



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Postpartale Depression unter besonderer
Berücksichtigung der Väter“

Verfasserin

Sabine Schilcher

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt: Diplomstudium Pädagogik

Betreuer: O. Univ. Prof. Dr. M. H. Friedrich

Danksagung

Besonders möchte ich mich bei Prof. Friedrich bedanken, der freundlicherweise die Betreuung meiner Diplomarbeit übernommen hat. Außerdem möchte ich mich bei all jenen Personen bedanken, die mir mit Rat in dieser schwierigen Phase beigestanden haben und mich immer mit aufbauenden Worten moralisch unterstützt haben.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
1.1	Forschungsinteresse	4
1.2	Methodische Umsetzung.....	4
1.3	Gliederung der Diplomarbeit	5
2	Begriffsbestimmungen	6
2.1	-natal	6
2.1.1	Pränatal / praenatal und antenatal.....	6
2.1.2	Perinatal	6
2.1.3	Postnatal.....	7
2.2	-partal	7
2.2.1	Präpartal / praepartal und antepartal	7
2.2.2	Peripartal	7
2.2.3	Postpartal	7
2.3	Depression	8
2.3.1	Postnatale Depression beim Kind.....	8
2.3.2	Postpartale Depressionen beim Erwachsenen	8
3	Abgrenzung der PPD gegenüber anderen psychischen krankhaften Geschehnissen im Zuge einer Schwangerschaft	10
3.1	Schwangerschaft als normative Krise	11
3.2	Postpartaler Blues.....	14
3.3	Postpartale Psychose.....	15
3.4	Postpartale Depression	15
3.4.1	Derzeitige Klassifikation der PPD - Häufigkeit und Verlauf der PPD	17
3.4.2	Ursachenforschung.....	18
3.4.3	PPD als Risikofaktor	20

3.4.3.1	Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung	20
3.4.3.2	Die Bedeutung der Depression für die Mutter-Kind-Interaktion	21
3.4.3.3	Bedeutung der Vater-Kind-Interaktion bei Vorliegen einer mütterlichen PPD	23
4	Forschungsstand.....	24
4.1	Bindungstheorie	24
4.2	Eltern-Kind-Interaktionsforschung	27
4.3	Untersuchungen zur PPD.....	29
4.3.1	Forschungen zu Interaktionsstörungen im internationalen Feld ...	29
4.3.2	Forschungen zu Interaktionsstörungen im deutschsprachigen Feld.	33
4.4	Die Folgen von PPD innerhalb des Familienverbandes	38
	Zusammenfassung.....	41
5	Die Bedeutung des Vaters	45
5.1	Die Bedeutung von Schwangerschaft und Wochenbett für Väter.....	45
5.2	Die Bedeutung des Vaters als PPD-Träger.....	47
5.3	Die Bedeutung des Vaters als Co-Therapeut.....	48
	Zusammenfassung.....	50
6	Analyse der Einrichtungen und Hilfsangebote für perinatale Krisen in Wien.	51
6.1	Informations- und Beratungsstellen.....	52
6.1.1	Eltern-Kind-Zentren der MAG ELF (Stadt Wien).....	52
6.1.2	ZEF – Zentrum für Entwicklungsförderung (Stadt Wien)	53
6.1.3	Eltern-Kind-Zentrum Gilgegasse (gemeinnütziger Verein)	54
6.1.4	F.E.M.-Elternambulanz	54
6.1.5	NANAYA – Zentrum für Schwangerschaft, Geburt und Leben mit Kindern (gemeinnütziger Verein).....	56
6.2	Ambulanzen	56

6.2.1	Psychosomatische Ambulanz der Gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung – Kaiser Franz-Josef Spital	57
6.2.2	Baby-Care-Ambulanz – Gottfried Preyer’sches Kinderspital	57
6.2.3	Familienhebammen und Hebammenstützpunkt der Stadt Wien (MA 15)	58
6.2.4	Hebammenzentrum - Verein freier Hebammen	58
6.2.5	Säuglingspsychosomatik mit Schreiambulanz / KK Glanzing – Wilhelminenspital	59
6.2.6	Psychiatrische Ambulanz – SMZ Ost.....	61
6.3	Stationäre psychiatrische Einrichtungen	61
6.3.1	Department für Perinatale Psychiatrie – Otto Wagner Spital	61
6.3.2	Psychiatrische Abteilung – Kaiser Franz-Josef Spital.....	63
6.3.3	Universitätsklinik für Psychiatrie, Abteilung für Sozialpsychiatrie und Evaluationsforschung – AKH.....	63
6.4	Selbsthilfegruppen und Netzwerke.....	64
6.5	Informationsmaterialien zur PPD.....	65
7	Ergebnisdarstellung	67
8	Pädagogische Relevanz	71
9	Resümee.....	73
	Quellenverzeichnis	76
	Anhang.....	84

1 Einleitung

Mein Interesse für dieses Thema wurde durch Zufall geweckt. Als ich selbst Patientin im Krankenhaus war, lernte ich eine Frau kennen, die an einer postpartalen Depression litt. Als ich sah, wie sie sich täglich die Milch abpumpen musste, weil sie auf Grund der Psychopharmaka-Einnahme ihr Kind nicht stillen durfte, löste dieses Bild bei mir sofort die Frage aus: Hat es nicht für das Kind Folgen, wenn die Mutter wegen ihrer Depression nicht für das Kind da sein kann, wenn der Körperkontakt beim Stillen fehlt und sie räumlich voneinander getrennt sind? Dieses Erlebnis erzeugte bei mir den Wunsch, mich näher mit dieser Thematik auseinander zu setzen. In der Folge stellte sich die Frage „Gibt es spezielle Mutter-Kind-Einrichtungen für betroffene Frauen und bekommen auch die Väter diesbezüglich Unterstützung?“

Die Geburt eines Kindes bedeutet für Mütter nicht immer nur Freude und Glück. Viel häufiger, als man denkt, leiden Frauen an den Folgen einer postpartalen Depression (PPD). Eine Geburt wird im Allgemeinen jedoch als glückliches Ereignis betrachtet. Gefühle der Traurigkeit lassen sich daher mit der Geburt eines Kindes nur schwer vereinbaren. In unserer Gesellschaft herrscht diesbezüglich ein Mythos vor, der Müttern suggeriert, in dieser Phase glücklich sein zu müssen. Demnach wird gerade dieses Thema oftmals tabuisiert, obwohl die PPD eine sehr häufige Komplikation nach der Geburt ist – sie betrifft immerhin 10-15% aller Mütter (vgl. Klier, C. / Demal, U. / Katschnig, H. 2001, S. 7). Dieser hohe Prozentsatz lässt sich vermutlich auf die zahlreichen biologischen und psychosozialen Veränderungen zurückführen, welche durch die Geburt ausgelöst werden. Es ist durchaus anzunehmen, dass Frauen während der Schwangerschaft eine erhöhte Vulnerabilität aufweisen, die den Ausbruch einer prä- oder postpartalen Erkrankung begünstigt. Das Störungsbild ist sehr umfassend und weit ausdifferenziert. Zudem dürfte auch eine familiäre Prädisposition das Auftreten einer PPD begünstigen (vgl. Wimmer-Puchinger, B. & Riecher-Rössler, A. 2006, S. 13 f.).

1.1 Forschungsinteresse

Aufgrund der bisherigen Erhebungen zu diesem Thema liegt die Vermutung nahe, dass es einer Neu-Klassifikation der PPD und – daraus abgeleitet – einer differenzierteren Betrachtungsweise des Betroffenseins der Väter bedarf, um Hilfsangebote entsprechend sinnvoll gestalten zu können.

Gemäß der Hypothese, dass Väter noch immer zu selten in Hinblick auf PPD gescreent werden, und gemäß der Hypothese, dass ihnen gerade beim Vorliegen einer mütterlichen PPD eine entscheidende Bedeutung für die kindliche Entwicklung zukommt, erhebt sich an dieser Stelle die Frage, welche Institutionen und Einrichtungen es für Betroffene in Wien gibt und welche unterstützenden Maßnahmen dort speziell für Väter sowohl von anderen Fachdisziplinen als auch von pädagogischer Seite angeboten werden, um in Hinkunft auch Vätern entsprechende pädagogisch orientierte Hilfsmaßnahmen anbieten zu können – sei es nun als PPD-Träger oder in ihrer Funktion als „Co-Therapeuten“.

1.2 Methodische Umsetzung

Es werden all jene Ergebnisse aus internationalen und nationalen Studien der PPD-Forschung herausgearbeitet, welche sich auch auf die Betroffenheit der Väter beziehen. In einem nächsten Schritt werden die in Wien bestehenden Einrichtungen und Hilfsmaßnahmen erhoben, die sich gezielt mit PPD befassen, und deren Angebote speziell für Väter analysiert. Zu diesem Zweck werden die jeweiligen Institutionen und Vereine kontaktiert sowie allfälliges Informationsmaterial gesichtet und ausgewertet. Die theoretische Basis hierfür bilden die Säuglings- und Elternforschung, die Bindungstheorie und die Eltern-Kind-Interaktionsforschung. Im Anschluss daran wird der Fokus darauf gerichtet, ob und inwiefern aufgrund der theoretischen Auseinandersetzung eine Angebotsadaption und -erweiterung notwendig erscheint. In diesem Kontext wird die Niederschwelligkeit der bereits bestehenden Angebote zudem besonders in den Blick genommen.

Anschließend wird der Frage nachgegangen, welcher Präventionsmaßnahmen es sowohl für Mütter als auch für Väter bedarf, um die Entstehung einer PPD bereits im Vorfeld der Geburt möglichst zu vermeiden.

1.3 Gliederung der Diplomarbeit

In Kapitel 2 soll vorerst eine Begriffsbestimmung als Einführung in diese Thematik gegeben werden. Kapitel 3 dient der Abgrenzung der postpartalen Depression gegenüber anderen psychischen krankhaften Geschehnissen im Zuge einer Schwangerschaft, da der Fokus dieser wissenschaftlichen Arbeit primär auf dem seelischen Zustand sowohl der (werdenden) Mutter als auch des (werdenden) Vaters liegt. Zudem werden die Häufigkeit, der Verlauf der Krankheit, die Ursachenforschung und mögliche Risikofaktoren der PPD besprochen. Überdies erfolgt eine Erläuterung der Bedeutung der Depression für die Mutter-Kind-Beziehung und auch für die Vater-Kind-Beziehung. In Kapitel 4 werden die Bindungstheorie und die Eltern-Kind-Interaktionsforschung besprochen, da sie für das Verständnis dieser wissenschaftlichen Arbeit unabdingbar sind. Im nächsten Schritt folgt eine Darstellung des aktuellen Forschungsstands. Im Anschluss werden die Folgen der PPD innerhalb des Familienverbandes erläutert. Kapitel 5 dient der besonderen Stellung des Vaters in Bezug auf postpartale Depressionen. Einleitend soll die Bedeutung von Schwangerschaft und Wochenbett für den Vater behandelt werden. Anschließend folgt die Bedeutung des Vaters sowohl als PPD-Träger als auch als sogenannter Co-Therapeut. In Kapitel 6 folgt die Analyse der Einrichtungen und Hilfsangebote für perinatale Krisen in Wien.

Abschließend kommt es zur Ergebnisdarstellung sowie zum Resümee. Ziel der wissenschaftlichen Arbeit ist es, einerseits die betroffenen Personengruppen (Eltern und Angehörige sowie das Personal der involvierten Berufsgruppen) über die Wichtigkeit dieses Themas aufzuklären und andererseits die bestehenden Hilfsangebote in Wien im Überblick darzustellen.

2 Begriffsbestimmungen

Da in der deutschsprachigen wissenschaftlichen Literatur die Unterscheidung zwischen *-partalen* und *-natalen* Störungen nicht einheitlich durchgeführt wird, ist es notwendig, in einem nächsten Schritt Bedeutungszuschreibungen zu den verschiedenen Begriffen vorzunehmen, um diese eindeutig voneinander abzugrenzen.

2.1 -natal

Vorgänge und Veränderungen, welche in erster Linie den Fötus bzw. das Neugeborene sowie das Kind betreffen, werden in der hier vorliegenden wissenschaftlichen Auseinandersetzung durch die lateinische Adjektivendung *-natal* („geburtlich“, „die Geburt betreffend“) bezeichnet. Hierbei wird eine zeitliche Unterscheidung durchgeführt, indem der Zeitpunkt der Geburt als Bezugsgröße herangezogen wird und eine Unterscheidung in *prae-* oder *ante-*, in *peri-* sowie in *postnatal* getroffen wird (vgl. hierzu auch <http://de.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%A4natal> [2011-07-23]).

2.1.1 *Pränatal / praenatal und antenatal*

Die aus dem Lateinischen abgeleiteten, aus der Vorsilbe *prae-* bzw. *ante-* („vor“) und *natus* („geboren“) zusammengesetzten Begriffe *pränatal* (*praenatal*) und *antenatal* bedeuten „vor der Geburt“ und beziehen sich auf den Fötus (vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%A4natal> [23-07-2011]; vgl. Brockhaus Gesundheit 2004, S. 974; vgl. Herrmann, S. 2006, S. 5).

2.1.2 *Perinatal*

Vorgänge, welche um den Geburtszeitraum stattfinden, werden mit der lateinischen Vorsilbe *peri-* („um ... herum“, „in der Nähe“, „über ... hinaus“¹) bezeichnet (vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%A4natal> [23-07-2011]). *Perinatal* bedeutet daher „kurz vor oder nach der Geburt“ und bezieht sich auf den Fötus oder das Neugeborene (vgl. hierzu auch Brockhaus Gesundheit 2004, S. 942).

¹ peri-: siehe hierzu auch Brockhaus Gesundheit 2004, S. 942

2.1.3 *Postnatal*

Postnatal, aus dem Lateinischen *post-* („nach“) und *natalis* zusammengesetzt, bedeutet „nach der Geburt auftretend“ und bezieht sich auf das Neugeborene und das Kind (vgl. ebd.).

2.2 **-partal**

Im Gegensatz zu den Vorgängen und Veränderungen, welche das Kind betreffen, werden in der hier vorgelegten wissenschaftlichen Arbeit alle körperlichen und psychischen Veränderungen bei der (werdenden) Mutter durch die lateinische Adjektivendung *-partal* („die Entbindung betreffend“) bezeichnet. Hierbei wird ebenfalls eine zeitliche Unterscheidung hinsichtlich des Geburtszeitpunktes durchgeführt und eine Unterscheidung in *prae-* oder *ante-*, in *peri-* sowie in *postpartal* getroffen (vgl. hierzu auch <http://de.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%A4natal> [23-07-2011]).

2.2.1 *Präpartal / praepartal und antepartal*

Die Begriffe *prä-* (*prae-*) und *antepartal* beziehen sich in der hier vorliegenden wissenschaftlichen Diskussion auf den Zustand der werdenden Mutter sowie des Lebenspartners (vgl. hierzu auch <http://de.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%A4natal> [23-07-2011]).

2.2.2 *Peripartal*

Die Bezeichnung *peripartal* bezieht sich in dieser Arbeit auf das körperliche und seelische Befinden der Mutter und/oder des Lebenspartners um den Geburtszeitpunkt herum (vgl. hierzu auch <http://de.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%A4natal> [2011-07-23]; vgl. hierzu auch Brockhaus Gesundheit 2004, S. 942).

2.2.3 *Postpartal*

Die Bezeichnung *postpartal* bedeutet „nach der Entbindung auftretend“ und bezieht sich in dem hier vorliegenden wissenschaftlichen Aufsatz auf die Mutter und/oder ihren Lebenspartner (vgl. hierzu auch Brockhaus Gesundheit 2004, S. 972).

2.3 Depression

Das Wort Depression kommt von *deprimere* (lat.) und bedeutet „niederdrücken“ (vgl. Brockhaus Gesundheit 2004, S. 269). Hierbei handelt es sich um „eine psychische Erkrankung mit deutlich gedrückter, pessimistischer Stimmung, Antriebsminderung und eventuell Selbsttötungstendenzen (...). Internationalen Studien zufolge leiden in (...) westlichen Industrienationen etwa 10-15% aller Erwachsenen zumindest gelegentlich an einer D[epression]. Etwa ein Viertel davon entwickelt ein schweres Krankheitsbild.“ (Brockhaus Gesundheit 2004, S. 269) Generell weisen Frauen weltweit ein 1-3 Mal höheres Risiko als Männer auf, an einer Depression zu erkranken (vgl. Kuehner C, 2003, S. 163-174; vgl. Kohl C, S. 130; in: Neuropsychiatrie 2003, Band 17).

2.3.1 Postnatale Depression beim Kind

Aufgrund einer gestörten Interaktion zwischen dem Säugling und der Mutter kann es beim Kind zu einer Postnatalen Depression, einer so genannten frühkindlichen Depression, kommen.

2.3.2 Postpartale Depressionen beim Erwachsenen

Prinzipiell können sowohl (werdende) Mütter als auch deren Lebenspartner an einer *-partalen* Depression erkranken. Fällt das Auftreten der Symptome in die Zeit der Schwangerschaft, wird die Depression in der hier vorgelegten Arbeit als *Präpartale Depression* bezeichnet, wohingegen eine Erkrankung um den Geburtstermin herum als *Peripartale Depression* klassifiziert wird. Stellen sich die Symptome erst während der ersten Lebensmonate des Kindes beim Erwachsenen ein, wird der Begriff *Postpartale Depression* verwendet.

In älteren Arbeiten zu diesem Thema wird (noch) nicht Bezug genommen auf die Tatsache, dass auch die Lebenspartner unter depressiven Störungen leiden können. Dies wird besonders deutlich, wenn man klassische Definitionen zur sogenannten Schwangerschafts- bzw. Wochenbettdepression heranzieht, wie etwa jene aus dem Gesundheits-Brockhaus. Dort kann man Folgendes lesen: „Während einer Schwangerschaft erleiden manche Frauen eine Schwangerschaftsdepression, andere unmittelbar nach der Geburt eine Wochenbettdepression. Beide Formen werden bei entsprechender Veranlagung durch die während und nach Beendigung

der Schwangerschaft stattfindenden Hormonumstellungen begünstigt und klingen mit der Normalisierung des Hormonhaushaltes meist von selbst wieder ab.“ (Brockhaus Gesundheit 2004, S. 269)

3 Abgrenzung der PPD gegenüber anderen psychischen krankhaften Geschehnissen im Zuge einer Schwangerschaft

Da der Fokus dieser wissenschaftlichen Auseinandersetzung auf dem seelischen Zustand sowohl der (werdenden) Mutter als auch des Vaters² liegt und somit auf die Postpartale Depression gerichtet ist, wird in einem nächsten Schritt eine Abgrenzung dieser speziellen Form der depressiven Erkrankung gegenüber anderen krankhaften psychischen Geschehnissen vorgenommen.

Nach Riecher-Rössler können drei postpartal auftretende psychische Störungen unterschieden werden: Der *Postpartale Blues*, die *Postpartale Psychose* und die *Postpartale Depression* (vgl. Riecher-Rössler 2006, S. 12). Der Postpartale Blues gilt als Störung, er vergeht (zumeist) ohne therapeutische Maßnahmen, wohingegen sowohl die Postpartale Psychose als auch die Postpartale Depression als schwerwiegende Erkrankungen angesehen werden.

Postpartal auftretende psychische Störungen und Erkrankungen fallen in einen Zeitraum, in welchem Säuglinge fundamental auf die Bedürfnisbefriedigung durch die primäre Bezugsperson angewiesen sind, die in der Regel die Mutter ist. Gerade in den ersten drei Lebensmonaten ist die psychische Entwicklung eines Kindes noch sehr labil, weshalb man sowohl diese psychischen Störungen als auch die Erkrankungen als erhöhtes Risiko einstuft (vgl. <http://www.grin.com/de/e-book/69725/postpartale-depressionen-und-ihre-auswirkungen-auf-die-mutter-kind-beziehung> [04-08-2011]). Während postpartale psychische Störungen sich in der Regel von alleine wieder geben, bedürfen postpartale psychische Erkrankungen (zumeist³) einer Behandlung. Dennoch bedarf es auch bei Frauen, welche eine

² Wenn in der hier vorliegenden Arbeit vom „Vater“ oder von „Vätern“ gesprochen wird, sind auch jene Personen gemeint, die in der Triangulierung funktionell die Rolle des biologischen Vaters übernehmen (wie etwa der Lebenspartner der Mutter).

³ Klier spricht in diesem Zusammenhang davon, dass eine PPD üblicherweise nach 6 bis 9 Monaten zwar von selbst wieder zurückgeht, aber dennoch unbedingt behandelt werden sollte, weil „die Mutter in dieser Zeit eine spezifisch-schwierige Aufgabe hat, nämlich ein Baby zu versorgen. Viele Mütter sind nach der Depression oft sehr traurig, weil sie quasi das erste Jahr mit ihrem Baby versäumt haben, weil es ihnen nicht möglich war, eine Bindung zum Kind einzugehen“. (<http://gesund.co.at/postpartum-depression-11418/> [24-07-2011])

postpartale Störungssymptomatik aufweisen, einer Aufklärung. Es ist wichtig, „ihnen vermehrt Zuwendung zu geben und den weiteren Verlauf zu beobachten, weil das Risiko dieser Frauen für eine Postpartale Depression erhöht ist.“ (Kohl 2003, S. 131)

Oftmals werden sowohl postpartale Störungen als auch Erkrankungen nicht erkannt und somit nicht weiter beobachtet oder therapiert, was sowohl für die Mutter als auch für das Kind schwerwiegende Folgen haben kann. Wird eine solche Störung oder eine solche Krankheit diagnostiziert, sollte der Lebenspartner in die Aufklärung und gegebenenfalls ebenso wie das Kind in die Therapie involviert werden, um Spätfolgen für die seelische Gesundheit der Betroffenen sowie für die Eltern-Kind-Beziehung und für die Partnerschaft zu vermeiden (vgl. hierzu auch Riecher-Rössler, Hofecker Fallahpour 2003, S. 109 ff.).

Auch die übrige Familie wird vom Auftreten einer postpartalen Störung oder Erkrankung zumeist affiziert. Da aber gerade dem sozialen Umfeld für die Bewältigung einer solchen Situation in vielen Fällen eine entscheidende Bedeutung zukommt, wäre es wichtig, Aufklärungsarbeit auch in dieser Hinsicht zu betreiben. Wesentlich ist, dass alle Beteiligten ein Verständnis für die prekäre Lage entwickeln können, zumal die meisten betroffenen Wöchnerinnen aus Scham oder aus Schuldgefühlen über ihr vermeintliches Versagen als Mütter schweigen (vgl. hierzu auch Klier / Demal / Katschnig 2001, S. 23). Nur wenige Mütter finden den Weg in eine Behandlung, viele von ihnen erhalten falsche Informationen: „Naja, Frauen geht es immer schlecht nach der Geburt.“ (<http://gesund.co.at/postpartum-depression-11418/> [04-04-2011])

3.1 Schwangerschaft als normative Krise

In diesem Punkt soll nun speziell die Bedeutung von Schwangerschaft und der Übergang zur Elternschaft besprochen werden, da es für das Verständnis dieser Arbeit notwendig ist, sich mit dieser Thematik auseinanderzusetzen.

Schwangerschaft bedeutet nicht nur eine fundamentale biologische Umstellung des Körpers, sondern betrifft ebenfalls die Psychodynamik der inneren Welt der Schwangeren (vgl. Diem-Wille, G. 2003, S. 57). Unbewältigte Konflikte mit den eigenen Eltern und unerfüllte Hoffnungen werden sowohl auf der bewussten als auf der unbewussten Ebene wiedererlebt. Durch das Heranwachsen des Fötus im

eigenen Körper können auch Ängste erlebt werden. Großteils bleibt diese innere Umgestaltungsarbeit unbewusst und äußert sich in großer Müdigkeit und Erschöpfung, die durch das Niederhalten und Verdrängen dieser psychischen Fragen hervorgerufen worden sind (a.a.O.). Die Schwangerschaft wird von vielen Frauen mit gemischten und ambivalenten Gefühlen erlebt (vgl. Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler 2006, S. 22). Es kann schon sehr beruhigend für werdende Eltern sein, Bescheid zu wissen, dass gerade während der Schwangerschaft sowohl die werdende Mutter als auch der werdende Vater von gemischten Gefühlen überschwemmt werden können. Es wird als entlastend erlebt, informiert zu sein, dass es normal ist, sich nicht nur auf das Baby zu freuen, sondern auch negative Gefühle beziehungsweise Ängste bezüglich des Kindes haben zu können. Es ist auch legitim, sich Gedanken darüber zu machen, keine Zeit mehr für sich und den Partner zu haben (vgl. Diem-Wille 2003, S. 67). „Eifersucht und Rivalität fühlen zu dürfen und darüber sprechen zu dürfen, können dazu beitragen, diese negativen Gefühle vielleicht nicht verdrängen zu müssen. Ganz im Gegenteil, wir wissen, dass Frauen und Männer, die diese aggressiven Gefühle zeigen können oder sie in Sorge um Missbildungen, Tod oder Verlust des Fötus indirekt zeigen, emotional robuster sind. Es hat eine kathartische Wirkung, sich seine positiven und negativen Gefühle eingestehen zu dürfen.“ (ebd.) Ein wichtiger Aspekt dieser hier vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit ist auch die Thematik, wie Väter Schwangerschaft und Wochenbett der Frau erleben (siehe dazu auch 5.1).

Jedoch lassen sich auch auf der bewussten Ebene einige Phänomene anführen, was Schwangerschaft für werdende Eltern bedeutet. Vorweg muss gesagt werden, dass diese meist keine Vorbereitung auf die Elternschaft erhalten. Ebenso haben viele bislang keine Erfahrung im Umgang mit Kindern gemacht. Außerdem steckt auch ein gewisser kultureller Druck dahinter, Eltern zu werden. Es findet einfach ein grundlegender, irreversibler Rollenwechsel statt. Auch die Richtlinien für die Rolle der Mutter sind normativ überhöht, werden idealisiert und sind für Frauen nur schwer einlösbar (vgl. Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler 2006, S. 22).

Der Übergang zur Elternschaft (für die Frau zur Mutterschaft) wird „als mehrdimensionaler und langfristiger Veränderungsprozess“ (Gloger-Tippelt, G. 1998, S. 14) angesehen. Nach Gloger-Tippelt kann die Anpassung an die veränderten

Lebensumstände im Laufe der Schwangerschaft in mehrere Phasen zusammengefasst werden.

