die ihr Befehle geben. Manche Mütter fühlen sich auch verfolgt oder leiden unter dem sogenannten „Doppelgängerphänomen“ (= Capgras - Syndrom), das heißt sie sind überzeugt, das Kind sei ausgetauscht - beispielsweise durch einen Satan. Dieses Satans muss die Mutter sich entledigen.

Kindstötungen infolge postpartaler Krankheiten sind zum Glück also extrem selten. Sie sind aber weder eine Erscheinung unserer Zeit, noch die Tat besonders „böser“ Menschen. Meist sind sie das Ergebnis einer Schweren seelischen Erkrankung. Und sie sind fast immer vermeidbar, wenn die Mutter Hilfe bekommt. Damit aber die Umstände, die zur Tötung eines Babys führen, rechtzeitig erkannt und behoben werden, muss das Tabu um ihre Ursachen gebrochen werden. Nur so ist es möglich, dass Menschen aufmerksam sind für Probleme junger Mütter und ihnen helfen können.

Die Entwicklung der Mutter - Kind - Beziehung ist der wichtigste Prozess der postpartalen Phase. Die klinischen Störungen der Mutter - Kind - Beziehung (= MKB) können eine Folge von PPD oder Wochenbettpsychose sein. Nach neuesten Erkenntnissen weisen ca. 50 % der Mütter, die infolge psychischer postpartaler Probleme behandelt werden mussten, leichte MKB - Störungen auf, 12 - 16 % haben schwere MKB -Störungen. In der allgemeinen Bevölkerung haben nur etwa 1 % der Mütter diese Probleme.

Es gibt zwei Manifestationen

- Mangel an Einfühlsamkeit, Mangel an Gefühlen für das Baby, Entfremdung („dies ist nicht mein Kind“). Wenn diese Gefühlskälte stark ausgeprägt ist, führt sie zu Feindseligkeit, Hass und Ablehnung des Kindes.
- Starke negative Emotionen wie Ärger und Wut, die dazu führen, dass die Mutter Außer sich gerät, schreit und flucht und das Kind misshandelt.

Auch die postpartale Depression kann Langzeitfolgen für das Kind haben

In den letzten 20 Jahren führten zahlreiche Forschergruppen Langzeituntersuchungen an Säuglingen depressiver Mütter durch, um die affektive und kognitive Entwicklung dieser Kinder zu studieren. Dabei wurde bei dieser Gruppe Kinder eine höhere Rate psychopathologischer Auffälligkeiten festgestellt. Neben einer Häufung von kognitiven Defiziten und Verhaltensstörungen scheint eine weitere Langzeitfolge die Entwicklung von unsicheren Beziehungsstrukturen bei diesen Kindern zu sein.

Als wichtiger Punkt bezüglich der Langzeitfolgen hat sich die Chronizität der Mütterlichen PPD ergeben: Mehrere Studien haben festgestellt, dass mütterliche Erkrankungen, die länger als 6 Monate bestehen bleiben, eine weitaus schlechtere Prognose für das Kind darstellen, als früh remittierte oder erfolgreich behandelte Depressionen.

Auch aus diesen Gründen ist eine frühzeitige Feststellung und Behandlung extrem wichtig.

III.) Schlusswort:

Die postpartalen psychischen Probleme werden nach wie vor tabuisiert. Man erzählt von Freudentränen, verschweigt die Heultage, schwärmt vom Mutterglück und vergisst, dass es auch Mutterleid gibt.

Während der Zeit der Schwangerschaft wird einem von allen Seiten nur eine wunderschöne, rosarote Zukunft mit Baby avisiert. Niemand warnt junge Mütter, dass es nach einer Geburt auch ernste seelische Krisen geben kann. Sogar Gynäkologen, Kinderärzte und Hebammen fühlen sich beim Thema „Seelische Krisen nach der Geburt“ oft überfordert. Während in angelsächsischen Ländern bei der Versorgung der Wöchnerin ebenso selbstverständlich auf die Rückbildung der Gebärmutter, wie auf die seelische Verfassung der Mutter geachtet wird, gehört dieser Teil der Nachsorge in Deutschland nicht zum Standard. So werden Mütter in ihrem Unglück allein gelassen.

Wenn man in meiner Ausarbeitung gelesen hat, was für schwere, zum Teil auch katastrophale Folgen eine Wochenbettdepression oder Wochenbettpsychose haben kann, denke ich, dass es an der Zeit ist, diese Dinge öffentlich zu machen. Ganz wichtig ist es auch, den Fokus auf Prävention und Aufklärung zu richten, dann könnten viele Tränen der Verzweiflung ungeweint bleiben.

Quellenangabe:

- Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, de Gruyter Verlag
- Psychiatrie und Psychotherapie von Möller, Laux, Deister Thieme Verlag
- ICD-IO-SGB V Deutscher Ärzte-Verlag
- Kurzlehrbuch Psychiatrie Brunhuber/ Lieb Mediscript Verlag
- Checkliste Psychiatrie und Psychotherapie T. Payk Thieme Verlag
- Mutterglück und Mutterleid /Diagnose und Therapie der PPD Facultas Verlag
- Mutterseelenallein Pascale Gmür Familien Praxis Verlag
- Freudentränen und Babyblues Bettina Salis rororo Verlag
- Wochenbettdepression K. Dalton Hans Huber Verlag
- Seelische Störungen im Wochenbett R. Gödtel
- Postpartum- Psychosen J.Schöpf

Internet:

- [-www.schatten-und-licht.de](http://www.schatten-und-licht.de)
- [-www.depression.ch](http://www.depression.ch)
- [-www.psychiater.at](http://www.psychiater.at)
- www.babyzimmer.net
- www.kompetenznetz-depression.de
- www.marce-gesellschaft.de