Phasen des Übergangs zur Elternschaft nach Gloger–Tippelt (1988):

- Verunsicherungsphase bis ca. 12. SSW
- Anpassungsphase ca. 12. bis 20. SSW
- Konkretisierungsphase 20. bis 32. SSW
- Antizipation und Vorbereitung ca. 32. bis 40. SSW
- Geburt
- Erschöpfung und Überwältigung 4 bis 8 Wochen nach der Geburt
- Herausforderung und Umstellung 2. bis 6. Lebensmonat des Kindes
- Gewöhnungsphase 2. Hälfte des ersten Lebensjahres

Selbstverständlich können auch psychosoziale Konsequenzen Auswirkungen auf die Schwangerschaft und Postpartalzeit haben. Insgesamt können sich Konsequenzen für die gesamte Familiendynamik ergeben. Psychosoziale Belastungen der Frauen haben neben einem hohen Leidensdruck auch eine große sozialmedizinische Bedeutung, da die depressive Stimmung der Frauen oft weder vom Partner noch von der Familie verstanden beziehungsweise erkannt wird. Auch die Antriebslosigkeit der Frauen wird nicht als Depression verstanden, weil dies einfach nicht der sozialen Rollenerwartung von der idealen Mutter entspricht. Diese Nichtentsprechung belastet einerseits die Beziehungen der (werdenden) Mutter zu ihrem engsten Umfeld und erschwert andererseits zusätzlich die Umstellung auf die Elternschaft (vgl. Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler 2006, S. 27). [Siehe dazu auch 2.1]

Daraus lässt sich schließen, dass gerade deswegen den Vätern viel mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden muss, denn sie sollten bereits in der Schwangerschaft der Frau über mögliche psychische Störungen, die auftreten können, besser informiert sein. Sie sollten aber auch konkrete Hilfestellungen bekommen, wie sie ihre Frauen unterstützen können, sowohl prä- als auch postpartal.

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass das Erleben von Schwangerschaft von ambivalenten Gefühlen begleitet ist und daher als bedeutendes „Life-Event“, besser gesagt als lebensveränderndes Ereignis

angesehen werden kann. Verunsichernde Gefühle sind vor allem im ersten Trimenon ganz normal, daher wird Schwangerschaft als normative Krise bezeichnet (Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler 2006, S. 26). „...Schwangerschaft kann auch als psychische Vorbereitungszeit für die Übernahme der neuen Aufgabe und Verantwortung als Mutter, die ein Abschiednehmen von der vertrauten Zeitstruktur für die Frau selbst und die Paarbeziehung bedeutet,...“ (Diem-Wille 2003, S. 58) angesehen werden. Generell muss festgehalten werden, dass psychischen Störungen häufig ein bedeutendes „Life-Event“ vorausgeht. In diesem Sinn muss darauf hingewiesen werden, dass dafür sowohl positive als auch negative Erfahrungen als auslösende Faktoren verantwortlich sein können (vgl. Rhode 2004, S. 35; zit. nach Herrmann, 2006, S. 7).

3.2 Postpartaler Blues

Der Postpartale Blues gilt als die leichteste Form einer nachgeburtlich auftretenden psychischen Störung. Hierbei handelt es sich um „einen leichteren Verstimmungszustand“ (Riecher-Rössler 2001, S. 24), welcher in der ersten Woche nach der Entbindung auftreten kann und zumeist nach etlichen Stunden bzw. Tagen – wie bereits dargelegt – ohne therapeutisches Zutun wieder abklingt. Kohl gibt hierzu an, dass zu den Symptomen „Stimmungs labilität, Weinerlichkeit, (...) Euphorie, Überempfindlichkeit, Schlaflosigkeit und Ängste, den neuen Aufgaben nicht gewachsen zu sein“ (Kohl 2003, S. 131), gehören und unmittelbar nach der Geburt beginnen. „Dieser Symptomenkomplex (...) erreicht einen Gipfel am 4./5. Tag postpartal und klingt innerhalb von 10 Tagen vollständig ab. Der Postpartum Blues erfordert daher keine spezifische Therapie.“ (a.a.O.)

Während Riecher-Rössler konstatiert, dass 25-40% der Wöchnerinnen von dieser psychischen Störung betroffen sind, nennt Kohl einen Prozentsatz 30-75% (vgl. Riecher-Rössler 2006, S. 12 sowie Kohl, 2003, S. 131). Einige Studien weisen nach Riecher-Rössler sogar Größenordnungen von 80% auf: „Diese erhebliche Schwankungsbreite hängt vor allem mit den methodischen Unterschieden der verschiedenen Studien zusammen.“ (Riecher-Rössler 2001, S. 25) Dennoch geht aus diesen Zahlen hervor, dass der Postpartale Blues die häufigste psychische Störung im Rahmen einer Geburt ist und eine große Anzahl der Wöchnerinnen

davon betroffen sind, jedoch ohne dass dies in den meisten Fällen medizinisch abgeklärt ist.

In diesem Zusammenhang liegt die Vermutung nahe, dass auch Männer Symptome eines Postpartalen Blues entwickeln können. Wissenschaftliche Untersuchungen hierzu konnten aber bisher nicht gefunden werden.

3.3 Postpartale Psychose

Die Postpartale Psychose stellt eine schwere psychische Erkrankung dar. Mit einem Prozentsatz von 0,1-0,2% ist sie die seltenste postpartal auftretende krankhafte psychische Symptomatik. Sie wird auch als Wochenbettpsychose oder Puerperalpsychose bezeichnet. „Die Patientinnen zeigen meist eine schwere Depression oder Manie mit Wahnsymptomen und Halluzinationen, oft mit schnellem Symptomwandel, und haben auch ein erhöhtes Infantizid- und Suizidrisiko. Die Erkrankung beginnt in den ersten Wochen nach der Entbindung und dauert ein paar Wochen bis mehrere Monate. Die Therapie sollte möglichst frühzeitig beginnen, wobei meist eine stationäre Aufnahme, bevorzugt in einer Mutter-Kind-Einheit, notwendig ist.“ (Kohl 2003, S. 131; vgl. hierzu auch Riecher-Rössler 2006, S. 12)

Bei einer solchen Erkrankung fällt die Frau sowohl in ihrer „Funktion“ als Mutter als auch als Lebenspartnerin aus. Hierdurch kommt gerade dem Lebenspartner eine besondere Rolle hinsichtlich der emotionalen Versorgung des Kindes und seiner Partnerin zu, da dieser in erhöhtem Maß in die Kindespflege eingebunden wird und auch in die notwendigen therapeutischen Maßnahmen in ganz spezieller Weise einbezogen werden muss.

3.4 Postpartale Depression

Die postpartale Depression ist die häufigste der beiden postpartalen psychischen Erkrankungen. „10-15% der Frauen erkranken an einer postpartalen Depression, die üblicherweise nicht im Wochenbett beginnt, sondern erst nach und nach auftritt, am häufigsten zwischen dem dritten und sechsten Lebensmonat des Kindes. Wenn Symptome wie Antriebslosigkeit, Freudlosigkeit, Müdigkeit, Schuldgefühle, Ängste und Reizbarkeit länger als 14 Tage andauern, kann eine postpartale Depression nicht ausgeschlossen werden. Gerade eine frühzeitige Diagnose ist aber für den Heilungsverlauf entscheidend und kann die Depressionsdauer entscheidend

verkürzen.“ (<http://gesund.co.at/postpartum-depression-11418/> [04-04-2011]) Häufig wird von den Müttern gefordert, ihre emotionale Befindlichkeit wieder „in den Griff“ zu bekommen (vgl. a.a.O.). Hierdurch wird oftmals verhindert, die Symptome frühzeitig erkennen zu können.

Prinzipiell stellt die PPD eine sehr gut behandelbare Krankheit dar. Werden medizinisch bzw. psychiatrisch notwendige Maßnahmen jedoch verabsäumt, leidet nicht nur die Mutter-Kind-Interaktion, die Kinder selbst entwickeln signifikant häufiger Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Stein et al. 1991; vgl. Murray 1992; vgl. Alpern & Lyons-Ruth 1993). Hinzu kommt, dass in weiterer Folge betroffene Kinder „häufig nicht nur emotionale und Verhaltensauffälligkeiten, sondern auch Entwicklungsverzögerungen im kognitiven Bereich“ (Klier / Demal / Katschnig 2001, S. 27) aufweisen (vgl. hierzu auch Stein et. al. 1991; vgl. hierzu auch Murray 1992; vgl. hierzu auch Alpern & Lyons-Ruth 1993).

Dieser Mechanismus zeigt sich auch in den Ergebnissen bezüglich der Mutter-Kind-Dyade aus der Säuglingsforschung. Sie spiegeln langfristige Defizite wider, die infolge der Erkrankung der Mutter aufgrund einer gestörten Interaktion entstehen und das Kind in dessen Entwicklung benachteiligen können. Eine frühzeitig einsetzende Behandlung der Mütter kann die Mutter-Kind-Beziehung und die Entwicklung des Kindes sowie die Adäquatheit des kindlichen Interaktionsverhaltens im späteren Lebensverlauf deutlich verbessern (vgl. Cooper & Murray 2001; vgl. Klier & Muzik 2001). Somit stellt eine möglichst rasch einsetzende professionelle Hilfe für Mütter in mehrerer Hinsicht eine Präventivmaßnahme für die kindliche Entwicklung dar.

Hierzu ist es aber notwendig, dass eine Sensibilisierung aller Vertreter der involvierten Berufsgruppen bezüglich dieser Thematik im Sinne der Ausdifferenzierung eines entsprechenden Problembewusstseins gewährleistet wird. Um die Effizienz der derzeitigen Aufklärungsmaßnahmen innerhalb der bestehenden Berufsgruppen (Hebammen, GynäkologInnen, medizinisches Pflegepersonal, PädiaterInnen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, PsychiaterInnen, PsychotherapeutInnen, PädagogInnen) und deren Erfolge bei der Umsetzung besser beurteilen zu können, ist es daher notwendig zu untersuchen, inwieweit einerseits eine Inanspruchnahme der angebotenen Hilfestellungen stattfindet, andererseits

welche Hinderungsgründe vorliegen, wenn es nicht zu einer solchen Inanspruchnahme durch die betroffenen Frauen kommt.

3.4.1 Derzeitige Klassifikation der PPD - Häufigkeit und Verlauf der PPD

Die Angaben zur Häufigkeit der postpartalen Depression schwanken zwischen 6 und 22%, dies hängt von den diagnostischen Verfahren ab. Am häufigsten findet man in der Literatur eine Prävalenz von 10-15% (vgl. Riecher-Rössler S.12; in Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler 2006).

„In der Regel beginnt die PPD zwischen der zweiten und sechsten Woche postpartal, ein Auftreten ist aber auch noch später, bis zu einem Jahr nach der Entbindung möglich.“ (Goodman 2004, zit. nach Oddo et al. S. 11, 2008) Postpartale Erkrankungen werden in den internationalen Kodifizierungssystemen ICD-10⁴ und DSM-IV nicht differenziert beschrieben, sondern im ICD-10 als „psychische oder Verhaltensstörung im Wochenbett, andernorts nicht klassifiziert (F53.0)“ (ebd.), und im DSM-IV als depressive Störungsbilder „mit postpartalem Beginn“ (ebd.) bezeichnet.

Die Symptomatik einer PPD stimmt in vielen Punkten mit der Symptomatik einer depressiven Episode (ICD-10: F32) überein. Charakteristisch hierfür sind eine „niedergedrückte Stimmung, Antriebsverminderung, Interessensverlust, Schlafstörungen, erhöhte Ermüdbarkeit, Appetitverlust sowie Suizidgedanken.“ (Oddo et al. 2008, S. 12) Zu den depressiven kommen spezielle Symptome hinzu, die sich im Falle einer Wochenbettdepression hauptsächlich auf das Kind beziehen – wie etwa zwiespältige Gefühle oder Schuldgefühle gegenüber dem Baby sowie Muttergefühle, die nicht der eigenen Erwartung entsprechen, Zwangsgedanken und -impulse oder Bindungsstörungen zum Säugling. Eine Bindungsstörung tritt nicht obligatorisch auf, sie betrifft etwa 10% aller postpartal erkrankten Frauen und zeigt sich in Deprivationsverhalten und der Unfähigkeit, sich dem Kind emotional zuzuwenden. Den schlimmsten Verlauf einer PPD stellt der Infantizid dar, welcher allerdings sehr selten (1-2 Fälle pro 100.000 depressiver Mütter) auftritt (vgl. Oddo et al. 2008, S. 12).

⁴ Genaue Klassifikation nach ICD-10 siehe Tabelle 1

Klassifikation nach ICD-10
<p>F53 Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert</p> <p>Hier sind nur psychische Störungen im Zusammenhang mit dem Wochenbett zu klassifizieren (Beginn innerhalb von sechs Wochen nach der Geburt), die nicht die Kriterien für anderenorts im Kapitel V (F) klassifizierte Störungen erfüllen. Hier wird verschlüsselt, entweder weil nur ungenügende Informationen verfügbar sind, oder weil man annimmt, dass spezielle zusätzliche klinische Aspekte vorliegen, die ihre Klassifikation an anderer Stelle unangemessen erscheinen lassen.</p>
<p>F53.0 Leichte psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert</p> <p>Depression:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Postnatal o.n.A • postpartale Depression o.n.A
<p>F53.1 Schwere psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert</p> <p>Puerperalpsychose</p>
<p>F53.8 Sonstige psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert</p>
<p>F53.9 Psychische Störungen im Wochenbett, nicht näher bezeichnet</p>
<p>ICD-10 online (WHO-Version 2011)</p>

Tabelle 1 - (ICD-10-GM Version 2011 <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2011/index.htm>)

3.4.2 Ursachenforschung

Spezifische Risikofaktoren, die zum Zeitpunkt der Geburt als Auslöser fungieren, konnten bislang nicht herausgefunden werden. Die betroffenen Frauen sind bezüglich hormoneller, geburtshilflicher und bezüglich der allermeisten psychosozialen Faktoren auffälliger als jene Frauen, welche nach der Geburt gesund bleiben. Weder Alter, Familienstand und Ausbildung noch sozioökonomischer Status konnten über das Erkrankungsrisiko eindeutig Aufschluss geben, ferner sind die Studien zudem widersprüchlich (vgl. Riecher-Rössler S.13; in Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler 2006). Relativ einheitlich zeigen die Studien, dass mangelnde

soziale Unterstützung sowie Partnerschaftsprobleme zum Auftreten einer postpartalen Erkrankung beitragen können (vgl. Riecher-Rössler, Hofecker Fallahpour 2003, S. 108). „Misri e al. zeigten, dass durch eine Unterstützung der Väter auch eine bessere Remission bei den Müttern erreicht wird.“ (Misri et al. 2000, zit. nach Riecher-Rössler, Hofecker Fallahpour 2003, S. 108) „Gerade in der Postpartalzeit scheint soziale Unterstützung besonders wichtig, und zwar für Mutter wie Väter“. (a.a.O.). Diese Vermutung bildet den grundsätzlichen Ausgangspunkt der hier vorliegenden wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit PPD.

Belastungen wie etwa traumatische Erfahrungen oder Komplikationen in der Schwangerschaft sowie bei der Geburt können auch zur Entstehung einer PPD beitragen (vgl. Oddo et al. 2008, S. 12).

Ein eindeutiger Risikofaktor, der in Bezug auf postpartale Erkrankungen gefunden werden konnte, ist eine entsprechende psychische Disposition: Etwa ein Drittel aller postpartal depressiven Frauen haben bereits vor der Schwangerschaft mindestens einmal an einer psychiatrischen Erkrankung gelitten. Wenn eine solche Prädisposition vorliegt, muss offenbar kein weiterer Auslösefaktor – außer der Geburt selbst – hinzukommen, um die Erkrankung auszulösen. Scheinbar können eine ganz normale Entbindung und die Postpartalzeit mit ihren ganz normalen und unspezifischen Belastungen starke „Stressoren“ sein, welche bei vulnerablen, prädisponierten Frauen zur Auslösung der Erkrankung führen können (vgl. Riecher-Rössler S.14; in Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler 2006). An dieser Stelle scheint auch wichtig zu erwähnen, dass „Frauen, die während der Schwangerschaft an einer Essstörung litten, eine 54%ige Wahrscheinlichkeit haben, an einer PPD zu erkranken“. (Cardwell 1995; zit. nach Langer, Michaela 2009, S. 14)

Auch hormonelle Veränderungen können möglicherweise Auslöser sein: Während der Schwangerschaft ist der Östrogenspiegel um etwa das 200-fache der Norm erhöht und fällt nach der Entbindung binnen weniger Tage wieder auf den Normalwert ab. Bei stillenden Frauen bleiben die Östrogenwerte niedrig. Aus der Grundlagenforschung ist bekannt, dass „Östrogene verschiedene Hirnfunktionen modulieren und wahrscheinlich einen stimmungsstabilisierenden und antipsychotischen Effekt“ haben. Dies legt die Vermutung nahe, dass auch der starke Östrogenabfall bei der Genese der Erkrankung eine entscheidende Rolle spielen

könnte. Jedoch konnten „(e)ndokrinologische Faktoren als Prädiktor für PPD (...) bisher noch nicht empirisch belegt werden.“(Oddo et al. 2008, S. 12)

Zweifelsfrei gehört eine Geburt zu den aufwühlendsten und emotionalsten Erlebnissen im Leben einer Frau, vor allem die Veränderung der Lebenssituation des Mutterwerdens (ebd., S. 14). (siehe dazu auch Kapitel 3.1 Schwangerschaft als normative Krise.)

Neben den biologischen Ursachen können auch psychosoziale Faktoren, wie etwa belastende Lebensumstände, Partnerschaftsprobleme, finanzielle Schwierigkeiten sowie soziale Isolation postpartale Erkrankungen begünstigen. Außerdem können sich spezifische Persönlichkeitsmerkmale wie etwa introvertiertes, ängstliches Verhalten, starke Verunsicherungen, Selbstzweifel und Versagensgefühle negativ auswirken (vgl. Wendt/Rhode 2004, S. 296f. zitiert nach Hermann 2006, S. 18). Zudem können auch ein zu hoher Anspruch an sich selbst und an die Mutterrolle das Auftreten einer PPD begünstigen (vgl. Oddo et al. 2008, S. 12).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sowohl biologische als auch psychische und soziale Faktoren eine Rolle für das Auftreten einer PPD spielen können, insbesondere dann, wenn bereits eine gewisse psychische Prädisposition vorliegt (vgl. Riecher-Rössler S.14; in Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler 2006).

3.4.3 PPD als Risikofaktor

Wie bereits dargelegt, kann die prä- bzw. postpartale Depression bereits während der Schwangerschaft auftreten und viele Monate andauern. Die Folgen sind dementsprechend gravierend: Als Auswirkung des nicht gelingenden positiven Beziehungsaufbaus kommt es in der kindlichen Entwicklung sowohl in körperlicher als auch in seelisch-geistiger Hinsicht zu schweren Defiziten.

3.4.3.1 Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung

Die daraus resultierenden Entwicklungsverzögerungen können sich sowohl im emotionalen Bereich und im Verhalten des Kindes als auch auf kognitiver Ebene zeigen.

Im Falle einer postpartalen Erkrankung leidet nicht nur die Mutter-Kind-Interaktion, sondern die Kinder selbst entwickeln signifikant häufiger Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Stein et al. 1991; vgl. Murray 1992; vgl. Alpern & Lyons-Ruth 1993). So konnte bei betroffenen Kindern beispielsweise eine höhere Rate an psychopathologischen Auffälligkeiten bis ins Schulalter festgestellt werden (vgl. Cogill et al. 1986; vgl. Weissman et al. 1987; vgl. Stein et al. 1991; vgl. Murray 1991; vgl. Philips et al. 1991; vgl. Murray, 1992; vgl. Murray et al. 1993; vgl. Campbell, et al. 1996; vgl. Murray et al. 1998; vgl. Sinclair et al. 1998; vgl. hierzu auch Klier / Demal / Katschnig 2001, S. 96; vgl. hierzu auch Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler 2006, S. 28).

Bezüglich der kindlichen kognitiven Entwicklung ist festzuhalten, dass diese zudem von der sozialen Stellung sowie der finanziellen Situation der Eltern abhängig zu sein scheint (vgl. hierzu auch Klier / Demal / Katschnig 2001, S. 96). Entwicklungsbeeinträchtigungen im kognitiven Bereich sind zum Teil noch bis ins Schulalter nachweisbar (vgl. Riecher-Rössler, Hofecker Fallahpour 2003, S. 110). Besonders Buben scheinen hiervon speziell betroffen zu sein. So haben etwa die Untersuchungen von Stein et al. (1991), Murray (1992) und Alpern & Lyons-Ruth (1993) gezeigt, dass bei Knaben die kognitiven Defizite bis zum Ende der Primarschulzeit nachweisbar blieben.

3.4.3.2 Die Bedeutung der Depression für die Mutter-Kind-Interaktion

Da die Mutter-Kind-Interaktion nicht nur im Falle einer PPD für die kindliche Entwicklung von zentraler Bedeutung ist, wird im nun Folgenden die Beziehungsgestaltung zwischen Mutter und Kind näher beleuchtet.

Die Mutter-Kind-Interaktion ist von elementarer Bedeutung, weil der Säugling bei der Geburt nicht selbstständig überlebensfähig ist. Er ist auf Nahrung, Wärme, Körperkontakt, Augenkontakt und auf das Spielen mit Bezugspersonen angewiesen, weil dadurch die kognitive und motorische Entwicklung gefördert wird (vgl. Klier / Demal / Katschnig 2001, S. 94). Überdies beruhigt und reguliert die Mutter alle physiologischen Systeme des Säuglings wie zum Beispiel Hunger und Sättigung, Schlaf-Wachrhythmus sowie sowohl negative als auch positive Affekte (vgl. Sameroff und Emde 1989, vgl. dazu auch Klier / Demal / Katschnig 2001, S. 94). Der Säugling kann durch wiederholte Interaktionserfahrung mit der Mutter die Fähigkeit zur Selbstregulation entwickeln. Dies bildet die Basis dafür, wie die Beziehung zu ihr

erlebt wird, und dient gleichzeitig als Grundlage dafür, welches Bild das Kleinkind von sich selbst entwickelt und welche Erwartungshaltungen für Beziehungen zu anderen Personen entstehen (vgl. a.a.O.). „Wird die mütterliche Beziehung als warm, liebevoll und verlässlich erlebt, so entwickelt der Säugling ein „Selbstbild“ von der eigenen Person als liebenswert, wertvoll und kompetent.“ (sichere Bindung; Bowlby, 1982; Ainsworth et al., 1978 zit. nach Klier / Demal / Katschnig 2001, S. 94 f)

Geht es der Mutter jedoch psychisch schlecht, gelingt eine positive Interaktion mit dem Kind zumeist nicht oder nur mangelhaft. In der Regel lässt sich das Verhalten depressiver Mütter ihren Kindern gegenüber durch „mangelnde Responsivität, Passivität oder Intrusivität, weniger positiven beziehungsweise mehr negativen Affekt und ein minimiertes Ausdrucksverhalten“ beschreiben. Durchwegs kann von einem Mangel an Empathie und emotionaler Beteiligung gesprochen werden sowie von einer verringerten Fähigkeit, kindliche Signale entsprechend wahrzunehmen, zu interpretieren und somit auch darauf angemessen zu reagieren (vgl. Reck et al. 2004, S. 1068). Dies hat negative Auswirkungen auf die kindliche (Re)aktionbereitschaft, welche wiederum auf die Aktionen und Reaktionen der Mutter rückwirkt: Durch diesen Teufelskreis nicht gelingender Interaktion kommt es letzten Endes nicht nur im physiologischen und emotionalen sondern auch im kognitiven Bereich zu Entwicklungsverzögerungen beim Kind (vgl. Riecher-Rössler, Hofecker Fallahpour 2003, S. 110, vgl. hierzu auch Cooper & Murray 2001, vgl. hierzu auch Cooper & Murray 1996).

Daher erscheint eine frühzeitige Behandlung der Mütter besonders wichtig, um die Mutter-Kind-Beziehung und hierdurch die Entwicklung des Kindes deutlich zu verbessern (vgl. Riecher-Rössler, Hofecker Fallahpour 2003, S. 110, vgl. hierzu auch Cooper & Murray 2001, vgl. hierzu auch Cooper & Murray 1996).

Da die emotionale Bindung des Kindes an die Mutter zumeist eine andere Qualität aufweist als jene zum Vater, empfehlen viele Forscher gerade im Falle einer mütterlichen PPD die verstärkte Betreuung der Babys durch beide Elternteile.

3.4.3.3 *Bedeutung der Vater-Kind-Interaktion bei Vorliegen einer mütterlichen PPD*

Dem Vater kommt im Falle einer PPD der Mutter besonders große Bedeutung hinsichtlich der kindlichen Entwicklung zu. Einschlägige Untersuchungen zeigten, dass die kontinuierliche gelingende Interaktion mit dem „gesunden“ Vater das Auftreten einer Säuglingsdepression abmildern, in etlichen Fällen sogar verhindern kann (vgl. Field et al. 1988, zit. nach Klier / Demal / Katschnig / 2001, S. 93). „In der Eltern-Kind-Interaktion hat die unterstützende Funktion des Vaters offensichtlich eine hohe projektive Valenz, von der Töchter bis zum mittleren Schulalter möglicherweise mehr profitieren als Söhne.“ (Hackenberg 2003, S. 144)

Da bei Risikopatientinnen die Gefahr besteht, dass sie schon in der präpartalen Phase überfordert sind, kommt dem Beziehungspartner bereits zu dieser Zeit eine entscheidende Rolle zu, da er zumeist mithelfen kann, durch die entsprechende Unterstützung seiner Partnerin das Erkrankungsrisiko zu minimieren (vgl. Reiner-Lawugger, Claudia <http://www.depression.at/scripts/index.php?content=1463&authenticationid=&iWasAlreadyHere=true>). Ihm kommt gleichsam die Rolle eines Co-Therapeuten zu (siehe Kapitel 5.3).

4 Forschungsstand

Um den frühkindlichen Bindungsaufbau zwischen Mutter und Kind beziehungsweise Vater und Kind als Ressource für die kindliche Entwicklung theoretisch zu erschließen, werden im nun Folgenden sowohl die Ansätze der Bindungstheorie als auch der Eltern-Kind-Interaktionsforschung näher untersucht. In weiterer Folge werden die Verbindungen zwischen Säuglingspsychosomatik und postpartaler Depression sowie daraus resultierende Folgen näher durchleuchtet, um daran anschließend die Bedeutung bestehender Hilfsangebote hinsichtlich unterstützender Maßnahmen sowohl bei prä- als auch bei postpartalen Erkrankungen eines Elternteils beurteilen zu können – und gegebenenfalls konstruktive Kritik daran zu üben.

4.1 Bindungstheorie

Die Bindungstheorie wurde von John Bowlby in den 50er Jahren entwickelt. In weiterer Folge wurde dieser Ansatz durch die Forschungsarbeiten von Mary Ainsworth empirisch bestärkt und weiterentwickelt (vgl. Spangler / Zimmermann 2002, S. 9). Bowlbys Theorie geht davon aus, dass die wesentliche emotionale Bindung zwischen Säugling und Mutter durch die psychische Anwesenheit der Mutter entsteht (vgl. Diem-Wille 2001, S. 77). „Die Bindungstheorie, die aus ihren Ursprüngen in der Psychoanalyse und Ethnologie (Bowlby 1969, 1973, 1980) herausgewachsen ist und sich auch die Methoden und Perspektiven der Entwicklungspsychologie (Ainsworth und Witting 1969; Ainsworth et al. 1978) zu eigen gemacht hat, erfasst nun Phänomene auf zahlreichen Ebenen: ‚Bindung‘ kann ein Komplex kindlicher Verhaltensweisen, ein motivationales System, eine Beziehung zwischen Mutter und Kind, ein theoretisches Konstrukt und eine subjektive Erfahrung des Kindes in Form innerer ‚Arbeitsmodelle‘ bedeuten“. (Stern 2007, S. 45)

Anfangs hielten Bowlby und Ainsworth Bindung für eine spezifische Entwicklungsaufgabe in einer bestimmten Lebensphase, bald schon wurde jedoch ersichtlich, dass die „Qualität der Bezogenheit“ über die ursprüngliche Mutter-Kind-Bindung hinausreicht und sich während der gesamten Kindheit weiterentwickelt, was sowohl die Beziehungen zu Gleichaltrigen als auch zur Mutter betrifft. Im Prinzip ist die ursprüngliche Mutter-Kind-Bindung von lebenslanger Bedeutung für alle weiteren

Beziehungsgestaltungen (vgl. Stern 2007, S. 263). Während des ersten Lebensjahres entwickelt ein Kind individuelle Erwartungen an seine Bezugspersonen, die aufgrund gemeinsamer Beziehungs- und Interaktionserfahrungen herausgebildet werden. Daraus entstehen generalisierte Erwartungshaltungen, die in der Bindungstheorie als „Internal working Models“ (*Internale Arbeitsmodelle*) bezeichnet werden, welche Kinder von sich selbst, von ihren Bezugspersonen und von ihrer sozialen Umwelt entwickeln (vgl. Grossmann / Grossmann 2005, S. 79; zit. nach Hermann 2006, S. 24). Kinder, deren Bindungspersonen in den ersten Lebensjahren emotional und körperlich verfügbar sind, entwickeln positive Arbeitsmodelle gegenüber der Umwelt. Die Herausbildung dieser Arbeitsmodelle kann aber auch negativ verlaufen. Dieser Fall liegt dann vor, wenn Eltern den Bindungswunsch ihres Kindes über eine längere Phase hinweg ignorieren oder sogar ablehnen. Das Kind entwickelt dann kein adäquates Arbeitsmodell, da es lediglich Abwehrmechanismen aufbauen kann (vgl. Bretherton 2002, S. 17; zit. nach Hermann 2006, S. 25). „Wie das Individuum künftige Ereignisse und Situationen bewertet, Handlungspläne konstruiert und durchführt, hängt entscheidend von seinen ‚inneren Arbeitsmodellen‘ ab.“ (Hedervari-Helller 2003, S. 117; zit. nach Herman 2006, S. 25)

Derzeit gilt die Bindung, die ein Kind im ersten Lebensjahr zu seinen Bindungspersonen aufbaut, als zentraler Faktor der frühkindlichen Entwicklung. Bindungsmuster und -störungen können schon in einer frühen Entwicklungsphase nachgewiesen – und somit klassifiziert – werden. „Die Bindungsbeziehung hat die Funktion, dem Kind ein Gefühl von Sicherheit und Vertrauen zu vermitteln, wenn es unter emotionaler Belastung und erschöpften eigenen Ressourcen auf die Unterstützung einer Bindungsperson angewiesen ist.“ (Grossmann et al. 1997) „Kein Verhalten wird von stärkeren Gefühlen begleitet als Bindungsverhalten. (...) Solange das Kind sich in uneingeschränkter Verfügbarkeit seiner Hauptbindungsperson oder in geringer Entfernung von dieser befindet, fühlt es sich sicher. Die Gefahr eines Verlustes ruft Angst hervor, der tatsächliche Verlust Trauer, und beide pflegen außerdem Ärger auszulösen.“ (Bolby 1969/1975; S. 199)

Bindung lässt sich je nach ihrer Qualität unterschiedlich beschreiben, Mary Ainsworth hat dafür den sogenannten „Fremde-Situation-Test“ zur standardisierten Erfassung

von Bindungsverhalten bei Kindern und ihren Müttern für „sichere“ und „unsichere Bindungen“ entwickelt (vgl. Ainsworth & Witting 1969). Da nach Ainsworth Bindungsqualitäten am kindlichen Explorationsverhalten deutlich werden, setzt dieser Test am Explorationsverhalten der Kinder an: Dieses wird beeinträchtigt, wenn das Bindungssystem durch zweimalige kurze Trennung von der Mutter negativ aktiviert wird (vgl. Grossmann & Grossmann 2009, S. 98). Der „Fremde-Situation-Test“ wird in einem speziell hierfür eingerichteten Beobachtungslabor durchgeführt, welches mit Spielzeug ausgestattet wurde, die Beobachtung findet durch eine so genannte Einwegscheibe statt. Mutter und Kind werden in kurzen zeitlichen Abständen zweimal für einige Minuten voneinander getrennt (vgl. Brisch 2003, S. 44; zit. nach Hermann 2006, S. 28). In Abwesenheit der Mutter zeigt sich anhand des kindlichen Explorationsverhaltens bei der Konfrontation mit einer fremden Person, inwiefern das Kind in der Lage ist, seine Mutter als konstante Bezugsperson wahrzunehmen. Zudem werden auch die Reaktionen des Kindes, wenn es sich allein im Raum befindet, sowie die Reaktionen bei der Wiederkehr der Mutter beobachtet (vgl. Ainsworth & Witting 2003, S. 112, zit. nach Hermann 2006, S. 28). Dieser Test macht deutlich, dass Säuglinge und Kleinkinder Vertrauen zu ihren Eltern bereits entwickelt haben müssen, bevor sie dazu bereit sind, sich auf unbekannte Situationen, in welchen sie von ihren Bezugspersonen alleine gelassen sind, angstfrei einzulassen (vgl. Ainsworth, 1973; zit. nach Lang 2009, S. 1).

Ainsworth unterscheidet folgende drei Dimensionen von Bindungstypen: „sicher-gebunden“, „unsicher-vermeidend“ und „unsicher-ambivalent“ (vgl. Ainsworth et al. 1978; zit. nach Diem-Wille 2003, S. 78). Ist ein Kind „sicher-gebunden“, reagiert es bei der Trennung von der Bezugsperson traurig, bei der Rückkehr des Elternteils wendet es sich diesem jedoch sofort zu, lässt sich kurz trösten und nimmt schon bald wieder das Spielverhalten fröhlich auf. Als „unsicher-vermeidend“ klassifizierte Kinder zeigen weniger Kummer, wenn der Elternteil den Raum verlässt, und ignorieren die Eltern eine Zeitlang bei deren Rückkehr. Nach der zweiten kurzen Trennungsphase erhöht sich die Zeitspanne, in welcher die Kinder ihre zurückgekehrten Eltern ignorieren. Dies gilt als Ausdruck dessen, dass das Kind die Wiederholung der Trennung als zusätzliche Belastung erlebt. „Unsicher-ambivalent“ gebundene Kinder schließlich reagieren verstört, wenn ein Elternteil den Raum verlässt. Bei dessen Rückkehr wechselt ihr Verhalten zwischen Anklammern und Wegstoßen des

Elternteils. Das Spielverhalten wird nicht wieder aufgenommen (vgl. Diem-Wille 2003, S. 167f.; vgl. hierzu auch Cicchetti et al., 1998, vgl. hierzu auch Martins et al., 2000, vgl. hierzu auch Klier / Demal / Katschnig 2001, S. 97). Ein möglicher Grund für die Verhaltensstörungen könnten auch die chronisch erhöhten Cortisolwerte der Kinder sein (vgl. Nachmias, 1996; zit. nach Klier / Demal / Katschnig 2001, S. 97).

Main und Solomon (1990) klassifizieren noch einen weiteren Bindungstypus, den so genannten „unsicher-unorganisierten“. Dieser kommt nur sehr selten vor und zeigt sich darin, dass die betroffenen Kinder auf die Rückkehr der Eltern mit ungewöhnlichen Verhaltensweisen wie „stereotype Bewegungen“ oder „Erstarren“ reagieren (vgl. Diem-Wille 2003, S. 168). Ein solches depriviertes Verhalten ist Ausdruck der inneren Desorganisation des Kindes. Gründe hierfür können neurologische Ursachen sein, ebenso aber auch Hinweise auf ein Bindungstrauma darstellen, welches zumeist im Zusammenhang mit Misshandlungen oder Vernachlässigung auftritt. Oftmals leiden aber auch Kinder an Bindungstraumata, deren Mütter eine psychische Erkrankung wie etwa eine Depression aufweisen (vgl. Grossmann & Grossmann 2006, S. 158f.).

Klaus und Kennel unterscheiden innerhalb der Bindungstheorie nochmals die Begriffe „Bonding“ (*Bindung*) und „Attachment“ (*Verbundenheit*). Als *Bonding* bezeichnen sie die Gefühlsverbundenheit der Eltern zu ihren Kindern, wohingegen *Attachment* Gefühlsverbundenheit der Kinder zu ihren Eltern meint. Diese Unterscheidung betont die Wechselseitigkeit der Eltern-Kind-Beziehung (vgl. Lang 2009, S. 1f.).

4.2 Eltern-Kind-Interaktionsforschung

Die Eltern-Kind-Interaktionsforschung, die in den 60er-Jahren ihren Aufschwung hatte, entsprach in ihren Anfängen einer reinen Säuglingsforschung und wurde auch als solche bezeichnet. Sie befasste sich zu Beginn vorwiegend mit der Lernfähigkeit, den kognitiven Qualitäten und allgemeinen Vorlieben von Babys. Im Laufe der Zeit verlagerte sie sich immer mehr auf die kindliche Kommunikation und schließlich auf die Interaktion zwischen Kindern und Eltern. Die eigentliche Eltern-Kind-Forschung war geboren (vgl. Schwarz-Gerö, S. 128; in: Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler 2006).

Eine besondere Fähigkeit des Säuglings besteht darin, aus eigenem Antrieb mit seinen Bindungspersonen zu kommunizieren. Winnicotts bekannter Aphorismus hierzu lautet: „There is no such thing as a baby“ (Winnicott, D. W. 1983; zit. nach Tyson, P. & Tyson, R. L. 2001, S. 88) Er vertritt die Ansicht, dass Betrachtungen des Säuglings und seines Bindungsverhaltens immer auch mit Betrachtungen der Mutter unter dem Gesichtspunkt ihres sogenannten „*good-enough-mothering*“ und ihres emotionalen Beitrages einhergehen müssen.“ (a.a.O.) Nennenswerte Beiträge zu diesem Beelterungsverhalten stammen vor allem von den Forschern Janus & Mechthild Papousek sowie von Klaus & Karin Grossmann, welche unter anderem das menschliche Elternverhalten als zentralen Ansatzpunkt ihrer Forschungen wählten. Hierbei stellten sie Unterschiede im Beelterungsverhalten von Müttern und Vätern fest und, damit verbunden, in den Langzeitauswirkungen auf die kindliche Entwicklung (vgl. Schwarz-Gerö, S. 129; in: Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler 2006).

Die moderne Eltern-Kind-Interaktionsforschung misst den diffizilen Mechanismen der Mutter-Kind-Dyade besondere Bedeutung für die kindliche Entwicklung bei. Sie beschäftigt sich sowohl mit förderlichen als auch mit hinderlichen Bedingungen sowie mit möglichen Defiziten, die infolge einer Erkrankung der Mutter das Kind in seiner Entwicklung beeinträchtigen können. In diesem Zusammenhang erforscht Schwarz-Gerö die Auswirkungen einer mütterlichen PPD auf den kindlichen Entwicklungsverlauf.

Neben ihren Forschungsergebnissen gelten auch jene von Daniel Stern als grundlegend für die Mutter-Kind-Interaktion. In diesen Zusammenhang spricht er von AffektAbstimmungen, darunter versteht er die emotionale Resonanzfähigkeit der Mütter, Gefühle des Kindes widerzuspiegeln, ohne sie direkt zu imitieren. Äußert sich der Säugling zum Beispiel stimmlich, folgt die Reaktion der Mutter mit der gleichen Gefühlsfärbung, aber primär in Gesten oder Mimik – beziehungsweise umgekehrt. Die mütterliche Affektregulation ermöglicht dem Kind Zugang zur emotionalen und zwischenmenschlichen Welt und bildet die Grundlage psychischer Intaktheit. Unter intuitivem Beeltern versteht man, dass kindliche Signale unbewusst wahrgenommen werden und auf diese dann unbewusst reagiert wird, also intuitiv (vgl. ebd. S. 130). Stern erforschte also das Mienenspiel, die Vokalisation, die auslösenden

Verhaltensweisen des Kindes und die Aufforderung der Interaktion (Initiation) und der Regulierung des Erregungsniveaus und des Verlaufes.

Werden kindliche Signale jedoch von der Mutter nicht entsprechend beantwortet, kommt es zu einer Unter- oder einer Überstimulation, je nach Verhalten der Mutter: Bei einem Säugling, der häufig von einem unsensiblen, aufdringlichen Gegenüber stimuliert wird, lässt sich die Überstimulation am Abbruch und der Vermeidung des Blickkontaktes sowie am Abwenden des Kopfes feststellen. Dies führt zu Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung. Eine noch gravierendere Beeinträchtigung ist jedoch laut Stern andauernde Unterstimulation. Reagieren Bezugspersonen verspätet oder überhaupt nicht auf kindliche Signale, wirkt sich dies negativ auf die kindlichen Kommunikationsimpulse aus. Das Kind schränkt sein angeborenes Verhalten, von sich aus zu kommunizieren, erheblich ein (vgl. hierzu auch Stern 1997; zit. nach Gröhe 2003, S. 14).

4.3 Untersuchungen zur PPD

Daraus folgt, dass die Zeit der Schwangerschaft und der Geburt nicht nur für Frauen ein einschneidendes Erlebnis darstellt. Auch die Kinder sowie Lebenspartner sind direkt davon betroffen. Einerseits können letztere selbst an einer PPD erkranken, andererseits fällt ihnen eine Schlüsselfunktion bei der Bekämpfung der PPD und deren Langzeitfolgen in Bezug sowohl auf die Frau als auch auf das Kind zu. Psychische Veränderungen bei Müttern werden schon länger erforscht, Väter sind erst in den letzten Jahren in den Blickpunkt der Forschung gerückt (vgl. Kohl 2003, S. 130). Daher richtet sich der Fokus der hier vorliegenden wissenschaftlichen Auseinandersetzung speziell auf die Bedeutung des (werdenden) Vaters.

4.3.1 Forschungen zu Interaktionsstörungen im internationalen Feld

Im internationalen Forschungsfeld existiert eine Vielzahl von Veröffentlichungen, welche sich vor allem mit der Prävalenz, der Ätiologie, den psychosozialen und biologischen Risikoindikatoren, dem Verlauf und den Auswirkungen der PPD sowie mit deren Präventionsmöglichkeiten und den therapeutischen Maßnahmen für (werdende) Mütter und Kinder beschäftigen. Zwar wurde zur Rolle des Vaters bereits 1986 von Cogill et al. festgestellt, dass Ehe- und psychische Probleme des Vaters keinerlei Auswirkungen auf die intellektuelle Entwicklung der Kinder hatten (vgl.

Cogill et al., 1986, <http://www.bmj.com/content/292/6529/1165.abstract> [2011-05-11]). Auch in der von Field et al. 1988 durchgeführten Untersuchung rückte der Vater in den Fokus der Forschung, wobei sich zeigte, dass eine kontinuierliche gelingende Interaktion mit dem „gesunden“ Vater das Auftreten einer Säuglingsdepression sogar verhindern kann (vgl. Field et al. 1988, zit. nach Klier / Demal / Katschnig / 2001 S. 93). Dennoch muss festgehalten werden, dass Väter und deren Bedeutung für die Prävention und Behandlung einer PPD noch zu wenig beforscht sind.

Die meisten internationalen Studien zu diesem Thema finden sich in Großbritannien, den USA und Skandinavien. Im anglo-amerikanischen Sprachraum wurden in den letzten Jahrzehnten Langzeituntersuchungen an Säuglingen depressiver Mütter von verschiedenen Forschergruppen durchgeführt, um die affektive und kognitive Entwicklung der Kinder zu studieren. Es zeigte sich bei diesen Kindern eine höhere Rate an psychopathologischen Auffälligkeiten bis ins Schulalter (vgl. Cogill et al. 1986; vgl. Weissman et al. 1987; vgl. Stein et al. 1991; vgl. Murray 1991; vgl. Philips et al. 1991; vgl. Murray, 1992; vgl. Murray et al. 1993; vgl. Campbell, et al. 1996; vgl. Murray et al. 1998; vgl. Sinclair et al. 1998; vgl. hierzu auch Klier / Demal / Katschnig 2001, S. 96; vgl. hierzu auch Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler 2006, S. 28). Negative Langzeiteffekte einer mütterlichen Depression wirken sich vor allem im Bereich der kindlichen kognitiven Entwicklung aus und scheinen zudem von sozialen Variablen abhängig zu sein (vgl. hierzu auch Klier / Demal / Katschnig 2001, S. 96). In der Längsschnittuntersuchung von Cogill et al. (1986) zur Feststellung der mütterlichen psychischen Gesundheit wurde der psychische Zustand von 94 erstgebärenden Frauen während der Schwangerschaft sowie innerhalb eines Jahres nach der Entbindung näher untersucht. Zudem wurde die kognitive Leistungsfähigkeit der Kinder nach vier Jahren mittels der *McCarthy Scales of Childrens' Abilities* gemessen. Hierbei schnitten Mädchen besser ab als Buben. Die intellektuellen Defizite jener Kinder, deren Mütter an einer Postpartalen Depression innerhalb des ersten Lebensjahres des Kindes gelitten hatten, waren signifikant. Kinder aus der gehobenen- und Mittelschicht schnitten besser ab als Kinder aus der sogenannten Arbeiterschicht. Ehe- und psychische Probleme väterlicherseits, welche auch erhoben wurden, hatten keinen Einfluss auf die Testergebnisse (vgl. Cogill et al., 1986, <http://www.bmj.com/content/292/6529/1165.abstract> [2011-05-11]).

Auch die Langzeitstudien von Philips et al. und jene von Murray belegen eine erhöhte psychische Auffälligkeit von Kindern depressiver Mütter (vgl. Philips et al. 1991; vgl. Murray 1992). Die Zeichen einer PPD können Hilflosigkeit, Rückzugverhalten, Reizbarkeit, Angst, Schuldgefühle, verminderte Konzentration sowie Antriebslosigkeit sein, die Folgen können Bindungsschwierigkeiten sowie Vernachlässigung des Säuglings sein. In extremen Fällen kann dies sogar bis zum Suizid der Mutter oder zum Infantizid führen (vgl. Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler 2006, S. 28).

In einer 1993 durchgeführten Studie verglichen Murray et al. die Sprache depressiver und nicht depressiver Mütter hinsichtlich der Dimensionen Sprachstruktur und Semantik während des Spiels mit ihren zwei Monate alten Kindern. Die Sprache depressiver Mütter wies vermehrt negative Affekte auf und war weniger auf die Erfahrungen des Kindes fokussiert, auch neigen diese Mütter dazu, die kindlichen Bedürfnisse schlechter zu erkennen und seltener zu artikulieren (vgl. Murray et al. 1993, zit. nach Klier / Demal / Katschnig 2001, S. 92).

1995 beschreiben Campell und Mitarbeiter die Interaktion von depressiven Müttern mit ihren sechs Monate alten Säuglingen als „harsch und feindselig“. (Campell et al. 1995, zit. nach Klier / Demal / Katschnig 2001, S. 92f.) Bereits Field und Mitarbeiter hatten 1988 zwei typische Verhaltensweisen von depressiven Müttern im Umgang mit ihren drei Monate alten Kindern unterschieden: Die Mütter waren im Verhalten entweder aufdringlich oder abwesend und unterlagen häufig negativen Affekten. Weiters beschreiben sie auch in ihrer Studie, dass mütterliche PPD bereits nach drei Monaten gestörter Interaktionserfahrung zu Verhaltensauffälligkeiten beim Säugling führen kann. Die Kinder wirkten abwesend, waren leicht zu irritieren und depressiv (vgl. Field et al. 1988, zit. nach Klier / Demal / Katschnig / 2001 S. 92f.). Bei den Säuglingen zeigten sich schon bald Veränderungen der Gehirnstromaktivitäten im Bereich des rechten Frontallappens sowie erhöhte Stresshormone. Solche physiologischen Veränderungen lassen sich auch beim chronisch-depressiven Erwachsenen nachweisen. Kinder von Müttern, die an einer PPD erkrankt waren, sind im Kindes- und Jugendalter vermehrt psychisch auffällig (vgl. Weissman 1987; vgl. Murray und Cooper 1996; vgl. Sinclair et al. 1998). Die Untersuchung von Field et al. zeigte allerdings auch, dass eine kontinuierliche gelingende Interaktion mit dem

„gesunden“ Vater das Auftreten einer Säuglingsdepression sogar verhindern kann (vgl. Field et al. 1988; zit. nach Klier / Demal / Katschnig / 2001, S. 93).

In Cambridge führten Sinclair et al. 1998 eine ähnliche Follow-up-Studie hinsichtlich der Auswirkungen einer gestörten Mutter-Kind-Interaktion durch. Sie untersuchten den Zusammenhang zwischen mütterlicher Postpartaler Depression und dem kognitiven Entwicklungsstand der betroffenen Kinder nach fünf Jahren. Die Ergebnisse machen deutlich, dass eine inadäquate mütterliche Interaktion während des ersten Lebensjahres des Kindes negative Folgen für die kindliche kognitive Entwicklung zeitigt. Auch hierbei spielt die soziale Komponente eine nicht unerhebliche Rolle: „Diese sozialen Stressoren, die mit Unterschichtzugehörigkeit einhergehen, sind zum Beispiel mangelnde intellektuelle Stimulation zu Hause durch das Fehlen von anregendem Spielzeug sowie das Fehlen konstanter beziehungsweise interessierter Interaktionspartner.“ (Sinclair & Murray 1998; zit. nach Klier / Demal / Katschnig / 2001 S. 96f.) Auch in dieser Studie zeigte sich, dass Knaben stärker betroffen waren als Mädchen.

Da bei etwa einem Drittel der an PPD erkrankten Frauen parallel dazu eine verzögerte Bindung zum Kind vorliegt, was im Vergleich zu bisherigen Beschreibungen relativ hoch erscheint (vgl. 2001 Brockington, 2004 zit. nach Oddo, et al. S. 16, 2004), entwickelte Brockington gemeinsam mit seinen Mitarbeitern ein spezielles Messinstrument, um eine bestehende Bindungsstörung feststellen zu können. Der sogenannte *Parental Bonding Questionair* (PBQ)⁵ ist ein speziell entwickeltes Messinstrument für elterliche Beziehungsstörungen, dieser Fragebogen ist relativ leicht anzuwenden, auch für weniger ausgebildete Professionelle, und soll helfen, eine mögliche Vermutungsdiagnose zu stellen (vgl. Brockington 2001, vgl. dazu auch Oddo, et al. 2004, S. 12). „Dieser Fragebogen ist ein 25 Fragen umfassender Selbstausfüller, der entwickelt wurde, um frühzeitig Störungen in der Mutter-Kind-Beziehung zu erkennen.“ (Brockington 2001) Auf vier Skalen lassen sich unterschiedliche Ausprägungen einer Bindungsstörung erfassen wie verzögerte Bindung, Ablehnung, Wut, Angst und Gefahr von Kindesmisshandlung (vgl. a.a.O.). Brockington unterscheidet drei verschiedene Formen von Beziehungsstörungen:

⁵ Siehe Anhang IV

Verzögerung oder Verlust der Muttergefühle, pathologische Wut gegenüber dem Kind und Ablehnung des Kindes. Bei einer Verzögerung oder bei Verlust der Muttergefühle kann es sein, dass die betroffene Mutter über diese Gefühle, wie dass sie dem Kind gegenüber nichts empfindet und/oder es nicht als ihr eigenes erlebt, sehr enttäuscht ist. Wenn eine Mutter pathologische Wut gegenüber dem Kind entwickelt, kann es sich um eine leichtere Form handeln, wobei sie zwar Wut gegenüber dem Kind empfindet, aber Kontrolle über sich selbst hat. Allerdings kann es bei schweren Formen vorkommen, dass sie die Kontrolle verliert und unter Impulsen, wie ihr Kind anzubrüllen, zu verletzen, zu misshandeln und im schlimmsten Fall sogar zu töten, leidet. Die dritte Form der Beziehungsstörung ist die Ablehnung des Kindes, wobei die Mutter Hass und Reue wegen der Geburt des Kindes fühlt. Zärtliche Gefühle dem Kind gegenüber fehlen komplett, sie findet sich in der Mutterschaft gefangen und wünscht sich, dass jemand anders für das Kind Sorge tragen würde beziehungsweise verspürt sogar den Wunsch, dass das Kind gestohlen wird oder stirbt. Auf jeden Fall sind alle Formen der Mutter-Kind-Beziehungsstörung behandlungsbedürftig (vgl. Brockington 2001).

4.3.2 Forschungen zu Interaktionsstörungen im deutschsprachigen Feld

Im Gegensatz zu den angloamerikanischen Forschungen gibt es im deutschsprachigen Raum nicht nur in Bezug auf (werdende) Väter, sondern auch in Bezug auf (werdende) Mütter und Kinder erst seit relativ kurzer Zeit wissenschaftliche Beiträge und Studien, wenngleich Mütter und Kinder auch hier eine sozialmedizinische Betreuung erhalten. Zudem geht man dazu über, Väter als Co-Therapeuten einzusetzen (vgl. Schwarz-Gerö, S. 136 ff.; in: Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler 2006).

Zur Bedeutung der Bindungspersonen sowie zu den Langzeitauswirkungen des Elternverhaltens auf das spätere kindliche Interaktionsverhalten weisen bereits die Arbeiten von Janus (1987) und Mechthild Papousek (1987, 1994) sowie jene von Karin und Klaus Grossmann (2003) hin. Bereits 2002 hatten sich letztere mit der speziellen Bedeutung von Vätern für die kindliche Entwicklung beschäftigt (vgl. Schwarz-Gerö, S. 128f.).

Zwischen 2001 und 2003⁶ wurde in Wien eine vergleichende Untersuchung von Muzik, Klier und Steinhardt an Kindern gesunder und postpartal depressiver Mütter durchgeführt, welche auch die Rolle der Väter in den Blick nahm: Im Zentrum der Untersuchung stand die gegenseitige emotionale Regulation zwischen Mutter und Kind. Zudem wurde erforscht, „welche Rolle eine postpartale psychische Erkrankung des Vaters beziehungsweise des Partners der Mutter für das Auftreten und die Chronizität der mütterlichen Depression spielt.“ (www.Univie.ac.at/bildungswissenschaft/papaed/forschung/09_Kinder_postpartum_depressiver_Muetter.htm [05-05-2011]) Die Erhebungszeitpunkte für die Probandinnen wurden folgendermaßen festgesetzt: kurz nach, sechs und 18 Monate nach der Geburt. Im Anschluss daran erfolgte noch eine abschließende Untersuchung in Form einer so genannten „Malaktion“, welche durchschnittlich 4,6 Jahre nach der Erstbefragung stattfand. Bei der „Malaktion“ wurde die Mutter-Kind-Interaktion in den Blick genommen. Hierbei „wurde untersucht, ob ein postpartal depressiver bzw. ein aktuell depressiver bzw. ein chronifiziert depressiver Zustand der Mutter sich darauf auswirkt, ob bei ihrem 4-jährigen Kind Verhaltensprobleme wahrgenommen werden“ (Endbericht ÖNB-Jubiläumsfonds 2005, S. 6), mit dem Ziel zu erforschen, „inwieweit Affekt, Verhalten und reflexiver Sprachgebrauch Auswirkungen auf kindliches Verhalten und auf die Ausbildung von Verhaltensstörungen zeigen kann“. (www.Univie.ac.at/bildungswissenschaft/papaed/forschung/09_Kinder_postpartum_depressiver_Muetter.htm [05-05-2011]) Insgesamt wurden bei der „Malaktion“ 116⁷ Interaktionsvideos aufgezeichnet (vgl. Endbericht ÖNB-Jubiläumsfonds 2005, S. 5). „Es zeigte sich, dass ein depressives Zustandsbild [der Mutter] bei der Geburt keine Auswirkungen darauf hat, ob Kinder Verhaltensprobleme zeigen oder nicht. Anders zeigt es sich hingegen bei einem depressiven Zustand im Alter des Kindes von 6 Monaten. Wenn zum Zeitpunkt sechs Monate nach der Geburt des Kindes (...) ein depressiver Zustand der Mutter festgestellt wurde, so steht dies in Zusammenhang

⁶ Diese Datumsangabe wurde dem *Endbericht zum Projekt 9110 des ÖNB-Jubiläumsfonds* vom Juni 2005 entnommen.

⁷ Diese Zahl wurde dem *Endbericht zum Projekt 9110 des ÖNB-Jubiläumsfonds* vom Juni 2005 entnommen.

mit internalisierenden Problemen des Kindes, wenn es 4-5 Jahre alt ist“. (Endbericht ÖNB-Jubiläumsfonds 2005, S. 6)

Weiters existieren für Österreich insgesamt zwei groß angelegte epidemiologische Studien, die psychosoziale Belastungsfaktoren und deren Verschränkung mit postpartalen Depressionen untersuchen. Die erste dieser beiden prospektiven Studien stammt aus dem Jahr 1997 und erforscht nicht-psychotische postpartale Depressionen. Sie gilt als Pilotstudie zur Epidemiologie und den hiermit auftretenden Risikofaktoren (vgl. Herz et al. 1997). Die Autoren führten ihre Befragung an 1.134 Wöchnerinnen in Wien und Graz durch. Die Prävalenz der PPD lag dieser Studie zufolge drei Monate nach der Geburt bei 15,7%, weitere drei Monate danach bei 13,6 %. Betrachtet man die Angaben der Frauen zu beiden Untersuchungszeitpunkten, so haben 21,3% der untersuchten Frauen zumindest zu einem der beiden Befragungszeitpunkte in den ersten sechs Monaten nach der Geburt ihre Stimmung als „depressiv“ bewertet. Als beeinflussende Faktoren für die hohe Prävalenz der PPD bei den betroffenen Frauen wurde angeführt, dass die Frauen häufig ledig waren, mangelnde Unterstützung durch den Kindesvater erfuhren sowie wenig Hilfestellung und Unterstützung von Verwandten und Freunden erhielten. Hinzu kommt neben familiärem auch finanzieller Stress: Sozioökonomische Aspekte wie das Angewiesensein auf Sozialhilfe sowie schlechte Schulbildung (Ausbildungsniveau unterhalb der Matura) bedingen ein geringeres Einkommen. Zudem waren viele der Frauen Erstgebärende oder hatten drei oder mehr Kinder. Bei einer größeren Anzahl war es auch zu postnatalen kindlichen Komplikationen gekommen. Weiters stillten viele dieser Frauen nicht.

In Folge dieser ersten groß angelegten epidemiologischen Studie kam es 1998 in Österreich durch Bergant et al. zu einer Untersuchung von 110 Wöchnerinnen mittels des *Semistrukturierten Interviews (ICD-10)* und des international standardisierten Fragebogens zur Erfassung von PPD-Risiken *EPDS*⁸ (*Edinburgh Postnatal Depression Skala* von J. L. Cox, J. M. Holden, R. Sagovsky 1987), um nun auch soziodemographische und obstetrische Daten zu gewinnen. Der *EPDS* ist ein weltweit eingesetztes, validiertes Screening-Instrument, welches das Vorhandensein

⁸ Siehe Anhang III

einer postpartalen Depression nachweist. Es existiert auch eine deutsche Fassung. Bergant et al. merken an, dass der EPDS-Fragenbogen als Screening-Instrument auch in der deutschen Version hinsichtlich Validität und Reliabilität statistisch sehr gut abgesichert sei (vgl. Bergant et al. 1998). Der Untersuchungszeitpunkt wurde vier Tage postpartum angesetzt. Hierbei wurde Folgendes erhoben: Insgesamt litten 20% der Probandinnen an Depressionen (Punktprävalenz), das Auftreten einer postpartalen Dysphorie lag bei 23%, 11% wiesen eine leichte, 7% eine mittelgradige und 2% eine schwere Depression auf. Mit einer Schwelle des EPDS-Summenwertes von 9,5 wurden auch leichtere depressive Störungen mitberücksichtigt (vgl. Bergant et al. 1998). „Allerdings ersetzt der EPDS nicht die Diagnose, sondern hilft sowohl im klinischen Alltag als auch im Rahmen von Forschungsprojekten bei der leichten Identifizierung Betroffener mit depressiven Symptomen.“ (Wendt & Rohde 2003, zit. nach Rhode, Marneros S. 525)

Ausgehend von den Ergebnissen dieser beiden Studien führte die *Stadt Wien* von Dezember 2001 bis Dezember 2003 im Rahmen des *Wiener Programms für Frauengesundheit* eine zweite groß angelegte kontrollierte, randomisierte Pilotstudie zur Prävention von PPD in drei Wiener Gemeindespitalern (Sammelweis-Frauenklinik, Kaiser-Franz-Josef-Spital und Sozialmedizinisches Zentrum Ost) durch⁹ (vgl. Amesberger 2001; vgl. BM für Gesundheit und Frauen 2006, S. 195; vgl. Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler 2006). Ziel dieser Interventionsstudie war es, durch soziale, medizinische und psychotherapeutische Informations- und Beratungsangebote während der Schwangerschaft und während der ersten Zeit nach der Geburt psychosozial vorbelastete Frauen zu unterstützen, um eine Senkung der im internationalen Vergleich relativ hohen Inzidenzrate in Österreich von 21,3 % (vgl. Herz et al. 1997) zu erreichen. Darüber hinaus sollte durch eine verstärkte Thematisierung der PPD auch eine Sensibilisierung der geburtshilflichen Betreuungsteams erzielt werden (vgl. Wimmer-Puchinger, S. 31-46; in: Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler 2006). Zusätzlich wurde dieses Projekt einer

⁹ BM für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) 2006: Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006, S. 195. Zitiert nach: Amesberger 2001. PPD – Ein randomisiertes Interventionsprojekt an drei geburtshilflichen Abteilungen (Donauspital, Ignaz-Sammelweis-Frauenklinik, Kaiser-Franz-Joseph-Spital).

begleitenden Evaluierung unterzogen, um folgende wissenschaftliche Kernfragen bezüglich der Prävention von PPD zu untersuchen:

„- Welche psychosozialen und sozioökonomischen Faktoren haben Einfluss auf ein PPD-Risiko?

- Kann durch primäre und sekundäre Präventionsmaßnahmen das Risiko, an einer postpartalen Depression zu erkranken, minimiert werden?“ (Wimmer-Puchinger, S. 32; in: Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler 2006)

Zum Zeitpunkt der Erstanmeldung der Schwangeren wurde in den geburtshilflichen Abteilungen an allen drei Standorten ein Screening in Bezug auf psychosoziale Belastungen und Krisen durchgeführt. Bei diesem Termin wurde an 5.163 Probandinnen neben dem *EPDS*-Fragebogen auch ein Fragebogen des IHS (Institut für Höhere Studien) verteilt. Letzterer erfasst die soziale Situation und hiermit verbundene Belastungen. Die Fragebögen wurden von 3.036 der schwangeren Frauen beantwortet. Zudem wurde eine ausführliche psychiatrische Anamnese durchgeführt. Diese Probandinnen wurden in zwei Gruppen aufgeteilt: Schwangere mit und Schwangere ohne PPD-Risiko.

Jene Frauen, die kein Risiko aufwiesen, wurden in die Routine der Schwangerenbetreuung aufgenommen. Schwangere, welche bereits beim ersten Kontakt mit der Geburtsabteilung ein PPD-Risiko aufwiesen, wurden mittels randomisierter Zuweisung wiederum in zwei Gruppen aufgeteilt, in eine Interventions- und in eine Kontrollgruppe. Die Probandinnen der Kontrollgruppe (230 Frauen) erhielten ein ausführliches Erstgespräch mit einer Hebamme und im Anschluss daran eine Vielzahl von Informationen bezüglich verschiedener Einrichtungen. Weiters wurden sie dazu angehalten, an einem Geburtsvorbereitungskurs teilzunehmen. In der Interventionsgruppe (233 Patientinnen) wurden die psychosozial belasteten Frauen – abhängig vom Risikofaktor – von einem multiprofessionellen Betreuungsteam, bestehend aus Hebammen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen und PsychiaterInnen, begleitet und teilweise in Einzelgesprächen bis zur Geburt beraten und unterstützt (vgl. Klier / Demal / Katschnig 2001, S. 80). Zusätzlich zu jenem bei der Erstanmeldung fanden weitere drei Erhebungszeitpunkte statt: drei Wochen vor der

Geburt sowie drei und sechs Monate nach der Geburt. Den Probandinnen wurde bei jedem dieser Termine der *EPDS*-Fragebogen sowie der *IHS*-Fragebogen vorgelegt. Zeitgleich wurde die Zufriedenheit der Interventionsgruppe hinsichtlich der gesetzten Maßnahmen evaluiert.

Es zeigte sich folgendes Belastungspotenzial schwangerer Frauen in Wien: 28% aller 3.036 an der Studie teilnehmenden Frauen nach der Ersterhebung hatten zu einem der vier Befragungszeitpunkte *EPDS*-Werte im Risikobereich, 14% wiesen gemäß dem *IHS*-Fragebogen sozioökonomische Belastungsindikatoren auf und 10% der Befragten hatten eine psychiatrische Vorgeschichte.

Hieran wurde der Einfluss psychosozialer und sozioökonomischer Belastungsfaktoren auf depressive Zustände schwangerer Frauen deutlich: Frauen mit niedrigem Einkommen, schlechter wirtschaftlicher Lage und niedriger gesellschaftlicher Position hatten signifikant höhere *EPDS*-Werte. Sie wiesen eine geringere Zufriedenheit mit ihrem Lebensumfeld auf. Besonders betroffen waren neben jüngeren Schwangeren auch Frauen mit Gewalterfahrungen in der Kindheit und Jugend.

Hervorzuheben ist, dass die Patientinnen des Kaiser-Franz-Josef-Spitals doppelt so hohe sozioökonomische Belastungs- und somit Risikofaktoren aufwiesen als jene in den anderen beiden Kliniken. Dies kann auf den hohen Anteil von Migrantinnen und sozioökonomisch belasteten Frauen und Familien zurückgeführt werden, da der Einzugsbereich dieses Spitals vor allem den 10. Wiener Gemeindebezirk umfasst, in welchem der Ausländeranteil und der Anteil sozioökonomisch belasteter Personen relativ hoch ist (vgl. hierzu auch Langer 2009).

4.4 Die Folgen von PPD innerhalb des Familienverbandes

Da die Forschungsergebnisse eindeutige Hinweise dafür liefern, dass länger andauernde Störungen der Interaktion zwischen Kind und Mutter, zwischen Kind und Vater sowie zwischen Mutter und Vater verheerende Folgen für alle Beteiligten haben können, werden im nächsten Schritt die Auswirkungen einer PPD auf den Mikrokosmos Kleinfamilie näher beleuchtet.

An PPD erkrankte Mütter neigen dazu, ihre Kinder zu wenig zu stimulieren. Gleichzeitig sind sie zumeist auch nicht in der Lage, ihre Rolle innerhalb des Familienverbandes wahrzunehmen. Hierdurch kommt es neben den bedeutenden Entwicklungsverzögerungen beim Kind, welche sich zuerst in unspezifischen Symptomen wie Schlaf-, Schrei- und Fütterungsproblemen manifestieren, auch zu Konflikten innerhalb der betroffenen Familien (vgl. hierzu auch Oddo 2008, S. 12). Werden keine therapeutischen, unterstützenden Maßnahmen eingeleitet, scheint sich die misslingende Mutter-Kind-Interaktion innerhalb des Familienverbandes auch negativ auf die übrigen Interaktionsbeziehungen der Erwachsenen mit dem Kind auszuwirken. Dies hat zur Folge, dass betroffene Kinder in späteren Jahren eine ganze Palette an Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen zeigen (vgl. hierzu auch Schwarz-Gerö; zit. nach Psyche und Soma Heft 7/2004). Hackenberg schreibt hierzu, dass „negative Emotionalität, restriktive Steuerung und ein wenig supportives und positives Verhalten der Eltern mit externalisierenden Störungen der Kinder“ (Hackenberg 2003, S. 142) verbunden sind.

Dennoch muss in diesem Zusammenhang festgehalten werden, dass sich Störungen innerhalb der Mutter-Kind-Beziehung stärker auf die kindliche Entwicklung auswirken als Störungen innerhalb der Vater-Kind-Beziehung (vgl. a.a.O.). Gerade diese Tatsache weist auf die Bedeutung des Vaters als Unterstützer seiner Partnerin hin, da er indirekt Einfluss nehmen kann auf die Beziehungsgestaltung zwischen Mutter und Kind, indem er seiner Partnerin verständnisvoll zur Seite steht. Zudem verlangt es Männern einen sensibilisierten Umgang mit ihren Kindern ab, um (zumindest) die Tragfähigkeit der Vater-Kind-Beziehung zu gewährleisten.

An dieser Stelle scheint es wichtig zu erwähnen, dass aus einer Studie von Grube (2004), in der 27 Männer von postpartal erkrankten Frauen untersucht wurden, bekannt ist, dass „Hilflosigkeits- und Ohnmachtsgefühle gegenüber der Erkrankung der Frau häufig zu Depressivität, Verunsicherung und Ärger führten. Frauen, die ihre Männer als unterstützend erlebt hatten, zeigten eine signifikant geringere Verweildauer in der Klinik.“ (http://liga-kind.de/fruehe/209_reck.php[21-10-2011]) Daraus wird deutlich ersichtlich, dass sowohl Psychopathologie des Lebenspartners als auch die innerfamiliäre Beziehungen eine wichtige Rolle in Bezug auf eine PPD spielten und unbedingt mehr Aufmerksamkeit und Beachtung finden müssen. Es ist

empfehlenswert, dass männliche Partner in die Therapie postpartal erkrankter Frauen mit einbezogen werden, um deren eigene psychische Instabilitäten sowie deren Erkrankungen zu behandeln, ihre sozialen Kompetenzen zu stärken und ihre supportiven Möglichkeiten zu bekräftigen (vgl. Grube S. 49; in Riecher-Rössler 2012). Bei peripartal erkrankten Frauen, die stationär behandelt wurden, wurde deutlich ersichtlich, dass deren männliche Partner über deutlich weniger soziale Kompetenz und Supportivitätsvermögen verfügten sowie eigene psychische Alteration vertreten war (ebd., S. 47).

Deswegen scheint es besonders wichtig, auch den Vater verstärkt in die Hilfsangebote von Hebammen, SozialarbeiterInnen, GemeindepflegerInnen und verschiedenen anderen Betreuungsdiensten mit einzubeziehen (vgl. hierzu auch Riecher-Rössler, Hofecker Fallahpour 2003, S. 109 ff.). An dieser Stelle kann daher festgehalten werden, dass es von enormer Wichtigkeit ist, sowohl der Mutter als auch dem Vater möglichst frühzeitig adäquate Hilfestellungen anzubieten (vgl. Oddo 2008, S. 17), nicht zuletzt deswegen, weil die Chronizität der mütterlichen Depression einen wichtigen Faktor darstellt. Es konnte herausgefunden werden, dass die PPD, wenn die depressiven Symptome länger als sechs Monate andauern, eine weitaus schlechtere Prognose für das Kind darstellt als eine früh remittierte oder erfolgreich behandelte Depression (vgl. Field et al., 1996; NICHD Early Child Care Research Network, 1999; Wolke et al. 2001; zitiert nach Klier / Demal / Katschnig 2001, S. 97).

Gelingt es trotz Vorliegens einer PPD, dass Kinder dennoch in ihrer frühkindlichen Entwicklung die Erfahrung machen, sicher-gebunden zu sein, zeigen sie bereits im Kindergarten und in der Volksschule ein altersadäquates Sozialverhalten, haben viel Phantasie und können sich immer länger konzentrieren. Sie weisen auch ein positives Selbstwertgefühl auf (vgl. Grossmann & Grossmann / Zimmermann / Spangler S. 4).

Daher wird im nun Folgenden die Bedeutung des Vaters innerhalb des Familienverbandes hinsichtlich der Vermeidung einer kindlichen postnatalen Depression (PND) sowie hinsichtlich der Ausdifferenzierung grundlegender Fähigkeiten des Kindes, im späteren Leben Beziehungen zu gestalten, in den Blick

genommen, da dem Vater große Bedeutung hinsichtlich der Entstehung und des Verlaufs der mütterlichen PPD und der kindlichen PND zukommt.

Zusammenfassung

Aus den Untersuchungen von Grossmann et al. 1997 gilt derzeit die Bindung, die ein Kind im ersten Lebensjahr zu seinen Bindungspersonen aufbaut, als zentraler Faktor der frühkindlichen Entwicklung. Bindungsmuster und -störungen können schon in einer frühen Entwicklungsphase nachgewiesen – und somit klassifiziert – werden (vgl. Grossmann et al. 1997). Aus diesem Kontext wird verständlich, welche negativen Folgen postpartale Depressionen der Eltern auf die kindliche Entwicklung haben können. In diesem Zusammenhang erforscht auch Schwarz-Gerö (2006) die Auswirkungen einer mütterlichen PPD auf den kindlichen Entwicklungsverlauf. Die moderne Eltern-Kind-Interaktionsforschung misst den diffizilen Mechanismen der Mutter-Kind-Dyade besondere Bedeutung für die kindliche Entwicklung bei. Sie beschäftigt sich sowohl mit förderlichen als auch mit hinderlichen Bedingungen sowie mit möglichen Defiziten, die infolge einer Erkrankung der Mutter das Kind in seiner Entwicklung beeinträchtigen können.

Aus den Untersuchungen von Field und Mitarbeitern (1988), Philips et al. (1991) und jener von Murray (1992) sowie von Campell und Mitarbeitern (1995) geht eindeutig hervor, dass Säuglinge und Kleinkinder durch wiederholte negative Interaktionserfahrungen mit ihren depressiven Müttern in den meisten Fällen ebenfalls depressive Interaktionsmuster entwickeln. Dies kann nach Field et al. (1988) allerdings durch eine gelingende Interaktion mit dem Vater verhindert oder abgeschwächt werden.

Die Ergebnisse aus den Studien von Cogill et al. (1986) sowie von Sinclair et al. (1998) belegen, dass es aufgrund des Vorliegens einer mütterlichen PPD in vielen Fällen zu einer eingeschränkten kognitiven Entwicklung beim Kind kommt. Weiters haben diese Untersuchungen gezeigt, dass männliche Kinder von einem gelingenden mütterlichen Response stärker abhängig sind als weibliche (vgl. Klier / Demal / Katschnig 2001, S. 96f.).

Aus den bisher angeführten Untersuchungen lässt sich ableiten, dass nach dem Auftreten einer PPD Schwangere und Mütter nicht nur um ihrer selbst willen, sondern

auch zum Wohle ihrer Kinder möglichst frühzeitig Unterstützung benötigen. Zudem hat sich gezeigt, dass die Rolle des Vaters noch genauerer Untersuchungen bedarf, da auch er eine wichtige Funktion im ohnedies labilen Beziehungs- und Interaktionsgefüge hat und einerseits selbst Unterstützung benötigt, andererseits gleichsam emotionale und kognitive Ressource sowohl für die Mutter als auch für das Kind sein kann.

In der vergleichenden Untersuchung von Muzik, Klier und Steinhardt an Kindern gesunder und postpartal depressiver Mütter, in welcher auch die Rolle der Väter in den Blick genommen wurde, zeigte sich, dass die depressive Verfasstheit von Müttern zum Zeitpunkt der Geburt keine messbaren Auswirkungen auf das kindliche Verhalten zeitigt. Wenn sich Mütter allerdings sechs Monate nach der Geburt (noch immer) in einem depressiven Zustand befinden, wirkt sich dies negativ auf das Interaktionsverhalten des Kindes aus, wenn dieses 4-5 Jahre alt ist.

Bezüglich der beiden epidemiologischen Studien ist festzuhalten, dass die Ergebnisse der zweiten hinsichtlich psychosozialer und soziökonomischer Einflussfaktoren weitgehend mit den Ergebnissen der ersten Studie übereinstimmen (vgl. Herz et al. 1997): Aus beiden Studien (sowie aus der Untersuchung von Bergant) wurde ersichtlich, dass die Wahrscheinlichkeit, an einer PPD zu erkranken, eine bedeutsame Problematik darstellt. Ein Großteil der Schwangeren weist psychosoziale Belastungen auf, welche sich negativ auf den Schwangerschaftsverlauf und auf die Mutter-Kindbeziehung auswirken. Viele Betroffene fühlen sich einsam und äußern erhöhten Betreuungsbedarf (vgl. Amesberger 2004).

Hinsichtlich der von der Stadt Wien durchgeführten Pilotstudie lassen sich folgende Ergebnisse festhalten: „Zieht man die Entwicklung der Mittelwerte als Basis für die Analyse der Wirkung der Betreuungsinterventionen heran, ergibt sich bei jenen Frauen, die die Fragebögen drei bzw. vier Mal beantworteten, in der Interventionsgruppe (IG) eine positivere Entwicklung (sowohl bei den sozialen Belastungsfragebogen- (*IHS*) als auch den *EPDS*-Mittelwerten) als in der Kontrollgruppe (KG).“ (Wimmer-Puchinger; in Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler 2006, S. 39) Festzuhalten ist an dieser Stelle auch, dass „(d)ie Interpretation der auf verschiedene Berechnungsarten gewonnenen Ergebnisse hinsichtlich der Wirkung

der Präventions- und Interventionsmaßnahmen (...) aufgrund der Ambivalenzen sehr schwierig“ ist (ebd.).

Bezogen auf die Patientinnen ergibt sich folgendes Bild: „Aus den Ergebnissen lässt sich eine Verbesserung durch die unterstützende Beratung in Vergleich zur Kontrollgruppe zwar ablesen, allerdings befindet sie sich nicht in einen [Anm.: einem] statistisch signifikanten Niveau. Ganz deutlich hingegen zeigt die subjektive Einschätzung hinsichtlich der Wirkung der Interventionen eindeutig positive Werte und zwar sowohl jene der Expertinnen als auch jene der befragten Frauen (...) .Das heißt, die Screeninginstrumente haben gut gegriffen.“ (ebd.) Ein weiterer positiver Nebeneffekt lag in der Senkung der Kaiserschnitttrate während des Untersuchungszeitraumes (vgl. Langer 2009, S. 8).

In der Studie wurde auch ersichtlich, dass die befragten Expertinnen den Interventionserfolg hinsichtlich der Unterstützungsmaßnahmen und Hilfestellungen geringer einstufen, als dies von den betroffenen Frauen selbst empfunden wurde. Letztere wünschten sich zudem „vorwiegend konkretere Ratschläge, eine stärkere Einbeziehung der Kindesväter in die Betreuung und Hausbesuche“ (Wimmer-Puchinger; in Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler 2006, S. 40). Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Zufriedenheit der Befragten mit der Intensivierung der Betreuungsmaßnahmen steigt, obwohl „die Ausgangshypothese, dass durch primäre und sekundäre Präventionsmaßnahmen das Risiko, an postpartalen Depressionen zu erkranken, gesenkt werden kann, statistisch nicht eindeutig bestätigt werden konnte.“ (Amesberger 2004) Weiters zeigte sich „eine Qualitätsverbesserung bei der Anamnese, die Effizienzsteigerung und Ressourcenersparnis durch adäquate Zuweisung, die Verbesserung der krankenhausesinternen Vernetzung (...) und die verstärkte Sensibilisierung (...) des Krankenhauspersonals.“ (a.a.O.)

Die Forschungsergebnisse liefern eindeutige Hinweise dafür, dass länger andauernde Störungen der Interaktion zwischen Kind und Mutter, zwischen Kind und Vater sowie zwischen Mutter und Vater verheerende Folgen für den gesamten Familienverband haben können. Machen aber trotz Vorliegens einer PPD Kinder in ihrer frühkindlichen Entwicklung die Erfahrung, sicher-gebunden zu sein, zeigen sie bereits im Kindergarten und in der Volksschule ein altersadäquates Sozialverhalten,

haben viel Phantasie und können sich immer länger konzentrieren und weisen auch ein positives Selbstwertgefühl auf.

5 Die Bedeutung des Vaters

Heutzutage verbringen Väter generell mehr Zeit mit ihren Kindern als früher. Pleck stellte in seiner Studie fest, dass Väter durchschnittlich zwischen 2,8 und 4,9 Stunden pro Tag mit ihren kleinen Kindern (vor allem am Wochenende) verbringen (vgl. Pleck, 1997 zit. nach http://liga-kind.de/fruehe/209_reck.php[21-10-2011]). „Väter [können] im Prinzip genauso gut wie Mütter frühe Versorgungsfunktionen übernehmen (...) und (...) die Kinder [entwickeln sich] in solchen Familien nicht schlechter (...) als in anderen (...).“ (Grube, M. S. 47f.; in: Riecher-Rössler 2012) Allerdings können nicht alle Funktionen der Mütter auf die Väter übertragen werden: „Da der Säugling das Gesicht, den Blick, die Stimme und den Geruch seiner Mutter vorzieht, weil beide durch die Schwangerschaft und die Geburt mit ihren hormonellen Umstellungen biologisch darauf vorbereitet werden, die primäre Bindung miteinander aufzunehmen, leidet er naturgemäß unter der Trennung von der Mutter. Denn die ihn intrauterin getragen und geboren hat und stillen kann, ist die vom Säugling gesuchte Bindungsperson.“ (a.a.O.) Daher erhebt sich die Frage, welche zusätzliche Bedeutung dem Vater bei Vorliegen einer mütterlichen PPD über die reine Versorgungsfunktion hinaus in emotionaler Hinsicht zukommt.

5.1 Die Bedeutung von Schwangerschaft und Wochenbett für Väter

Hierzu ist es notwendig, im Vorfeld der Frage nachzugehen, welchen psychischen Dynamiken Männer während der Schwangerschaft und des Wochenbettes ausgesetzt sind.

Aus entwicklungspsychologischer Sicht hat intensives väterliches Engagement im ersten Lebensmonat des Kindes in der Regel überwiegend positive, direkte und indirekte, kurz- und langfristige Folgen für das Kind. Zudem zeitigt es auch positive Auswirkungen auf das Verhältnis der Eltern zueinander sowie auf die Konstellation Vater-Mutter-Kind (vgl. hierzu auch Werneck, H. 2008). Ein solches positives Engagement kann von Männern aber nur dann an den Tag gelegt werden, wenn sie sich in der Phase der Schwangerschaft und des Wochenbettes nicht als hilflos erleben, da auch (werdende) Väter negative psychische Veränderungen durchmachen können (vgl. hierzu auch Kohl 2003, S. 131).

In älteren Arbeiten wird das sogenannte Couvade-Syndrom beschrieben, der Begriff *Couvade* lässt sich vom französischen Wort „couver“ ableiten und bedeutet so viel wie „(aus)brüten“. In einigen vorindustriellen Kulturen ist das *Couvade-Ritual*, das sogenannte „Männerkindbett“, als kulturelles Ritual weit verbreitet. In Industrienationen, in welchen ein solches Ritual fehlt, tritt in vielen Fällen das Couvade-Syndrom, welches auch als „sympathetische Schwangerschaft“ bezeichnet wird, bei Männern gleichsam als Reaktion auf die Schwangerschaft der Partnerin auf, mit entsprechenden Symptomen wie morgendlicher Übelkeit, Heißhunger sowie weiteren typischen Schwangerschaftssymptomen. Diese Erscheinungen beginnen, ebenso wie bei Frauen, zumeist um den dritten Schwangerschaftsmonat und enden mit der Geburt des Kindes. Über die Ursachen weiß man bislang noch wenig Bescheid. Es könnte ein Ausdruck von Ängsten und ambivalenten Gefühlen hinsichtlich der neuen Rolle als werdender Vater oder als Empathie mit der Partnerin, aber auch als Ausdruck von Neid der Partnerin gegenüber sein (vgl. Kohl 2003, S. 131f., vgl. dazu auch Grube, S. 48.; in Riecher-Rössler 2012). In diesem Zusammenhang erscheint auch die Tatsache, dass bei männlichen Tieren hormonelle Veränderungen im Kontext der Geburt von Jungen beschrieben worden sind. Auch bei Männern konnten ähnliche hormonelle Veränderungen festgestellt werden: Bei vielen jungen Vätern war die Testosteronkonzentration nach der Geburt um ein Drittel niedriger als in der Phase davor, bei Körperkontakt mit dem Kind stieg sie jedoch wieder an. Dieser Hormonanstieg könnte ein physiologischer Schutzmechanismus sein (vgl. Storey et. al. 2000).

Auch der Prolaktinspiegel ist bei besonders verantwortungsbewussten Männern, welche an einem *Couvade-Syndrom* leiden, vor der Geburt höher als danach (vgl. Storey et al. 2000, S. 132; zit. nach Kohl 2003). Prolaktin ist verantwortlich für die Milchbildung und reguliert zudem das mütterliche Verhalten.

Gelingt die emotionale Adaption während der Schwangerschaft oder in der Wochenbettphase nicht oder nur schlecht, kann es bei betroffenen Männern zu Belastungsreaktionen kommen, da die neue Lebenssituation zumeist gravierende Veränderungen nach sich zieht: In vielen Fällen leiden Männer vor allem an Schlafdefizit und sind in ihrem beruflichen Alltag nicht so leistungsfähig wie gewohnt, wodurch sie in weiterer Folge weniger Unterstützung durch Kollegen erfahren. Hinzu

kommt, dass sie oftmals auch weniger Aufmerksamkeit von ihren Partnerinnen erhalten, da diese sich in erster Linie mit ihrem verändernden körperlichen Zuständen auseinandersetzen müssen und sich nach der Geburt vor allem auf das Neugeborene konzentrieren (vgl. Kohl 2003, S. 132).

5.2 Die Bedeutung des Vaters als PPD-Träger

Neben diesen körperlichen und emotionalen Beeinträchtigungen können (werdende) Väter, ebenso wie Mütter, nach der Geburt Depressionen entfalten. Anhand einer Metanalyse (43 Studien mit insgesamt 28.004 Teilnehmern) konnte festgestellt werden, dass 10,4% der Väter depressive Symptome nach der Geburt des Kindes entwickelten. Ähnlich wie Frauen sind Männer am häufigsten im dritten bis sechsten postpartalen Monat betroffen. Deshalb ist es von besonderer Bedeutung, nicht nur Mütter zu screenen, sondern auch Vätern Beachtung hinsichtlich depressiver Verstimmungen im Zuge einer Geburt zu schenken. Da auch väterliche Depressionen bedeutende Auswirkungen sowohl auf die kindliche Entwicklung als auch auf die psychische Stabilität der Mutter und die gesamte familiäre Situation haben können, wäre dies dringend notwendig. Die hierdurch entstehende fehlende Unterstützung durch den Partner zeitigt negative Auswirkungen hinsichtlich des maternalen Risikos, an einer postpartalen Depression zu erkranken, da der depressive Zustand des Lebenspartners den Stresslevel bei Müttern (zusätzlich) negativ beeinflusst (vgl. hierzu auch Klein, F. 2010, S. 19): Erkrankt der Vater bereits im Vorfeld an einer präpartalen oder im Geburtszeitraum an einer postpartalen Depression, resultieren daraus Störungen hinsichtlich der Interaktion sowohl mit seiner Partnerin als auch mit seinem Kind. Dies kann zu schweren Brüchen im Beziehungsgefüge führen. Da „normalerweise der Vater (...) die Entwicklung des Kleinkindes vorbehaltlos und ohne Trauer oder Abschiedsgefühl begrüßen kann[,] (...) kann das Kind die Symbiose zur Mutter verlassen und positive erste Erfahrungen in der Selbstständigkeit machen. Ist der Vater real oder emotional nicht verfügbar, fühlt sich unzuständig oder ist wenig feinfühlig, ist dem Kind dieser Entwicklungsschritt zusätzlich erschwert.“ (Schwarz-Gerö, S. 137; in Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler 2006)

Kommt es aufgrund väterlicher Depressionen zu spezifischen und persistierenden negativen Effekten, können gravierende Auswirkungen bereits auf die frühkindliche

Verhaltens- und Emotionsentwicklung nachgewiesen werden (vgl. Ramchandani et al., 2005, Kersting, 2009, S. 49; zit. nach Grube; in Riecher-Rössler 2012): Die für die kindliche Entwicklung zentrale Triangulierung im Vater-Mutter-Kind-Beziehungsgeflecht gelingt nicht (vgl. a.a.O.). Daher ist es für den kindlichen Entwicklungsverlauf unerlässlich, dass auch dem Vater sowohl bei Vorliegen einer väterlichen als auch einer mütterlichen PPD frühzeitig einsetzende professionelle Hilfestellungen angeboten werden, da der Vater eine entscheidende Größe innerhalb des Familienverbandes für die emotionale Befindlichkeit von Mutter und Kind darstellt.

5.3 Die Bedeutung des Vaters als Co-Therapeut

Ist nicht der (werdende) Vater selbst Symptomträger einer prä- oder postpartalen Depression, sondern seine Partnerin, kommt ihm große Bedeutung hinsichtlich des Krankheitsverlaufes der mütterlichen prä- oder postpartalen Depression zu, da er in diesem Fall prinzipiell die Rolle eines Co-Therapeuten übernehmen kann. Hierzu braucht er allerdings entsprechende professionelle Unterstützung, da er schon im Vorfeld sowie kurz nach der Geburt einer Mehrfachbelastung ausgesetzt sein kann: Einerseits soll er seine Partnerin hinsichtlich ihrer Erkrankung unterstützen, andererseits trägt er in einem solchen Fall nach der Geburt für das Neugeborene vermehrt Verantwortung bezüglich der Vermeidung einer Säuglingsdepression. Eine solche frühkindliche Erkrankung hat nicht nur bis ins jugendliche Alter massive Auswirkungen.

Zudem ist festzuhalten, dass die Rolle des Vaters für die spätere Entwicklung des Kindes bis ins Jugendlichenalter als ebenso entscheidend gilt, wie jene der Mutter, weil seine Beziehung zum Kind durch die Mutter nicht generell ersetzt werden kann – ebenso wie er selbst die Beziehung zwischen Mutter und Kind nicht generell ersetzen kann. Beispielsweise untersuchten Grossmann & Grossmann 1999 in einer Längsschnittstudie hinsichtlich der Auswirkungen der speziellen Bedeutung des Vaters für die kindliche Bindungsfähigkeit bis ins Jugendalter den „Zusammenhang zwischen der väterlichen Spielfeinfühligkeit und der Vater-Kind Bindung an 47 Vater-Kind Paaren in einer Spielsituation (...) Es gab statistisch signifikante Korrelationen zwischen der Spielfeinfühligkeit der Väter mit ihren zu Beginn der Studie 2 Jahre alten Kindern und den Bindungsrepräsentationen“ (Klier / Demal / Katschnig 2001,

S. 105 f.) 14 Jahre später bei den damals 16-Jahre alten Kindern. Hinsichtlich der mütterlichen Spielfeinfühligkeit konnte ein solcher Zusammenhang nicht nachgewiesen werden.

Obwohl eine Ersetzung des anderen Elternteils nicht in allen Lebensbereichen möglich scheint, können negative Entwicklungseffekte aufgrund des Ausfalls eines Elternteiles dennoch kompensiert oder zumindest abgemildert werden. Hierzu führten Hosseain et al. (1994) eine Eltern-Kind-Interaktions-Studie durch, wobei drei bis sechs Monate alte Kinder mit ihren depressiven Müttern und ihren psychisch gesunden Vätern untersucht wurden. Es konnte festgestellt werden, dass die Kinder die dysfunktionalen Interaktionsmuster nur in der Interaktion mit ihren Müttern zeigten, diese aber nicht auf die Interaktion mit dem Vater generalisierten. Auch diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass „Väter die Effekte der postpartalen Mutter auf die Interaktionsmuster des Kindes“ (http://liga-kind.de/fruehe/209_reck.php [21-10-2011]) entschärfen können. Schwarz-Gerö weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Väter unter anderem als mögliche Schlüsselfiguren gelten und ihnen eine große Bedeutung als „Teil deren Lösung“ (Schwarz-Gerö, S. 136; in Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler 2006) zukommt. Die Aufgabe betroffener Väter besteht ihrer Ansicht nach im Wesentlichen in der Entlastung der Mutter durch Verantwortungsübernahme als alternativer Interaktionspartner hinsichtlich der Mutter-Kind-Interaktion für das Kind. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass das Fehlen der typischen Dynamiken bewusst gemacht wird, denen frisch gebackene Väter normalerweise während der ersten Lebensmonate ihrer Kinder ausgesetzt sind, in welchen sich Väter zumeist aus dem engen Mutter-Kind-Verhältnis ausgeschlossen fühlen. Ist die Frau an PPD erkrankt, kommt es bei ihrem Partner zwar nicht zu diesem Erlebnis des Ausgeschlossenenseins, aber er leidet zumeist an Überforderungsgefühlen. Gelingt es, die Dynamik des Sich-überfordert-Fühlens zu durchbrechen, ist der Weg frei, um die spezifischen Anforderungen an den Vater gezielt in Angriff nehmen zu können. Dies scheint jedoch ohne entsprechende Hilfestellung von professioneller Seite nicht möglich. Nur mit gezielter Unterstützung kann auch die „emotional nährenden Funktion des Vaters der Mutter gegenüber“ (a.a.O.) in dieser schwierigen Phase gefördert werden.

Erhält der Vater diese Hilfestellungen von professioneller Seite, kann er die Rolle eines so genannten Co-Therapeuten übernehmen. Bei Vorliegen einer mütterlichen PPD kann der erkrankten Mutter der „Weg in eine authentische kompetente Mutterrolle“ (ebd., S. 136) dann frei gemacht werden, wenn der Vater Bewusstheit hinsichtlich seiner besonderen Rolle innerhalb des Familienverbandes entwickeln kann. Ihm muss bewusst gemacht werden, dass er durch sein Handeln direkten Einfluss auf den Krankheitsverlauf bei seiner Partnerin nimmt. Je nachdem, wie er sich zu Mutter und Kind verhält, kann die PPD-Symptomatik sowohl hinsichtlich der Mutter als auch des Kindes abgeschwächt oder verstärkt werden (vgl.a.a.O.).

Zusammenfassung

Väter verbringen heute generell mehr Zeit mit ihren Kindern als früher, sie können im Prinzip genauso gut wie Mütter frühe Versorgungsfunktionen übernehmen, allerdings können nicht alle Funktionen der Mütter auf die Väter übertragen werden, da der Säugling das Gesicht, den Blick, die Stimme und den Geruch seiner Mutter vorzieht.

Dem Vater kommt im Kontext der PPD in zweierlei Hinsicht Bedeutung zu: Einerseits weiß man heute auch, dass (werdende) Väter genauso wie Frauen negative psychische Veränderungen während der Schwangerschaft der Partnerin durchmachen und neben diesen körperlichen und emotionalen Beeinträchtigungen ebenso wie Mütter nach der Geburt Depressionen entfalten können, also selbst PPD-Träger sein können. Andererseits kommt dem Vater eine große Bedeutung zu, denn wenn die Mutter an einer PPD erkrankt ist, erscheint väterliches Engagement besonders wichtig sowohl für das Kind als auch zur Entlastung der Mutter, er kann sogar die Rolle eines so genannten Co-Therapeuten übernehmen.

6 Analyse der Einrichtungen und Hilfsangebote für perinatale Krisen in Wien

An dieser Stelle ist unverkennbar, welche wichtige Stellung dem Vater bezüglich dieser Thematik zukommt, daher erhebt sich an dieser Stelle die Frage, ob auch dem Vater genug Aufmerksamkeit geschenkt wird. Welche Einrichtungen es generell für postpartal Betroffene gibt, ob es auch Einrichtungen und spezielle Hilfestellungen für Väter in Wien existieren, soll nun in weiterer Folge untersucht werden.

Folgende in Wien existierende Einrichtungen und Angebote¹⁰ werden untersucht:

Informations- und Beratungsstellen (6.1)

- Eltern-Kind-Zentren der MAG ELF (Stadt Wien)
- ZEF – Zentrum für Entwicklungsförderung (Stadt Wien)
- Eltern-Kind-Zentrum Gilgegasse (gemeinnütziger Verein)
- F.E.M (gemeinnütziger Verein)
- NANAYA – Zentrum für Schwangerschaft, Leben und Geburt mit Kindern (gemeinnütziger Verein)
- Selbsthilfegruppen

Ambulanzen (6.2)

- Psychosomatische Ambulanz der Gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung – Kaiser Franz-Josef Spital
- Baby-Care-Ambulanz – Gottfried Preyer'sches Kinderspital
- Säuglingspsychosomatik mit Schreiambulanz / KK Glanzing – Wilhelminenspital
- Familienhebammen und Hebammenstützpunkt der Stadt Wien (MA 15)
- Hebammenzentrum (Verein freier Hebammen)

Stationäre psychiatrische Einrichtungen (6.3)

- Department für Perinatalpsychiatrie – Otto Wagener Spital
- Psychiatrische Abteilung – Kaiser Franz-Josef Spital
- Universitätsklinik für Psychiatrie, Abteilung für Sozialpsychiatrie und Evaluationforschung – AKH

¹⁰ Kontaktadressen siehe Anhang I

- Psychiatrische Ambulanz – SMZ Ost

Selbsthilfegruppen und Netzwerke (6.4)

- F.E.M-Selbsthilfegruppe
- Netzwerk Perinatale Krisen

Informationsmaterialien zur PPD (6.5)

- Broschüre „... eigentlich sollte ich glücklich sein ...“
- Leitlinien für die psychosoziale Schwangerenbetreuung

6.1 Informations- und Beratungsstellen

In diesem Unterkapitel werden die einzelnen Institutionen und ihr Angebot vorgestellt. In den angeführten Einrichtungen können Eltern Informationen und Beratungen über Schwangerschaft, Geburt und über Postpartale Depression erhalten.

6.1.1 Eltern-Kind-Zentren der MAG ELF (Stadt Wien)

Die Eltern-Kind-Zentren der Stadt Wien bieten für Eltern vor beziehungsweise nach der Geburt eines Kindes Beratung und fachliche Hilfestellungen durch SozialpädagogInnen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, Familienhebammen sowie ÄrztInnen. Weiters besteht die Möglichkeit des Austausches von Erfahrungen mit anderen Eltern in Geburtsvorbereitungs- und Babypflegekursen und Stillgruppen. Überdies werden dort auch psychologische Beratung für Eltern von Säuglingen und Kleinkindern zwischen 0 – 6 Jahren angeboten (vgl. <http://studieren-mit-kind.at/krisen.php>).

Das Angebot an den einzelnen Standorten umfasst: Elternschulen, Geburtsvorbereitung durch Familienhebammen, Elternberatung (medizinische und sozialpädagogische Beratung), Psychologische Beratung, Babytreffs, Eltern-Kind-Treffs (vgl. <http://www.wien.gv.at/menschen/magelf/baby/ekizent.htm>, vgl. dazu auch http://www.fem.at/shared/PPD_Betroffene.pdf).

In Wien gibt es neun Standorte der Eltern-Kind-Zentren der MAG ELF.

6.1.2 ZEF – Zentrum für Entwicklungsförderung (Stadt Wien)

Das Zentrum für Entwicklungsförderung ist eine Einrichtung für Kinder von 0 - 6 Jahren, die bereits an den Folgen einer PPD leiden, und deren Familien. In dieser Einrichtung wird Diagnostik, Beratung, Begleitung und Therapie in Fragen der kindlichen Entwicklung angeboten. Es ist auch eine Schreiambulanz für Kinder bis zum dritten Lebensjahr vorhanden, sie steht Eltern und ihren Kindern zur Verfügung, wenn sie von Schrei-, Schlaf-, Fütterungs- und Trennungsproblemen betroffen sind. Die Leistungen sind für Familien aus Wien (vor allem die regionale Versorgung des 22. Bezirks wird damit abgedeckt) und Niederösterreich und deren Kindern kostenlos, bei Inanspruchnahme ist die E-Card oder eine ärztliche Überweisung notwendig.

Aus den Leitlinien des ZEF ist zu entnehmen, dass eine Entwicklungsbeeinträchtigung immer im Zusammenhang mit der ganzen familiären Situation zu betrachten ist. Bestehende familiäre Ressourcen müssen aktiviert werden, fehlende Ressourcen hingegen müssen mit den Familienangehörigen neu geschaffen werden, um die Entwicklung des Kindes langfristig und bestmöglich zu fördern. In dieser Institution wird großer Wert auf eine interdisziplinäre Zusammenarbeit gelegt. Diese ist ein wichtiger Bestandteil des ganzheitlichen Konzepts, wobei das Kind im Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen stehen soll. In einer diagnostischen Eingangsphase werden die Kinder von einem interdisziplinären Team, welches aus ÄrztInnen, PsychologInnen, ThearapeutInnen und SozialarbeiterInnen besteht, besprochen, um für das Kind und die Eltern die geeignetste Therapie zu erstellen.

Das Angebot des Zentrums für Entwicklungsförderung ist sehr umfangreich. Neben den Maßnahmen, die im Falle einer mütterlichen PPD relevant sind (ärztliche Betreuung, psychologische Beratung und Behandlung sowie Schreiambulanz), werden dort außerdem noch Physiotherapie, Hippotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Sonder- und Heilpädagogik, heilpädagogisches Voltagieren, Motopädagogik, Sozialberatung, Theraplay und tiergestützte Therapien durchgeführt (vgl. <http://www.wiso.or.at/foebe/zentrum.php>).

6.1.3 Eltern-Kind-Zentrum Gilgegasse (gemeinnütziger Verein)

Das Eltern-Kind-Zentrum wurde 1982 von Mag. Anne und Thomas Weber gegründet, es war das erste Eltern-Kind-Zentrum in Wien. Anfänglich gab es nur Geburtsvorbereitungskurse, das Programm wurde aber immer mehr aufgrund von Wünschen junger Eltern erweitert. Seit 1994 ist das EKIZ ein gemeinnütziger Verein und wird vom Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz unterstützt. Weiters wurde diese Einrichtung 1998 von der Gemeinde Wien als „Freier Träger der Jugendwohlfahrt“ anerkannt und auch gefördert.

Diese Institution umfasst ein weitreichendes Angebot. Für postpartale depressive Betroffene bietet es Hebammensprechstunden und Krisenintervention in Einzel- und Paarberatung an. Jedoch spielen dort auch (werdende) Väter eine wichtige Rolle, denn ein Baby braucht zum Aufwachsen auch den väterlichen Kontakt. Es werden Väter in Gruppen unter männlicher Leitung spezifisch auf die Geburt und die Elternschaft vorbereitet. Werdende Väter können sehr positiv bei der Geburt auf die Frau einwirken. In den Kursen sollen sie erlernen, wie sie die Frauen während der Geburt unterstützen können, darüber hinaus erhalten sie viele hilfreiche Informationen und Anleitungen, die sie in der Praxis als Vater und Partner nützlich einsetzen können. Sie erhalten aber auch praktische Anleitungen, wie sie die Frauen nach der Geburt unterstützen können. Überdies erhalten sie zusätzliche Informationen und werden auch über seelische Umstellungen und Probleme wie die PPD aufgeklärt. Speziell werden dort Themen für werdende Väter angeboten, damit sich diese mit der neuen Rolle als werdender Vater auseinandersetzen können und Unsicherheiten, die aus den traditionellen Eltern-Rollenbildern resultieren, ablegen können (vgl. <http://www.elternkindzentrum.com/>).

6.1.4 F.E.M.-Elternambulanz

2006 wurde im Wiener Wilhelminenspital die F.E.M.-Elternambulanz gegründet, eine Spezialambulanz für psychosoziale Risikoschwangerschaften. Der Träger ist das Frauengesundheitszentrum F.E.M., Institut für Frauen und Männergesundheit. Das Team besteht aus der Leiterin Mag. Franziska Pruckner und Mag. Zeliha Özlü (türkische psychische Betreuung). Die F.E.M.-Elternambulanz finanziert sich über die Wiener Gesundheitsförderung (WiG) und Eigenmittel des F.E.M. (vgl.

Kern & Pruckner, 2010http://www.ongkg.at/fileadmin/user_upload/konferenz_12/2.4_Pruckner.pdf, vgl. dazu auch Österreicher, M. 2010, S.37-41)

Das Ziel dieser Einrichtung ist, psychisch belasteten Frauen, Frauen mit psychiatrischen Anamnesen sowie Frauen, die gefährdet sind, im Laufe ihrer Schwangerschaft eine psychische Befindlichkeitsstörung auszubilden, zu entlasten sowie zu unterstützen. Es ist eine Anlaufstelle für Mütter/Eltern in der ersten Zeit nach der Geburt. Überdies geht es in dieser Einrichtung um Prävention von peri – und postpartalen Störungen, psychische Belastungen sollen sowohl in der Schwangerschaft als auch in der ersten Zeit nach der Entbindung frühzeitig erkannt beziehungsweise diagnostiziert werden (vgl. www.fem.at).

Die F.E.M.-Elternambulanz bietet Abklärung, medizinische Betreuung der Frauen, psychotherapeutische Interventionen, Beratung und Begleitung, wenn notwendig auch Weitervermittlung an längerfristige Betreuungseinrichtungen.

Es ist eine niederschwellige Einrichtung, die enge Zusammenarbeit mit dem Team des Krankenhauses lässt eine unbürokratische und rasche Hilfestellung für die betroffenen Frauen zu. Der ambulante Rahmen ermöglicht Abklärungs- und entlastende Gespräche, Krisenintervention und Kurzzeittherapien. Die Gespräche sind kostenlos und dauern in der Regel zwischen 50 – 60 Minuten, es können pro Frau 10 – 15 Beratungsstunden vor und ebenso nach der Geburt in Anspruch genommen werden.

Das Einzigartige in dieser Einrichtung ist, dass auch türkischsprachige Beratung angeboten wird, da im Wilhelminenspital ein hoher Anteil der schwangeren Frauen türkischer Herkunft ist. „Die bisherigen Erfahrungen der Elternambulanz mit türkischsprachiger Beratung sprechen für sich: Sie wird sowohl von Frauen selbst, als auch vom Krankenhauspersonal als sehr hilfreich und unterstützend evaluiert. Die muttersprachige Schilderungen der jeweiligen Situation gibt den betroffenen Frauen Sicherheit und Missverständnisse mit dem Krankenhauspersonal können dadurch reduziert werden.“ (Kern & Pruckner, 2010http://www.ongkg.at/fileadmin/user_upload/konferenz_12/2.4_Pruckner.pdf vgl. dazu auch Österreicher, M. 2008)

6.1.5 NANAYA – Zentrum für Schwangerschaft, Geburt und Leben mit Kindern (gemeinnütziger Verein)

Das Zentrum für Schwangerschaft, Leben und Geburt mit Kindern wurde 1983 von Eltern aus einer Selbsthilfegruppe gegründet und hat sich im Laufe der Jahre zu einer etablierten Einrichtung entwickelt. NANAYA – Zentrum für Schwangerschaft, Leben und Geburt mit Kindern ist ein gemeinnütziger Verein und arbeitet als selbstverwaltete Fraueneinrichtung. Das Zentrum wird vom Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend, der Magistratsabteilung 11 und dem Bundeskanzleramt (Bundesministerin für Frauen und öffentlichen Dienst) unterstützt.

NANAYA bietet kostenlose Beratung zu allen Fragen und Unsicherheiten, die in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt auftreten können, neben medizinischer, sozialer und psychologischer Beratung steht auch die Beratung durch Hebammen zur Verfügung. Überdies besteht in dieser Einrichtung ein breitgefächertes Angebot an begleitenden Kursen und Seminaren für schwangere Frauen, werdende Eltern sowie Mütter und Väter von Kleinkindern. Ferner enthält das Programm Vorbereitungskurse auf Geburt und Elternschaft, Rückbildungsgymnastik, Babymassage, Stillgruppen, Eltern-Kind-Cafés, Selbsterfahrungsgruppen für Mütter, Gesprächsrunden für Erziehungsfragen sowie Vorträge und Fortbildungsveranstaltungen.

Die Einrichtung möchte nicht nur Frauen unterstützen, sondern auch Männer. Sie sollen dort Information und Unterstützung bekommen, besonders im Umgang mit ihren Frauen. Außerdem sollen Männer ermutigt werden, von Anfang an eine Beziehung zu ihren Kindern aufzubauen. Der Verein fordert auch eine Unterstützung in der Mutter-Kind-Bindung und in der Vater-Kind-Bindung. Eltern sollen überhaupt in ihrer Elternkompetenz gestärkt und unterstützt werden. Die Einrichtung hat mehrere Standorte in Wien (vgl. www.nanaya.at).

6.2 Ambulanzen

„Viele peripartal erkrankte Mütter sind aber auch in einem ambulanten Setting zu führen. Oft braucht es bei einem stationären Aufenthalt ambulante Vor- und Nachbetreuung.“ (Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011)

<http://www.imag-gendermainstreaming.at/cms/imag/attachments/6/3/1/CH0136/CMS1289901332101/frauengesundheitsbericht.pdf> [21.01.2012]

Ambulante Einrichtungen sind vor allem bei leichten und mittelschweren Störungsbildern der prä- und postpartalen Erkrankungen indiziert. Ambulante Therapien und Behandlungskonzepte haben den Vorteil, dass Betroffene nicht von ihrem gewohnten Umfeld getrennt sind und daher eher solche Einrichtungen in Anspruch genommen werden als stationäre. Niederschwellige Institutionen sind weniger mit Scham besetzt sind.

6.2.1 Psychosomatische Ambulanz der Gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung – Kaiser Franz-Josef Spital

Die Psychosomatische Ambulanz bietet ambulante, aber auch stationäre psychotherapeutische Betreuung von Schwangeren mit psychischen Problemen an. Überdies können postpartale psychische Erkrankungen dort diagnostisch abgeklärt werden und in weiterer Folge behandelt werden. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit der psychiatrischen Abteilung, an die auch im gegebenen Fall weitervermittelt werden kann (vgl. http://www.fem.at/shared/PPD_Betroffene.pdf S. 24).

6.2.2 Baby-Care-Ambulanz – Gottfried Preyer'sches Kinderspital

Der medizinische Schwerpunkt der Baby-Care-Ambulanz des Gottfried Preyer'schen Kinderspital liegt in der Beratung bei Ernährungs-, Still-, Schrei- und Schlafproblemen im ersten Lebensjahr durch ÄrztInnen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen, Krankenschwestern und StillberaterInnen (vgl. http://www.fem.at/shared/PPD_Betroffene.pdf).

„Die Geburt eines Kindes bedeutet für viele Eltern Freude und eine Veränderung in fast allen Lebensbereichen, aber manche Kinder haben aus den verschiedensten Gründen ganz spezielle Bedürfnisse. Die Betreuung dieser Babys ist eine besondere Aufgabe für Mutter und Vater und kann zu einer Belastung für alle Beteiligten werden.“ (http://www.wienkav.at/kav/kfj/medstellen_anzeigen.asp?ID=522)

Diese Institution bietet Eltern und ihren Babys Hilfe und unterstützt sie, die Zeit wieder miteinander genießen zu können. Das Angebot umfasst Beratung und

Therapie für Eltern und Babys bei Schrei- und Schlafproblematik sowie Stimmungsschwankungen der Mutter nach der Geburt. Anhand sanfter, körperorientierter Methoden werden Eltern und ihre Kinder unterstützt, um eigene Kräfte und Ressourcen zu entdecken und die Spannungssituationen wieder zu lösen (vgl. http://www.wienkav.at/kav/kfj/medstellen_anzeigen.asp?ID=522).

6.2.3 Familienhebammen und Hebammenstützpunkt der Stadt Wien (MA 15)

Seit 1986 sind die Familienhebammen in der Schwangerenbetreuung und -beratung in vier Stützpunkten, in den Schwangerenambulanzen städtischer Krankenhäuser und in einigen Eltern-Kind-Zentren tätig. Jede schwangere Frau in Wien kann die Einrichtungen der Familienhebammen kostenlos in Anspruch nehmen. Das Team besteht aus neun erfahrenen Hebammen und einer Stillberaterin.

Für Risikoschwangerschaften besteht zusätzlich die Möglichkeit von Hausbesuchen, der gesundheitliche Zustand von Mutter und Kind kann dabei kontrolliert werden, Ratschläge können erteilt werden und Ängste können durch Gespräche abgebaut werden.

Die Familienhebammen bieten Geburtsvorbereitung für Frauen, Schwangerengymnastik, Einzel- oder Einzelpaarberatungen, Stillberatung, Hausbesuche vor und eventuell nach der Geburt sowie Rückbildungsgymnastik und es gibt auch einen Babytreff.

Die Ziele dieser Einrichtung sind primär auch präventiv, denn Frauen, die auf die Geburt vorbereitet sind, haben seltener Komplikationen sowohl bei der Geburt als auch im Wochenbett. Durch diese Maßnahmen sollen die gesundheitlichen Risiken für die Frauen und in weiterer Folge für die Kinder gesenkt werden. Dadurch sollen auch Frühgeburten vermieden werden, außerdem soll dies auch die Stillbereitschaft der Frauen heben (vgl. <http://www.wien.gv.at/ma15/hebammen.htm#ziele>).

6.2.4 Hebammenzentrum - Verein freier Hebammen

Das Hebammenzentrum wurde 1989 von mehreren engagierten freiberuflichen Hebammen gegründet. Seit 1990 ist die beratende Arbeit vom Familienministerium als Familienberatungsstelle anerkannt und wird auch subventioniert. In dieser Institution arbeiten nicht nur Hebammen, sondern auch ÄrztInnen und

SozialarbeiterInnen. Es gibt dort nicht nur, wie man vermuten könnte, Beratung und Betreuung für Mütter, sondern in dieser Institution finden auch Väter Unterstützung (vgl. http://www.fem.at/shared/PPD_Betroffene.pdf).

Es gibt Geburtsvorbereitungskurse für Paare, welche einen speziellen Väterschwerpunkt beinhalten. Außerdem bietet die Einrichtung auch kostenlose Väterberatung an. In der sogenannten Sprechstunde „*Väter brauchen mehr...*“ werden die Männer in Einzelberatung wahlweise durch eine Hebamme oder einen SozialarbeiterIn beraten und unterstützt. Sie erhalten Informationen über die Rolle des werdenden Vaters bei der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, aber natürlich auch Beratung bei individuellen Problemstellungen und Fragen aus der Sicht des Vaters. Außerdem können sie dort auch Beratung zum Thema Väterkarenz erhalten.

Es wird auch Krisenintervention durch eine PsychologIn beziehungsweise durch eine PsychotherapeutIn angeboten, wo sowohl Mütter als auch Väter über die Ängste in ihrer Elternschaft sprechen können. Überdies werden dort auch spezielle Vätervorträge abgehalten (vgl. <http://www.hebammenzentrum.at/neu/>).

Abschließend ist festzuhalten, dass diese Einrichtung ein sehr umfangreiches Angebot für Schwangere und Mütter anbietet, über das gesamte Kursprogramm und Angebot wird in dieser hier vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit nicht vollständig berichtet, da es in ihr primär um die Aufarbeitung des Angebotes für Väter geht.

6.2.5 Säuglingspsychosomatik mit Schreiambulanz / KK Glanzing – Wilhelminenspital

Das diagnostische und therapeutische Konzept der Säuglingspsychosomatik mit Schreiambulanz / KK Glanzing im Wilhelminenspital basiert auf den Ergebnissen der Säuglingsforschung, der Entwicklungspsychologie, der Bindungstheorie und der klinischen Pädiatrie. Im Mittelpunkt steht die Kommunikation zwischen Eltern und Kind. Die Zuweisung an diese Station erfolgt über niedergelassene Kinderärzte und Kinderkliniken, über die perinatale Psychiatrie, Schreiambulanzen sowie über die Sozialarbeit. Zu den Patienten zählen Familien mit Kindern von 0 - 3 Jahren, die gemeinsame Aufnahme von Kind und dessen Bindungsperson(en) ist die Grundvoraussetzung für die gemeinsame Arbeit. Als Aufnahmegründe sind

einerseits kindbezogene Kriterien wie Fütterungsprobleme, Gedeihstörungen, Sondenentwöhnung, Verhaltensauffälligkeiten, Störungen der Selbstregulation, diverse Entwicklungsverzögerungen, exzessives Schreiverhalten und spezielle familiäre Belastungen, andererseits elternbezogene Aufnahmegründe wie akute Belastungsreaktionen oder postpartale Depressionen. Ebenfalls können Beziehungs- und Familienprobleme, die bei Mehrlingen, minderjährigen Müttern, Adoptionen oder Pflegefamilien auftreten, Grund einer stationären Aufnahme sein. Besonders wichtig sind auch die Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Institutionen sowie Helferkonferenzen, die Therapie erfolgt in einem ganzheitlichen Ansatz.

Die Station befindet sich in einem Pavillon im Parkgelände des Wilhelminenspitals, dieser verfügt über vier Patientenzimmer mit insgesamt acht systemisierten Betten. Die Stationsleitung unterliegt Dr. Josephine Schwarz-Gerö. Die jährliche Auslastung liegt fast bei 100% mit etwa 400 Aufnahmen pro Jahr, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt zwei bis vier Wochen. Die Station arbeitet mit dem Department für Perinatale Psychiatrie des Otto-Wagner-Spitals zusammen (vgl. http://www.wienkav.at/kav/wil/medstellen_anzeigen.asp?suchstring=592). Durch den Konsiliar-/Liaisondienst wurde auch möglich, „dass psychisch kranke Mütter im Anschluss an einen stationären psychiatrischen Aufenthalt mit ihrem Baby an der pädiatrischen Station aufgenommen werden können. Dort wird dann an der Interaktion zwischen Mutter und Kind weiter gearbeitet.“ (Reiner-Lawugger S.124; in Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler 2006) Anzumerken ist hier, dass der Genesungsprozess der Mütter dadurch beschleunigt werden kann.

Die stationäre Eltern-Kind-Therapie bei postpartaler Depression besteht aus einer Kombination von psychiatrisch psychopharmakologischer Therapie (durchgeführt vom Konsiliar-/ Liaisondienst) und pädiatrisch interaktionell fokussierter Therapie (durchgeführt vom Team der Säuglingspsychosomatik). Eckpfeiler der pädiatrischen/interaktionellen Therapie sind die videounterstützte Interaktionstherapie, der therapeutische Nutzen der Mutter-/Vaterfunktion der Station und das Konzept des Vaters als Co-Therapeut.

In dieser Einrichtung gibt es aber nicht nur Hilfen für die Mütter, sondern auch für die Väter. Denn im zweiten Lebenshalbjahr des Kindes wird der therapeutische Schwerpunkt besonders auf die Vater-Kind-Ebene verlegt. Zu dieser Zeit führt

nämlich die kindliche Autonomieentwicklung nach den Beobachtungen von Dr. Schwarz-Gerö und ihren Mitarbeitern zum „zweiten Gipfel der postpartalen Depression“. Manche Mütter leiden nämlich darunter, dass das Kleinkind nun zunehmend sein Interesse nicht mehr ausschließlich auf die Mutter fokussiert. Meistens sehen die Väter diesen Vorgang viel gelassener und erleichtern damit diesen Entwicklungsschritt des Kindes. Ein nicht vorhandener oder inkompetenter Vater schadet sowohl dem Kind als auch der Mutter. Daher strebt man die stationäre Mitaufnahme des Vaters an, um eine frühe Triangulierung zu fördern. Sollte es aber bereits zu deutlichen Konflikten zwischen den Eltern gekommen sein, entscheidet man sich für den sogenannten „*Vater-Switch*“: In der Klinik verbleiben nur Vater und Kind, die erschöpfte Mutter kann sich zu Hause erholen. Neben der Versorgung des Kindes durch den Vater erhält dieser eine „*spielzentrierte videounterstützte Interaktionstherapie*“. Die Mutter wird real entlastet und von ihrer Stigmatisierung befreit, sie verliert das Gefühl, ständig verfügbar sein zu müssen. Die verbesserte Vater-Kind-Beziehung und die gestärkte väterliche Kompetenz tragen zu einem Verschwinden krankhafter kindlicher Symptome bei und häufig zu einer Verbesserung des Verhältnisses zwischen dem Elternpaar (vgl. Schwarz-Gerö S.136ff.; in Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler 2006).

6.2.6 Psychiatrische Ambulanz – SMZ Ost

Die Psychiatrische Ambulanz des SMZ Ost ermöglicht Beratung, Diagnostik und Einleitung einer Therapie. Sie hilft bei der Kontaktvermittlung im Falle von psychischen Problemen oder Störungen während der Schwangerschaft und nach der Geburt (vgl. http://www.fem.at/shared/PPD_Betroffene.pdf).

6.3 Stationäre psychiatrische Einrichtungen

Da rund 25 % aller erkrankten Frauen aber spezielle psychiatrische und therapeutische Hilfe brauchen (vgl. Reiner-Lawugger, S. 120; in Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler 2006), werden im nächsten Schritt die stationären Einrichtungen besprochen.

6.3.1 Department für Perinatale Psychiatrie – Otto Wagner Spital

2003 wurde im Rahmen der Sozialpsychiatrischen Ambulanz ein Department für Perinatale Psychiatrie unter der Leitung von Dr. Reiner-Lawugger eingerichtet. In der

Sozialpsychiatrischen Ambulanz arbeitet ein multiprofessionelles Team, bestehend aus ÄrztInnen, Diplomkrankenschwestern, SozialarbeiterInnen und einer Psychologin. Die Ambulanz setzt sich zur Aufgabe, die regionale Versorgung des 14., 15., und 16. Wiener Gemeindebezirks abzudecken, die konsiliarpsychiatrische Versorgung aller nichtpsychiatrischen Abteilungen des Otto Wagner Spitals in Wien sicherzustellen und dabei enge Kooperation mit den Einheiten der Abteilung für spezielle Rehabilitation zu halten (vgl. Reiner-Lawugger S. 123, in Wimmer-Puchinger & Riecher –Rössler 2006).

Das Department für Perinatale Psychiatrie des Otto Wagener Spitals bietet medizinische, psychologische und sozialarbeiterische Betreuung bei postpartaler Depression sowie anderen psychischen Störungen vor der Geburt an. Akute Notfälle werden rund um die Uhr von diensthabenden FachärztInnen versorgt. Überdies leistet das Pflorgeteam auch im Bedarfsfall Hausbesuche. Die Einrichtung arbeitet auch mit anderen stationären Einrichtungen zusammen, wie mit der bereits erwähnten Säuglingspsychosomatik des Wilhelminenspitals in Form eines Konsiliar-/Liaisondienstes (vgl. http://www.fem.at/shared/PPD_Betroffene.pdf).

Zusätzlich bietet das Department für Perinatale Psychiatrie die überregionale Betreuung von Müttern in psychischen Krisen sowie in der Schwangerschaft und bis zum Ende des ersten Lebensjahrs des Kindes an. Überdies wird für die Mütter ein verhaltenstherapeutisches Training und Psychotherapie angeboten.

Weiters achtet die Abteilung auch auf die laufende Schulung und Fortbildung aller Mitarbeiter und gewährleistet auch die Mitarbeit am *Wiener Netzwerk Postpartale Depression* (vgl. Reiner-Lawugger S. 123; in Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler 2006).

Besonders wichtig zu erwähnen ist, dass durch die enge Zusammenarbeit mit der Säuglingspsychosomatik auch die Scheu der psychisch kranken Frauen gegenüber der Psychiatrie abgeschwächt werden kann und daher diese an einem eher unbelasteten Ort erstmalig psychiatrisch behandelt werden können – die Konsiliararbeit wirkt entstigmatisierend (vgl. a.a.O.).

Vor der Zusammenarbeit der beiden Einrichtungen gab es in Wien kaum die Möglichkeit, psychisch kranke Mütter gemeinsam mit ihren Kindern an spezialisierten

psychiatrischen Abteilungen aufzunehmen. Deswegen war oft eine Trennung von Mutter und Kind unvermeidbar, d.h. „die Interaktion zwischen Mutter und Kind wird dadurch gestört – Mangel an der psychiatrischen Abteilung.“ (Reiner-Lawugger, S. 122; in Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler 2006)

„Durch die Konsiliar- / Liaisonarbeit der sozialpsychiatrischen Ambulanz an der Säuglingspsychosomatik des Wilhelminenspitals konnte der Mangel für beide Seiten behoben werden.“ (a.a.O.) Außerdem wurde dadurch möglich, dass die Väter zunehmend in das Behandlungssetting eingebunden werden konnten. Zudem können sie jetzt auch als Betreuungsperson für das Kind mit aufgenommen werden, dadurch können familiendynamische Konflikte schneller und besser ersichtlich gemacht werden und somit neue Strategien entwickelt und ausprobiert werden. Ein weiterer besonders wichtiger Faktor ist, dass „Väter viel bewusster in ihrer Vaterrolle begleitet werden“ (Reiner-Lawugger S. 123; in Wimmer-Puchinger & Riecher – Rössler 2006) können.

6.3.2 Psychiatrische Abteilung – Kaiser Franz-Josef Spital

Die Psychiatrische Abteilung des Kaiser Franz-Josef Spital leistet ambulante Betreuung und Behandlung für Frauen mit peri- oder postpartaler Depression. Stationäre fachärztliche Behandlung an der Psychiatrischen Abteilung ist nur für Frauen aus dem 10. Bezirk möglich, allenfalls ist auch die Mitaufnahme des Kindes möglich (vgl. http://www.fem.at/shared/PPD_Betroffene.pdf).

6.3.3 Universitätsklinik für Psychiatrie, Abteilung für Sozialpsychiatrie und Evaluationsforschung – AKH

Die Abteilung für Sozialpsychiatrie des AKH bietet sowohl ambulante als auch stationäre Beratung und Betreuung von Schwangeren mit psychischen Erkrankungen und bei prä- und postpartaler Depression. Überdies hilft sie auch Patientinnen bei der Planung der medizinischen, psychotherapeutischen und sozialen Weiterbetreuung und verfügt über eine Kooperation mit der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und der Psychosomatisch-gynäkologischen Ambulanz. Außerdem besteht auch die Möglichkeit der gemeinsamen Mutter-Kind-Aufnahme (vgl. http://www.fem.at/shared/PPD_Betroffene.pdf).

6.4 Selbsthilfegruppen und Netzwerke

2001 wurde eine *Selbsthilfegruppe für Postpartale Depression* von Petra Wenzel gegründet. Sie war eine ehemals Betroffene und hat einen langen Leidensweg hinter sich gehabt, bis sie schlussendlich erst entsprechende Hilfe fand: Sie wurde von ihrer Therapeutin ermuntert, selbst eine Selbsthilfegruppe zu gründen, allerdings hat sich diese Gruppe inzwischen wieder aufgelöst (vgl. Wenzel, P. S. 83-87; in Klier / Demal / Katschnig 2001, vgl. dazu auch <http://members.chello.at/~ppd.treff/homepage/>)

Derzeit scheint nur eine einzige Selbsthilfegruppe in Wien zu existieren, die *F.E.M.-Selbsthilfegruppe*, welche eine spezielle Einrichtung für Schwangere und frisch gebackene Mütter ist, die unter Stimmungsschwankungen sowie Gefühlen der Überbelastung und Überforderung leiden. Sie steht unter der Leitung von Gerda Kosnar-Dauz, einer ehemals selbst Betroffenen, und ist angekoppelt an die *F.E.M.-Elternambulanz* des Wilhelminenspitals, in deren Räumlichkeiten die Treffen einmal pro Monat stattfinden. In dieser Selbsthilfeeinrichtung wird den betroffenen Frauen ein Erfahrungsaustausch untereinander, aber auch mit ehemals betroffenen Frauen ermöglicht. Ferner erhalten Frauen auch spezifische Informationen bezüglich des Krankheitsbildes sowie des -verlaufs, und möglicher Behandlungsmöglichkeiten. Außerdem wird die Weitervermittlung an ÄrztInnen, TherapeutInnen und andere SpezialistInnen angeboten (vgl. http://www.fem.at/shared/PPD_Betroffene.pdf).

Ergänzend soll noch erwähnt werden, dass das *Netzwerk Perinatale Krisen* für die Vernetzung von Einrichtungen der Stadt Wien, wie etwa der MA 11, 14 und 40, der Krankenanstalten sowie der NGO zur Verfügung steht (vgl. Langer 2009, S. 8). Es entstand im Anschluss an die Studie über postpartale Depression an den drei großen gynäkologischen Abteilungen an den Krankenhäusern der Stadt Wien im Rahmen des Wiener Programms für Frauengesundheit (vgl. Reiner-Lawugger, www.lsf-graz.at/cms/.../Netzwerk_Wien.pdf –[24-01-1012]).

Das *Netzwerk Perinatale Krisen* setzt sich aus derzeit 35 ExpertInnen zusammen, es umfasst Hebammen, SozialarbeiterInnen, GynäkologInnen, KinderärztInnen, PsychologInnen und PsychiaterInnen. Alle zwei Monate wird ein Treffen abgehalten. Ziel ist es, Informationen bezüglich Versorgungsangebote, Betreuungsqualität und präventiver Möglichkeiten für psychosozial belastete Frauen zu geben sowie

Erfahrungen und Know-how auszutauschen. Hierdurch erhofft man sich in erster Linie die Beseitigung von Betreuungslücken. Eine weitere Hauptaufgabe des Netzwerkes besteht darin, nachhaltige Maßnahmen zu erarbeiten (vgl. Langer 2009, S. 11). Es wurden bisher auch drei große öffentliche Veranstaltungen zu diesem Themenbereich abgehalten (vgl. Reiner-Lawugger, www.lsf-graz.at/cms/.../Netzwerk_Wien.pdf –[24-01-1012]).

6.5 Informationsmaterialien zur PPD

Sowohl das Fachpersonal als auch die Eltern sollen durch Öffentlichkeitsarbeit und Informationsmaterial sensibilisiert werden. Im Rahmen des Wiener Programms für Frauengesundheit wurde einerseits für betroffene Eltern eine Broschüre „... *eigentlich sollte ich glücklich sein...*“ (siehe Anhang I) veröffentlicht und andererseits für MitarbeiterInnen geburtshilflicher Abteilungen ein Aus- und Fortbildungsangebot zur Prävention von prä- und postpartalen Depressionen entwickelt. Zu diesem Zweck wurden „*Leitlinien für die psychosoziale Schwangerenbetreuung*“ (siehe Anhang II) als Maßnahme des Qualitätsmanagements erstellt. Dieser Leitfaden liegt in allen gynäkologischen Abteilungen auf und soll die Früherkennung von psychosozialen Problematiken erleichtern (vgl. Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011, S. 265). Ziel ist, dass die MitarbeiterInnen auf Grund der Schulung kritische Situationen rechtzeitig erkennen und kompetent damit umgehen können, um eine Eskalation der Lage zu verhindern (vgl. Leitlinien 2008, www.frauengesundheit-wien.at).

In Wien erhalten alle Mütter die Broschüre „...*eigentlich sollte ich glücklich sein...*“ bei der Anmeldung zum „Wäschepaket“. Die Broschüre soll Eltern als Ratgeber zum Thema Depression während der Schwangerschaft und nach der Geburt dienen und beinhaltet wichtige Erstinformationen über die verschiedenen Formen postpartaler Erkrankungen, mögliche Entstehungsursachen und Risikofaktoren sowie Vorbeugemaßnahmen sowohl für Mütter als auch für Väter. Außerdem finden sich Hinweise bezüglich verschiedener Hilfsangebote. „Diese Broschüre hat sich bereits sehr bewährt, da sie einerseits entängstigenden und entstigmatisierenden Charakter hat, andererseits ein Adressverzeichnis beinhaltet, in dem Frauen sowohl hoch- als

auch niederschwellige Hilfsangebote finden können.“ (vgl. Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011, S. 265)

7 Ergebnisdarstellung

Gemäß der Hypothese, dass Väter noch immer zu selten im Hinblick auf PPD gescreent werden, und gemäß der Hypothese, dass ihnen gerade beim Vorliegen einer mütterlichen PPD eine entscheidende Bedeutung für die kindliche Entwicklung zukommt, wurde der Frage nachgegangen, welche Institutionen und Einrichtungen es für Betroffene in Wien gibt und welche unterstützenden Maßnahmen von diesen speziell für Väter sowohl von anderen Fachdisziplinen als auch von pädagogischer Seite angeboten werden, um in Hinkunft auch Vätern entsprechende pädagogisch orientierte Hilfsmaßnahmen anbieten zu können – sei es nun als an einer prä- bzw. postpartalen Depression Erkrankte oder bezüglich ihrer Funktion als so genannte Co-Therapeuten.

Die durchgeführte Recherche ergab, dass Männer nur insofern als Betroffene wahrgenommen werden, wenn ihre Lebenspartnerinnen an einer prä- oder postpartalen Depression erkrankt sind. Bei allen untersuchten Hilfsangeboten wird außer Acht gelassen, dass Männer ihrerseits auch an einer prä- oder postpartalen Depression erkranken können. In den Einrichtungen existieren keinerlei spezielle Hilfsangebote, die in einem solchen Fall angeboten werden müssten.

Gibt es bei Frauen Anzeichen für eine prä- oder postpartale Erkrankung, finden neben Frauen auch Männer Information und Beratung bei folgenden vier Wiener Einrichtungen:

- Eltern-Kind-Zentrum Gilgegasse
- NANAYA – Zentrum für Schwangerschaft, Leben und Geburt mit Kindern (gemeinnütziger Verein)
- Hebammenzentrum - Verein freier Hebammen
- Säuglingspsychosomatik mit Schreiambulanz / KK Glanzing – Wilhelminenspital

Die *Säuglingspsychosomatik mit Schreiambulanz / KK Glanzing – Wilhelminenspital* bietet zusätzlich die Möglichkeit, bei Vorliegen einer mütterlichen PPD (auch) den Vater gemeinsam mit dem Kind stationär aufzunehmen, um seine Rolle als so genannter Co-Therapeut zu stärken und zu nützen.

Zusätzlich zu den institutionellen Stellen erhalten Väter weitere Informationen aus der Broschüre „... *eigentlich sollte ich glücklich sein...*“ der *Stadt Wien* (siehe Anhang I).

Für peri- bzw. postpartal psychisch erkrankte Frauen existiert in Wien zusätzlich zu diesen Hilfsangeboten ein weitläufiges ambulantes Versorgungsnetz. Gerade bei leichten depressiven Erkrankungen der (werdenden) Mütter können viele Probleme in folgenden Hilfseinrichtungen behandelt werden:

- Eltern-Kind-Zentren der MAG ELF (Stadt Wien)
- ZEF – Zentrum für Entwicklungsförderung (Stadt Wien)
- F.E.M (gemeinnütziger Verein)
- Psychosomatische Ambulanz der Gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung – Kaiser Franz-Josef Spital
- Baby-Care-Ambulanz – Gottfried Preyer'sches Kinderspital
- Familienhebammen und Hebammenstützpunkt der Stadt Wien (MA 15)
- Hebammenzentrum - Verein freier Hebammen
- Psychiatrische Ambulanz – SMZ Ost

Ist bei Vorliegen einer mütterlichen PPD eine stationäre Aufnahme der erkrankten Frau notwendig, kann dies neben der *Säuglingspsychosomatik mit Schreiambulanz / KK Glanzing – Wilhelminenspital* auch in folgenden Einrichtungen stattfinden:

- Department für Perinatale Psychiatrie – Otto Wagner Spital
- Psychiatrische Abteilung – Kaiser Franz-Josef Spital
- Universitätsklinik für Psychiatrie, Abteilung für Sozialpsychiatrie und Evaluationsforschung – AKH

Generell kann zu den Mutter-Kind-Einrichtungen gesagt werden, dass es eindeutig zu wenig dieser Einrichtungen gibt, da sich die ökonomischen Bedingungen im Gesundheitswesen deutlich verschlechtert haben. Derzeit existieren derartige Betreuungseinrichtungen kaum und es gibt selten die Möglichkeit, Mutter und Kind gemeinsam im Rahmen eines psychiatrischen Krankenhauses aufzunehmen.

In Wien konnte derzeit nur eine Selbsthilfegruppe für prä- und postpartale Frauen gefunden werden, für Männer gibt es offensichtlich kein Angebot in Form einer

solchen Gruppe. Es gibt aber ein interdisziplinäres Netzwerk in Wien, das sogenannte Netzwerk Perinatale Krisen, welches sich aus ExpertInnen der einzelnen Fachdisziplinen zusammensetzt. Ziel dieses Netzwerkes ist es, Informations- und Erfahrungsaustausch bezüglich Versorgungsangebote, Betreuungsqualität und präventiver Möglichkeiten für psychosozial belastete Frauen zu geben, um Betreuungslücken zu beseitigen und nachhaltige Maßnahmen zu evaluieren.

Neben diesen Einrichtungen für betroffene Familienangehörige bietet die Stadt Wien Informationsmaterial zu PPD-Erkrankungen an, welches für betroffene Eltern und Angehörige erstellt wurde. Die Broschüre „...*eigentlich sollte ich glücklich sein...*“ ist einerseits im Internet abrufbar, andererseits ist sie dem so genannten „Wäschepaket“ beigelegt, welches an Mütter auf Anfrage verteilt wird. Sie bietet einen Überblick bezüglich prä- und postpartaler Erkrankungen und beinhaltet Informationen und Kontaktadressen im Bedarfsfall (siehe Anhang I).

Darüber hinaus hat die Stadt Wien auch ein Aus- und Fortbildungsangebot für MitarbeiterInnen geburtshilflicher Abteilungen eingerichtet, das *Wiener Programm für Frauengesundheit*. Dieses Programm verfolgt in erster Linie den Zweck, sowohl Fachpersonal als auch eine breite Öffentlichkeit für prä- und postpartale Erkrankungen zu sensibilisieren. Ziel dieses Programms ist es, Maßnahmen im Sinne der Qualitätssicherung durch Schulungen, Leitlinien, interdisziplinäre Vernetzung und Broschüren zu implementieren: Innerhalb dieses Programms wurde speziell für das geburtshilfliche Krankenhauspersonal ein Leitfaden entwickelt, die *Leitlinien zur psychosozialen Schwangerenbetreuung* (siehe Anhang II).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass im medizinischen Bereich zunehmend auf prä- und postpartale Erkrankungen geachtet wird. Zwar gibt es bereits etliche Studien, die sich mit der Bedeutung des Vaters im Falle einer mütterlichen PPD auseinandersetzen, doch zumeist nur in Hinblick auf seine Rolle als Co-Therapeut. Dass Männer auch an einer PPD erkranken können, wird in den meisten Fällen aber nur am Rande erwähnt. Relevante Forschungsergebnisse hierzu gibt es aber sowohl im nationalen als auch im internationalen Forschungsfeld zu wenige. Bezüglich des Vorhandenseins von Informations- und Beratungsstellen speziell für Väter muss die Angebotspalette allerdings noch entscheidend erweitert und ausgebaut werden. Zwar gibt es heutzutage bereits vier Informations- und

Beratungsstellen, an welche sich Männer mit PPD wenden können, aber keine einzige stationäre Aufnahmemöglichkeit.

8 Pädagogische Relevanz

Aber auch hinsichtlich der stationären Betreuung von Müttern ist das Angebot in Wien sehr beschränkt. Im *Österreichischen Frauengesundheitsbericht 2010/2011* kann man nachlesen, dass es „derzeit kaum gewidmete Betreuungseinrichtungen und selten die Möglichkeit, Mutter und Kind gemeinsam im Rahmen eines psychiatrischen Krankenhauses aufzunehmen, [gibt]. Im Bereich der psychiatrischen Abteilungen gibt es derzeit 4 Betten in Wien im AKH, 4 Betten in Waidhofen an der Thaya und 2 Betten in Graz. Viele andere Abteilungen sind prinzipiell bereit Mütter mit Kindern aufzunehmen, aber es gibt kaum speziell gewidmeten [muss heißen: gewidmete] Stationen. Arbeit im peripartalen Bereich, vor allem die Arbeit an der Interaktion zwischen Mutter und Kind ist keine Routinetätigkeit. Spezielle Therapieangebote sollten hier zum tragen kommen, im normalen Routinebetrieb kann es nur eine Verwahrung des Kindes, aber keine Interaktionelle Behandlung darstellen.“ (Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011, S. 264)

Gerade hier könnte seitens der Pädagogik angesetzt werden, da von ihr die Aufgabe übernommen werden könnte, bei den Betroffenen einerseits eine Bewusstmachung hinsichtlich der kindlichen Entwicklungsdynamik und der Bedeutung einer gelingenden Interaktion einzuleiten, andererseits über existierende Hilfsangebote zu informieren. Neben der Vermittlung eines entsprechenden Verständnisses für das Prekäre der vorherrschenden Situation hinsichtlich der kindlichen Entwicklungsdynamik geht es von pädagogischer Seite in erster Linie darum, die Beziehung zum Kind auch in dieser schwierigen Lebenssituation in einer Weise zu gestalten, dass die Mutter-Kind-Bindung als möglichst solide Basis für eine weitere positive kindliche Entwicklung fungieren kann. Hierbei geht es letzten Endes darum, durch konkrete gezielte pädagogische Maßnahmen diagnostizierten Entwicklungsverzögerungen und -defiziten entgegen zu wirken und den Betroffenen Netzwerke zur Verfügung zu stellen, in welchen ein Austausch sowohl mit anderen an PPD Erkrankten als auch mit PädagogInnen gewährleistet werden kann. Zudem muss eindeutig klargemacht werden, dass prä- und postpartale Depressionen kein rein weibliches Krankheitsbild sind, sondern auch Väter erfassen können.

Auch im Vorfeld bei der Geburtsvorbereitung fällt der Pädagogik in beratender Hinsicht eine wichtige Rolle zu, da pädagogisch Ausgebildete schon „hier

kompensatorisch ansetzen [können], indem sie z. B. als Beratungsinstanz an Geburtsvorbereitungskursen teilnehmen und“ (Herrmann 2006, S. 85) gegebenenfalls „Eltern über bestehende Ansprüche und Hilfsmaßnahmen in Kenntnis setzen.“ (a.a.O.) Ein solcher Ansatz durch PädagogInnen „ist insofern bedeutend, weil MedizinerInnen oftmals die notwendige Beratungskompetenz fehlt, um sich sensibel in die Situation der betroffenen Frauen einzufühlen.“ (a.a.O.) Durch einen frühzeitigen Kontakt mit pädagogisch Geschulten „können bestehende Berührungspunkte bei den zukünftigen Eltern abgebaut werden. Auf dieser Grundlage eröffnet sich die Möglichkeit, dass eventuell eher staatliche Hilfen in Anspruch genommen werden, wenn eine postpartale Erkrankung bei der Mutter ersichtlich wird.“ (a.a.O.) In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass Hilfsangebote besser angenommen werden, je niederschwelliger sie Betroffenen erscheinen.

Hinsichtlich des Vaters in seiner unterstützenden Rolle kann von pädagogischer Seite sowohl in pflegerischer als auch in erzieherischer Hinsicht Hilfestellung angeboten werden, da viele Männer in einer solchen Situation auch Aufgaben übernehmen müssen, welche bei Nichterkrankung Müttern zukommt. In solch einer belasteten Lebensphase ist es wichtig, Kompetenzen zu fördern und zu stärken, welche notwendig sind, um den Alltag mit dem Kind und der erkrankten Partnerin dennoch positiv gestalten zu können. Um mit den prekären Gegebenheiten entsprechend umgehen zu können, ist es wichtig, Männer durch pädagogische Unterstützung in ihrem Selbstvertrauen und ihren Fähigkeiten als Erzieher und wichtige Beziehungspartner ihrer Kinder, aber auch ihrer erkrankten Frauen zu bestärken.

Aber auch bezüglich einer Sensibilisierung der Gesellschaft kommen der Pädagogik neue Aufgabenfelder zu. Bereits vor und während einer Schwangerschaft sollte Information hinsichtlich des PPD-Formenkreises sowohl durch Hebammen und GynäkologInnen als auch durch PädagogInnen vermittelt werden und auch Eingang in die Geburtsvorbereitung finden.

9 Resümee

Bereits die derzeit zur Anwendung gebrachte Nomenklatur der PPD zeigt, dass es weder eine einheitliche Regelung hinsichtlich einer genauen Unterscheidung gibt, wer Träger dieser Erkrankung ist, noch hinsichtlich des zeitlichen Auftretens der Erkrankung. Unter dem Begriff *PPD* werden derzeit sowohl eine PPD bei der Mutter, als auch beim Vater subsummiert. Weiters wird in der einschlägigen Fachliteratur oftmals auch nicht berücksichtigt, ob die Depression vor oder nach der Geburt des Kindes auftritt. Daher erscheint es wichtig, eine prinzipielle Unterscheidung in prä- und postpartale Depression hinsichtlich der Erkrankung von Frauen einzuführen. Hinsichtlich der Erkrankung von Kindern muss in diesem Zusammenhang von einer postnatalen Depression gesprochen werden.

Was den (werdenden) Vater betrifft, konnte in der hier vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit gezeigt werden, dass auch Väter als PPD-Träger in den Blick genommen werden müssen, sowohl im prä- als auch im postpartalen Zeitraum. Zwar wird in Fachkreisen bereits von einer postpartalen Depression bei Männern gesprochen, dass Männer aber schon im Vorfeld der zu erwartenden Geburt an einer depressiven Verstimmung bzw. einer Depression leiden können, welche in direktem Zusammenhang mit der Geburt steht, wird noch zu wenig thematisiert.

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer Erweiterung der Klassifikation der in Zusammenhang mit einer Geburt stehenden Depressionen, welche auch Männer umfassen muss, sowie die Anwendung der Nomenklatur „prä-“ und „postpartale Depression“ auch auf männliche Betroffene. Eine solche Neu-Klassifikation hätte nicht zuletzt für die Praxis weitreichende Folgen: Es müssten Strategien entwickelt werden, dass nicht nur Frauen auf PPD gescreent werden, sondern auch Männer. Zumindest in all jenen Fällen, in welchen eine mütterliche depressive Erkrankung festgestellt wird, sollte unbedingt auch die psychische Verfasstheit des Vaters untersucht werden. Im Sinne einer möglichst umfassenden Prävention wäre es jedoch wünschenswert, den Fokus nicht nur auf die Mütter zu richten, sondern auch die Väter generell zu evaluieren, um bei Bedarf ein spezielles Präventionsprogramm anbieten zu können. (Grundsätzlich wäre es aufgrund der Wechselwirkungsprozesse innerhalb des Mikrokosmos Kleinfamilie besonders wichtig, bei Vorliegen einer prä- oder postpartalen Depression das gesamte familiäre System in den therapeutischen

Blickwinkel zu nehmen.) Derzeit finden jedoch solche Screenings von Männern nicht statt. Es gibt auch keine speziellen klinischen Einrichtungen, in welchen Männer stationäre Aufnahme finden, wenn sie an einer postpartalen Depression leiden.

Was den Erkrankungszeitraum betrifft, ist festzuhalten, dass in der Klassifikation zwar zwischen prä-, peri- und postpartalen Depression bei Frauen unterschieden, einer Gemeinsamkeit hinsichtlich der Genese dieser Formen aber noch kaum Rechnung getragen wird. So konnte bis jetzt kein Beispiel dafür gefunden werden, dass das Auftreten einer postpartalen Depression mit klinischen Anzeichen präpartaler Depressionssymptomatik in Verbindung gebracht wurde. Auch die zeitliche Abgrenzung, wann eine PPD nicht mehr als solche klassifiziert wird, sondern anderen depressiven Formenkreisen zuzurechnen ist, scheint nicht eindeutig festgelegt zu sein. Daher wäre neben der Forderung, auch Männer zu berücksichtigen, ein weiterer wichtiger Schritt hinsichtlich der Nomenklatur darin zu sehen, dass das zeitliche Auftreten einer PPD definitorisch eindeutig geregelt und gegenüber anderen, insbesondere den in weiterer Folge auftretenden depressiven Verlaufsformen eindeutig abgegrenzt wird.

Für Forschung und Praxis ergibt sich darüber hinaus auch die Forderung, dass die Folgen einer väterlichen PPD verstärkt in den Fokus gelangen müssen. Zukünftig sollte die psychische Verfasstheit des Vaters vor und nach der Geburt des Kindes auch deshalb untersucht werden, weil ihm neben seiner Bedeutung für die kindliche Entwicklung auch in seiner unterstützenden Funktion als Co-Therapeut eine entscheidende Rolle innerhalb des Familienverbandes zukommt: Ist der (werdende) Vater psychisch stabil, seine Lebenspartnerin aber an einer PPD erkrankt, übernimmt er eine entscheidende Schlüsselposition innerhalb des Mikrokosmos Kleinfamilie für den frühkindlichen Entwicklungsverlauf. Gelingt es, ihn in seiner unterstützenden Funktion zu stärken, kann das negative Verlaufsgeschehen einer mütterlichen Depression sowohl für die Mutter als auch für das Kind abgemildert werden.

Aus der Analyse wurde deutlich ersichtlich, dass das Angebot für PPD Betroffene primär von der Medizin dominiert wird, allerdings könnte die Pädagogik gerade Eltern, die auf Grund der psychischen Krise aus dem Gleichgewicht gekommen sind, in ihrer Mutter- beziehungsweise in ihrer Vaterrolle unterstützen. Gerade Männer

könnten Informationen über die Wichtigkeit der Vaterfigur/rolle benötigen. Im Falle einer mütterlichen PPD können diese Hilfestellungen für den Vater zur Entlastung der Mutter führen, was sich in weiterer Folge sowohl auf die kindliche Entwicklung als auch auf das gesamte familiäre System positiv auswirkt.

Abschließend ist noch festzuhalten, dass es neben den Fort- und Weiterbildungsinitiativen für die betroffenen Berufsgruppen auch einer verstärkten Bewusstmachung in der Öffentlichkeit hinsichtlich dieser Erkrankung bedarf, um Betroffenen möglichst frühzeitig den Zugang zu Präventionsmaßnahmen und Hilfsangeboten zu gewährleisten und Verständnis für diese Symptomatik auf breiter Ebene zu fördern.

Quellenverzeichnis

AINSWORTH, MDS. et al. (1973): The development of infant-mother attachment. In: Caldwell, B. M.; Riciutti, H. N.: Review of child developmental research, Bd. University of Chicago Press: Chicago, 1-94

AINSWORTH, MDS. et al. (1978): Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation. Hillsdale: Erlbaum, New York

AINSWORTH, MDS. / Witting, B. (1969): attachment and exploraty behaviour of one-year-olds in strange situation. In: Foss B (hrsg.): Determinants of infant behaviour. Methuen: London, Vol.4: 111-136

AINSWORTH, MDS. / Witting, B. (2003): Bindungs- und Explorationsverhalten einjähriger Kinder in einer fremden Situation. In: Grossmann, K (Hrsg.): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Klett-Cotta: Stuttgart, 112-145

ALPERN, L. / LYONS-RUTH, K. (1993): Preschool Children at Social Risk: Chronicity and Timing of Maternal Depressive Symptoms and Child Behaviour problems at school and at Home. Developmental Psychology. 5, 371-387

AMESBERGER, H. et al. (2004): Institut für Konfliktforschung, Evaluierung der Interventionsmaßnahmen zur Prävention von postpartaler Depression. Endbericht

BERGANT, A. et al. (1998): Deutschsprachige Fassung und Validierung der „Edinburgh postnatal depression Scale“. In: Deutsche Medizinische Wochenzeitschrift, 123, 35-40

BOWLBY, J. (1969): Attachement and loss. Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis: London

BOWLBY, J. (1982): Attachment and loss. Vol. I. Attachement (2nd ed.) Basic Books: New York

BRISCH, K. H. (2003): Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Klett-Cotta: Stuttgart

BROCKINGTON, I. F. et al. (2001): A Screening questionnaire for mother-infant-bonding disorders. In: Archives of Women´s Mental Health, 3, 133-140

BROCKINGTON. I. F. (2001): Die Psychiatrie der Mutterschaft – ein neues Fachgebiet. In: Klier, C. M. / Demal, H. / Katschnig, H. (Hrsg.): Mutterglück und Mutterleid. Diagnose und Therapie der postpartalen Depression. Facultas: Wien, 11-22

CAMPBELL, S. et al. (1995): Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. In: J Abnorm Psychol 100 (2), 594-599

CARDWELL, M. (1995): Bulimia and Pregnancy. In: Primary care Update for OB/Gyns. 1995, 2, 98-99

CICCHETTI, D. et al. (1998): Maternal depressive disorder and contextual risk. Contributions to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. *Development and Psychology*, 10: 283-300

COGILL, S. R. et al. (1986): Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. In: *BMJ*, 292, 1165-1167

COGILL, S. R. et al.: Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. (<http://www.bmj.com/content/292/6529/1165.abstract> [05-11-2011])

COOPER, P. / MURRAY, L. (1996): The impact of postnatal depression on infant development: a treatment trial. In: Murray, L., Cooper, P., (eds.) *Postpartum Depression and Child development*. Guilford Press: New York

COOPER, P. / MURRAY, L. (1997): The impact of psychological treatments of postpartum depression of maternal mood and infant development. In: Murray, L. / Cooper P. J. (eds.): *Postpartum depression and child development*. Guildford: New York, 201-220

COOPER, P. / MURRAY, L. (2001): The treatment and prevention of postpartum depression and associated disturbances. In: *child development [abstract]*. *Archives of Women's Mental Health* 2001, 3 (Suppl 2): 5

COX, J. L. / HOLDEN, J. M. / SAGOVSKY, R. (1987): Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. In: *Br J Psychiatry*, 150, 782-786

DEPRESSION.AT <http://www.depression.at/scripts/index.php?content=1463&authenticationid=&iWasAlreadyHere=true>) [11-10-2012]

DER BROCKHAUS GESUNDHEIT (2004): F. A. Brockhaus: Mannheim

DIEM-WILLE, G. (2003): *Das Kleinkind und seine Eltern. Perspektiven psychoanalytischer Babybeobachtung*. Kohlhammer: Stuttgart

ELTERN-KIND-ZENTRUM WIEN: <http://www.elternkindzentrum.com/> [11-01-2012]

F.E.M: <HTTP://WWW.FEM.AT> [10-01-2012]

FIELD, T. et al. (1988): Infants of depressed mothers show „depressed behaviour“ even with non-depressed adults. In: *Child Development*, 59, 1569-1579

FIELD, T. et al. (1996): Preschool follow-up of infants of dysphoric mothers. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25: 272-279

FORSCHUNGSEINHEIT PSYCHOANALYTISCHE PÄDAGOGIK: Kinder postpartum depressiver Mütter: eine 4 Jahres-follow-up-Studie. Forschungsprojekt (abgeschlossen). (http://www.univie.ac.at/bildungswissenschaft/papaed/forschung/09_Kinder_postpartum_depressiver_Muetter.htm) [2011-05-05]

FRAUENGESUNDHEIT WIEN 2008: http://www.frauengesundheit-wien.at/downloads/broschueren/2008_03_PPD-Guidelines_druck.pdf [11-01-2012]

GESUND.CO.AT: <http://gesund.co.at/postpartum-depression-11418/>[2011-07-24]

GLOGER-TIPPELT, G. (1988): Schwangerschaft und erste Geburt. Psychologische Veränderungen der Eltern. Kohlhammer: Stuttgart

GOODMAN, J. H. (2004): Postpartum depression beyond the early postpartum period.

GRIN.COM: <http://www.grin.com/de/e-book/69725/postpartale-depressionen-und-ihre-auswirkungen-auf-die-mutter-kind-beziehung> [2011-08-04]

GRÖHE, F. (2003): Nehmt es weg von mir. Depressionen nach der Geburt eines Kindes. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen

GROSSMANN & GROSSMANN / ZIMMERMANN, P / SPANGLER: Das Konzept von Bindung und Trennung. (http://duepublico.uni-duisburg-essen.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-10161/Konzept_Bindung_Trennung.pdf[25-10-2011])

GROSSMANN, K. / GROSSMANN, K. (2005): Bindungen das Gefüge psychischer Sicherheit. Klett-Cotta: Stuttgart

GROSSMANN, K. / GROSSMANN, K. (2006): Bindungen das Gefüge psychischer Sicherheit. Klett-Cotta: Stuttgart

GROSSMANN, K. / GROSSMANN, K. (2002): Väter und ihre Kinder – Die andere Bindung. In: Steinhardt, K. (Hrsg.) Die Bedeutung des Vaters in der frühen Kindheit. Psychosozial Verlag: Gießen, 43-72

GROSSMANN, K. / GROSSMANN, K. (2009): Bindung und menschliche Entwicklung. Klett-Cotta: Stuttgart, 2.Aufl

GROSSMANN, K. et al. (2002): Die Bindungstheorie. Modell, entwicklungspsychologische Forschung und Ergebnisse. In: Keller, H. (Hrsg.): Handbuch der Kleinkindforschung 2. Auflage 51-96

GRUBE, M. (2012): Die Rolle des Vaters peripartal. In: RIECHER-RÖSSLER, A. (2012): Psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft und Stillzeit. Karger: Basel, 47-49

HACKENBERG, B. (2003): Geschlechterunterschiede in Diagnostik und Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Neuropsychiatrie, Band 17, Nr. 3 + 4, 141-144

HEBAMMENZENTRUM: <http://www.hebammenzentrum.at/neu> [10-01-2012]

HEDERVARI-HELLER, E. (2003): Frühe Interaktionsstrukturen in der Mutter-Kind-Dyade. Interaktionsprozesse sowie Selbst- und Objektrepräsentanzen, In: Finger-Trescher, U. (Hrsg.) (2003): Bindungsstörungen und Entwicklungschancen. Psychosozialverlag: Gießen, 109-132

HERRMANN, S. (2006): Postpartale Depressionen und ihre Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung. Grin: Norderstedt

HERZ, E. et al. (1997): Nicht-Psychotische postpartale Depression. Pilotstudie zu Epidemiologie und Risikofaktoren. In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 57; 282–288

HOSSEAIN, Z. et al. (1994): Infants of depressed mothers interact better with their non-depressed fathers, Infant Mental Health Journal, 15: 348-357

KERN, D. / PRUCKNER, F. (2008): In: Österreicher, M. (2010): Risikofaktoren der postpartalen PPD unter Berücksichtigung der F.E.M. – Elternambulanz. Veröffentlichte Diplomarbeit: Uni Wien

KERN, D. / PRUCKNER, F. (2010): http://www.ongkg.at/fileadmin/user_upload/konferenz_12/2.4_Pruckner.pdf

KLEIN, F. (2010): Auch junge Väter können nach der Geburt Depressionen entwickeln. In: www.derneurologe-pschiater.de [Paulsen JF et al. JAMA. 2010;303:1961]

KLIER, C. M. / Demal, H. / Katschnig, H. (Hrsg.) (2001): Mutterglück und Mutterleid. Diagnose und Therapie der postpartalen Depression. Facultas: Wien

KLIER, C. M. / Muzik, M. (2001): Mutter-Kind-Interaktionen in der postpartalen Periode. In: Klier, C. M. / Demal, H. / Katschnig, H. (Hrsg.), Mutterglück und Mutterleid. Diagnose und Therapie der postpartalen Depression. Facultas: Wien, 91-102

KOHL, C. (2003): Generationspsychose: Die Reaktion von Frauen und Männern auf Schwangerschaft, Wochenbett und Stillzeit. In: Neuropsychiatrie, Band 17, Nr. 3 + 4, 130-133

KUEHNER, C. (2003): Gender differences in unipolar depression: An update of epidemiological findings and possible explanations. In: Acta Psychiatry Scandinavica, 108, 163-174

LANG, C. (2009): Bonding: Bindung fördern in der Geburtshilfe. Urban & Fischer: München

LANGER, M. (2009): Schwangerschaft und Geburt als die Wiege der Gesundheit. Wiener Programm für Frauengesundheit. aus: URL: <http://www.nationalagentur.unesco.at/cgi-bin/file.pl?id=100> [13-08-2011]

LENZ, G. et al. (2005): „Vorschulkinder und ihre Familien“. Endbericht zum Projekt 9110 des ÖNB-Jubiläumfonds. Wien

MAIN, M. (1985): Security in infancy, childhood and adulthood. A move to the level of representation. In growing points of attachment theory and research. Bretherton, I. & Waters, E. (eds), Monographs of the Society for Research. In: Child Development, 50, 66-104

MARTINS, C. et al. (2000): Effects of early maternal Depressions on Patterns of Infant-Mother-Attachment. A meta-analytic Investigation. Journal of child Psychology and Psychiatry, 41: 737-746

MISRI, S. et al. (2000): The Impact of partner support in the treatment of postpartum depression. In: Can J Psychiatry, 2000, 45, 554-8

MURRAY L. et al. (1996): The cognitive development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37, 927-935

MURRAY, L. (1992): The impact of postnatal depression on infant development. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry, 33, 543-561

MURRAY, L. (1993): Depressed mothers' speech to their infants and its relation to infant gender and cognitive development. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34, 1083-1101

MURRAY, L. (Hrsg.) (1997): Postpartum depression and child development. The Guildford Press: New York, London

NACHMIAS, M. et al. (1996): Behavioral inhibition and stress reactivity. The moderating role of attachment security. Child development, 67: 508-522

NANAYA: <http://www.nanaya.at> [11-01-2012]

NICHD EARLY CHILD CARE RESEARCH NETWORK (1999): Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and child functioning at 36 month. Developmental Psychology, 35: 1297-1310

ODDO, S. et al. (2008) Postpartale Depression: Ein interdisziplinärer Therapie- und Forschungsansatz. In: Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2008; 2(3) (Ausgabe für Österreich), 11-18

ÖSTERREICHISCHER FRAUENGESUNDHEITSBERICHT 2010/2011: 264f.;
[http://www.imag-gendermainstreaming.at/cms/imag/attachments/6/3/1/CH0136/
CMS1289901332101/frauengesundheitsbericht.pdf](http://www.imag-gendermainstreaming.at/cms/imag/attachments/6/3/1/CH0136/CMS1289901332101/frauengesundheitsbericht.pdf) [21-01-2012]

PAPOUSEK, J. / PAPOUSEK, M. (1987): Intuitive parenting. Handbook of infant development. Wiley: New York

PAPOUSEK, M. (1994): Vom ersten Schrei zum ersten Wort. Hans Huber: Bern

PHILIPS, L. M. / O'HARA, M. W. (1991): Prospective study of postpartum depression: 41/2-year follow-up of women and children. In: J Abnorm Psychol, 100 (2): 151

POSTPARTALE DEPRESSION: <http://gesund.co.at/postpartum-depression-11418/>
[04-04-2011]

RECK, C. (2012): Stationäre Behandlung von psychisch erkrankten Müttern und ihren Kindern. In: Deutsche Liga für das Kind RECK, C. http://www.liga-kind.de/fruehe/209_reck.php [21-10-2011]

RECK, C. et al. (2004) in der Nervenarzt: Psychotherapie in der postpartalen Depression. Mutter-Kind-Interaktionen im Blickpunkt. Springer-Verlag online publiziert: [17-10-2004]

REINER-LAWUGGER, C. (2006): Postpartale Depression – was tun? Das Wiener Modell. In: Wimmer-Puchinger, B. / Riecher-Rössler, A. (Hrsg.): Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis. Springer: Wien, 119-126

REINER-LAWUGGER, C. (2006): www.lsf-graz.at/cms/.../Netzwerk_Wien.pdf –
[24-01-1012])

RHODE, A. (2004): Rund um die Geburt eines Kindes. Depressionen, Ängste und andere psychische Probleme. Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und ihr soziales Umfeld. Kohlhammer: Stuttgart

RIECHER-RÖSSLER, A. (2001): Die Depression in der Postpartalzeit. In: KLIER, C. M. / Demal, H. / Katschnig, H. (Hrsg.): Mutterglück und Mutterleid. Diagnose und Therapie der postpartalen Depression. Facultas: Wien

RIECHER-RÖSSLER, A. (2006): Was ist postpartale Depression? In: WIMMERPUCHINGER, B. / RIECHER-RÖSSLER, A. (Hrsg.), Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis. Springer: Wien, 11-20

RIECHER-RÖSSLER, A. (2012): Psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft und Stillzeit. Karger: Basel

RIECHER-RÖSSLER, A. / HOFHECKER FALLAHPOUR, M. (2003): Die Depression in der Postpartalzeit. Eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. In: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 154, 106-115

ROHDE, A. / MARNEROS, A. (2007): Geschlechterspezifische Psychiatrie und Psychotherapie. Ein Handbuch. Kohlhammer: Stuttgart

SAMEROFF, A. J. / EMDE, R. (1989): Relationship disturbance in early childhood. A developmental approach. Basic Books. New York

SCHWARZ-GERÖ, J. (2006): Postpartale Depression und Säuglingspsychosomatik-Interaktion und Therapie. In: Wimmer-Puchinger, B. / Riecher-Rössler, A. (Hrsg.) Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis. Springer: Wien, 127-140

SINCLAIR, D. / MURRAY, L. (1998): Effects of postnatal depression on children's adjustment school. Teacher's reports. In: Br J Psych, 172, 58-63

SPANGLER, G. / ZIMMERMANN, P. (2009): Die Bindungstheorie: Grundlagen und Forschung und Anwendung. Klett-Cotta: Stuttgart

STEIN, A. et al. (1991): The relationship between postnatal depression and mother-child-interaction. In: Br J Psychiat, 158, 46-52

STERN, D. (1997): Mutter und Kind. Die Erste Beziehung. Klett-Cotta: Stuttgart

STERN, D. (2007): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Klett-Cotta: Stuttgart

STOREY, A. E. et al. (2000): Hormonal correlates of paternal responsiveness in new and expectant fathers. In: Evolution and Human Behaviour, 21, 79-95

TYSON, P. / TYSON, R. L. (2001): Lehrbuch der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie. Kohlhammer: Stuttgart Berlin Köln

WEISSMAN, M. M. et al. (1987): Children of depressed parents: Increased psychopathology and early onset of major depression. In: Arch Gen Psychiat, 44, 847-853

WENDT, A. & RHODE, A. (2004): Rechtzeitige Erkennung postpartaler Depressionen in der gynäkologischen Praxis. Die Anwendung der Edinburgh Postnatal Depression Scale als Screening-Instrument- In: Wollmann-Wohlleben, V. u.a. (Hrsg.): Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Psychosozial-Verlag: Gießen

WENZEL, P. (2001): Das etwas andere Mutter-Kind-Treffen. In: KLIER, C. M. / Demal, H. / Katschnig, H. (Hrsg.) (2001): Mutterglück und Mutterleid. Diagnose und Therapie der postpartalen Depression. Facultas: Wien

WENZEL, P.: <http://members.chello.at/~ppd.treff/homepage/> [24-11-2011]

WIEN. AT.: <http://studieren-mit-kind.at/krisen.php> [11-01-2012]

WIEN. AT.: <http://www.wien.gv.at/ma15/hebammen.htm#ziele> [11-01-2012]

WIEN. AT.: <http://www.wien.gv.at/menschen/magelf/baby/ekizent.htm>
[11-01-2012]

WIEN. AT.: http://www.wienkav.at/kav/kfj/medstellen_anzeigen.asp?ID=522
[11-01-2012]

WIEN.AT.:http://www.wienkav.at/kav/wil/medstellen_anzeigen.asp?suchstring=592 [11-01-2012]

WIENER SOZIALDIENSTE: <http://www.wiso.or.at/foebe/zentrum.php> [11-01-2012]

WIKIPEDIA: <http://de.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%A4natal> [23-07-2011]

WIMMER-PUCHINGER, B. / RIECHER-RÖSSLER, A. (Hrsg.) (2006): Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis. Springer: Wien

WIMMER-PUCHINGER, B. / Wiener Frauengesundheitsprogramm (Hrsg.): „...eigentlich sollte ich glücklich sein...“ Ein Ratgeber für Mütter, die sich belastet fühlen sowie für deren Partner und Angehörige
http://www.fem.at/shared/PPD_Betroffene.pdf [11-01-2012]

WINNICOTT, D. W. (1983, 1992): Through pediatrics to psycho-Analysis. Collected papers. Brunner-Routledge, New York London (dt: Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Fischer, Frankfurt am Main)

WOLKE, D. / KURSTJENS, S. / OERTER, R. (2001): The effects of maternal depression on child cognitive development, behavior and self-concept. Presentation at the 1st World Congress of Womens Mental Health: Berlin

Anhang

- I Broschüre „...eigentlich sollte ich glücklich sein...“
- II Leitlinien für psychosoziale Schwangerenbetreuung
- III EPDS
- IV PBQ
- V Zusammenfassung
- VI Abstract
- VII Erklärung
- VIII Lebenslauf

I. Broschüre „...eigentlich sollte ich glücklich sein...“

Informationen zu
 ▶ Schwangerschaft
 ▶ Geburt und
 ▶ Elternschaft

Wir danken dem
GESUNDES ÖSTERREICH
 für die Förderung dieses Projekts

Postpartale Depression

Mit freundlicher Unterstützung von:

StadT+Wien
 Wien ist anders.

FONDS SOZIALES WIEN

ge
 Frauengesundheit für Wien

StadT+Wien
 Wien ist anders.

„... eigentlich sollte ich glücklich sein ...“

Ein Ratgeber für Mütter, die sich (stark) belastet fühlen sowie für deren Partner und Angehörige

Impressum:
 Medieninhaber:
 Fonds Soziales Wien, Friedrich-Schmidt-Platz 3, 1082 Wien
 Für den Inhalt verantwortlich:
 ao. Univ.-Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger, Wiener Frauen-
 gesundheitsprogramm, Schottenring 44, 1010 Wien
 Umsetzung: Mag. Angelika Wolff
 Grafische Gestaltung: Mag. Gisela Scheubmayr
 Titelfoto: © Huberball
 Druck: Oberreither, Korneuburg.

Die Autorinnen

Die Autorinnen

Grundlage für die vorliegende Broschüre ist das Informationsbooklet „Emotional Health During Pregnancy & Early Parenthood“ an dem Sherryl Pope, Julie Watts, Jeannette Milgrom, Carol Richards, Jennifer Ericksen sowie Justin Bilszta – Projektmanager des „National Postnatal Depression Programm“, Australien, mitgearbeitet haben. Dr. Justin Bilszta möchten wir an dieser Stelle recht herzlichen Dank für seine Kooperationsbereitschaft aussprechen.

Weiters danken wir den folgenden Autorinnen und Mitarbeiterinnen für die inhaltliche Erstellung der Broschüre und die engagierte Mitwirkung:

Ulrike Heil – Hebamme
Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Herz – Gynäkologin und Psychiaterin
Renate Mitterhuber – Hebamme
Dr. Maria Weissenböck – Psychologin, Psychotherapeutin
Mag. Angelika Wolff – Projektmanagement, Wiener Frauengesundheitsprogramm

Ferner gilt unser Dank dem Fonds **Gesundes Österreich**, der durch seine Förderung wesentlich zum Zustandekommen dieser Broschüre beigetragen hat.

Die meisten Frauen machen mit Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft sehr positive Erfahrungen. Trotzdem kann es sein, dass nicht alle Ihre Erwartungen erfüllt werden. Dies ist eine Zeit voller Veränderungen, und es kann schwierig für Sie sein, sich darauf einzustellen. Über diese Seite von Schwangerschaft und Mutterschaft sprechen jedoch nur wenige Menschen ...

Vorwort

Vorwort

Liebe Mütter!

Ein Kind zu bekommen gehört für viele Frauen zu den glücklichsten Ereignissen ihres Lebens. Es gibt jedoch auch Umstände, die diese Freude und diese Zeit der „guten Hoffnung“ trüben können. Frauen brauchen während der Schwangerschaft und nach der Geburt nicht nur sozialen und finanziellen Rückhalt, sondern auch Zuwendung, Verständnis, einen Partner, FreundInnen und Angehörige, die sich mit ihnen freuen und Anteil nehmen können. Und es bedarf einer gewissen Zuversicht, „dass schon alles gut gehen wird“.

Nicht alle Frauen genießen die nötige Geborgenheit und Sicherheit. Mitunter sind sie gerade in dieser Zeit auf sich allein gestellt oder haben Sorge, dass alles zu viel werden könnte.

Wenn Sie sich unglücklich, niedergeschlagen oder verzagt fühlen, so ist es vielleicht tröstlich für Sie zu erfahren, dass es rund einem Drittel aller Frauen ebenso ergeht.



Diese Broschüre wird Ihnen Mut machen, denn Sie werden erfahren, wie Sie mit Stimmungstiefs und Depressionen vor und nach der Geburt umgehen können und wo Sie Hilfe bekommen.

ao. Univ.-Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger
Wiener Frauengesundheitsbeauftragte

Inhalt

Hurra, ich werde Mutter!	4
Hilfe, ich bin Mutter geworden!	5
Wenn Gefühle verrückt spielen – Stimmungsschwankungen während der Schwangerschaft und nach der Geburt	7
Blues, Depression, Psychose	8
Der Baby Blues	8
Die postpartale Depression	8
Die postpartale Psychose	10
Wodurch eine postpartale Depression entstehen kann	10
Risikofaktoren	11
Wie kann man vorbeugen – Tipps für Mütter	12
Wie kann man(N) vorbeugen – Tipps für Väter	13
Aus Partnern werden Eltern	16
Wann man Hilfe suchen sollte	16
Wo man Hilfe finden kann	17
Auswahl an Behandlungsmöglichkeiten	18
Was Freunde und Angehörige tun können	19
„Wie geht es Ihnen?“ – Checkliste	20
Kontaktstellen – wichtige Adressen	21
Literaturhinweise	28
Internetadressen	31

Hurra, ich werde Mutter!

„Am Beginn war ich sehr glücklich als ich erfahren habe, dass ich schwanger bin, weil es ja ein Wunschkind war. Aber sehr bald haben sich Ängste über alles eingestellt ...“

Sylvia K.

Hurra, ich werde Mutter!

Wenn sich ein Baby ankündigt, wird das Leben der werdenden Mutter auf den Kopf gestellt. Der Bauch wird dicker, die Hormone kommen durcheinander, die Gefühle fahren Achterbahn und täglich tauchen neue Fragen auf:

- Werde ich mit der neuen Situation zurecht kommen?
- Kann ich dem Kind das geben, was es braucht?
- Ist die Wohnung groß genug?
- Wird mich mein Partner unterstützen?
- Verliere ich den Anschluss im Beruf?
- Schaffen wir das finanziell?

Eine Schwangerschaft ist für jede Frau ein einschneidendes Erlebnis. Es ist daher nicht verwunderlich, wenn Sie – neben Hochgefühlen, Freude und Glück – zunächst auch verunsichert, besorgt, ängstlich und voller Zweifel sind. Das ist nichts, wofür Sie sich schämen müssten. Im Gegenteil: Sie sind damit in bester Gesellschaft, denn die meisten der werdenden Mütter kämpfen mit diesem Wechselbad der Gefühle.

Auch gerne zitierte, oft gehörte und dadurch verinnerlichte Sprüche wie

- Die Schwangerschaft ist eine der schönsten Zeiten im Leben einer Frau.
- Durch ein Baby werden die Probleme in der Partnerschaft gelöst.
- Je mehr man sich auf das Baby freut, desto weniger Probleme gibt es nach der Geburt.

4 • usw.

Hilfe, ich bin Mutter geworden!

machen vielen Schwangeren zu schaffen. Was nämlich, wenn es nicht so ist? Was, wenn man in Wahrheit ganz anders empfindet? Ist man dann nicht normal, eine Mimose, eine Versagerin? Ganz und gar nicht: Jede Frau erlebt die Schwangerschaft auf ihre eigene Art und Weise und sollte sich daher mit solchen Aussagen weder selbst unter Druck setzen noch von ihrer Umgebung unter Druck setzen lassen.

Hilfe, ich bin Mutter geworden!

Jede Mutter will eine gute, eine perfekte Mutter sein und alles richtig machen. Aber was heißt schon gut, perfekt und richtig? Dafür gibt es kein Patentrezept. Was für die eine das Nonplusultra ist, kann für die andere völlig falsch sein. Lassen Sie sich daher nicht von überzogenen und unrealistischen Erwartungen an das Muttersein verunsichern.

Das Leben mit einem Baby ist nun mal nicht immer wie im Bilderbuch. Es passiert vieles, was nicht planbar, nicht vorhersehbar ist. Jede Mutter sollte daher selbst herausfinden, was für sie und ihr Baby das Beste ist. Denn Mütter sind so individuell wie ihre Sprösslinge. Mit einem übernommenen Rollenschema engen Sie sich selbst ein und setzen sich unnötig unter Druck. Kein Mensch kann rund um die Uhr alles im Griff haben und ständig „gut drauf“ sein. Schon gar nicht, wenn man diesen an-

„Die Ängste waren gleich da. Obwohl ich vorher dachte es sei das Einfachste der Welt mit einem Baby umzugehen, war das überhaupt nicht so.“

Herta S.

5

Hilfe, ich bin Mutter geworden!

spruchsvollen Full-Time-Job das erste Mal macht. Da ist es gut zu wissen, dass auch Mütter überfordert, zornig und mutlos sein dürfen. Das gehört genauso zum Mutter-Sein wie das unbeschreibliche Gefühl der Freude, der Zärtlichkeit und der überwältigenden Liebe.

Auch gut gemeinte Ratschläge und hohe Erwartungen vom Partner, Eltern, FreundInnen, Verwandten, ArbeitskollegInnen können frischgebackenen Müttern das Leben schwer machen. Vielleicht kommen Ihnen einige der nachstehenden Aussagen bekannt vor:

- Die Zeit nach der Geburt ist wunderschön.
- Mutterliebe ist etwas Selbstverständliches und sofort da.
- Eine gute Mutter hat keine negativen Gefühle ihrem Baby gegenüber.
- Eine gute Mutter weiß immer, was ihr Baby braucht.

Kein Wunder, dass sich Frauen, bei denen es nicht so ist, als Versagerinnen fühlen. Klappert doch bei anderen offenbar alles nach Plan, während im eigenen Leben alles drunter und drüber geht. Vergessen Sie es! Hören Sie auf, sich nach anderen zu richten und hören Sie stattdessen auf sich selbst. Vertrauen Sie Ihren Gefühlen und Fähigkeiten und verurteilen Sie sich nicht, wenn es nicht auf Anhieb klappt. Deswegen sind Sie noch lange keine schlechte Mutter.

6

Wenn Gefühle verrückt spielen ...

Wenn Gefühle verrückt spielen –

Stimmungsschwankungen während der Schwangerschaft und nach der Geburt

Mutterschaft bedeutet meist Gefühlsschaos pur. Schon während der Schwangerschaft stellen sich die unterschiedlichsten Emotionen ein. Himmelhoch jauchzend und zu Tode betrübt – dagegen ist man nicht gefeit, dagegen kann man sich nicht wappnen. Egal, wie lange und wie intensiv man sich auf die Geburt (und die Zeit danach) vorbereitet: Es bleibt Theorie. In der Praxis läuft dann vieles ganz anders. Es spielt auch keine Rolle, wie sehr man sich auf das Baby freut bzw. ob es geplant war oder „passiert“ ist: Die Gefühle werden durcheinander gewirbelt, ohne dass man etwas dagegen tun kann.

Auch wenn das Baby bereits auf der Welt ist, läuft nicht alles gleich wieder so wie vorher. Meist dauert es noch eine Zeit lang, bis sich Körper und Seele auf die neue Situation eingestellt haben.

Finden Sie allerdings so gar nicht zu ihrer alten Form zurück, sollten Sie zumindest mit jemandem darüber reden. Denn bleiben Sie über einen längeren Zeitraum antriebslos, verzweifelt und grüblerisch, besteht die Möglichkeit, dass Sie an einer postpartalen Depression leiden. Erste Anzeichen dafür sind ständig negative Gedanken wie

- Mir ist dauernd zum Weinen ...
- Ich kann mich nicht konzentrieren, merke mir einfach nichts mehr ...
- Ich bin so müde und kann doch nicht schlafen ...
- Alles macht mir so große Sorgen ...
- Ich glaube, ich bin keine gute Mutter ...

7

Blues, Depression, Psychose

„Körperlich war ich sehr schwach. Ich habe kaum mehr das Haus verlassen, bin stundenlang nur am Sofa gesessen. Ich war zu nichts mehr fähig; ich wollte auch das Haus nicht mehr verlassen.“

Theresa M.

Mutter zu werden bringt große Veränderungen mit sich. Nicht allen Frauen fällt der Übergang in diese neue Lebensphase von Anfang an leicht. Wenn die Konflikte zu groß und die Anforderungen zu hoch werden, können sich daher seelische Krankheiten einstellen. Das hat aber nichts mit „Verrücktsein“ zu tun. Es ist vielmehr ein Signal der Seele, auf das Sie hören sollten. Mit der richtigen Behandlung können Sie wieder vollständig gesund werden.

Der Baby Blues

Der Baby Blues (auch Heultage genannt) ist die häufigste und leichteste Form der Wochenbettreaktion und tritt bereits in den ersten Tagen nach der Geburt auf. Betroffen davon sind rund 75 Prozent der Frauen. Obwohl die zum Teil heftigen Gefühle unangenehm sind, bedarf es keiner Behandlung: Der Baby Blues geht rasch vorüber.

Charakteristische Anzeichen dafür sind:

- ▶ Weinen ohne wirklichen Grund
- ▶ Angstgefühle
- ▶ Ungeduld

Die postpartale Depression (Depression nach der Geburt)

Die postpartale Depression kommt ebenfalls relativ häufig vor und betrifft beinahe jede sechste Frau. Sie unterscheidet sich grundlegend vom Baby Blues. Eine Behandlung ist spätestens dann angebracht, wenn man mit dem Alltag nicht mehr zurechtkommt. Treten daher einige der folgenden Gedanken oder Gefühle

immer wieder und über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen auf, deutet das auf eine postpartale Depression hin. Die betroffenen Frauen sollten dann professionelle Hilfe in Anspruch nehmen:

- ▶ „Ich bin so müde und kann dennoch nicht schlafen ...“
- ▶ „Ich bin wohl schuld, dass mein Baby so unruhig ist ...“
- ▶ „Häufig vergesse ich, was ich tun wollte.“
- ▶ „Ich habe Angst, mein Baby zu verletzen ...“
- ▶ „Eigentlich glaube ich nicht, dass ich das schaffe ...“
- ▶ „Es ist doch alles traurig ...“
- ▶ „Obwohl mein Baby so lieb ist, fühle ich mich immer schlecht ...“
- ▶ „Oft bin ich so aktiv, dass ich gar nicht zu arbeiten aufhören kann ...“
- ▶ „Alles wird mir zuviel ...“
- ▶ „Nichts macht mir Freude ...“

Körperliche Anzeichen sind

- ▶ Herzrasen und Herzschmerzen
- ▶ Abwechselnde Hitze- und Kältegefühle
- ▶ Schwindel
- ▶ Zittern

Manche Frauen ertappen sich auch hin und wieder bei Zwangsgedanken wie etwa „Es kann ja sein, dass ich mein Baby verletze“ oder bei Vermeidungsverhalten wie zum Beispiel „Ich gehe nicht mehr aus dem Haus, weil mein Baby sicherlich schreien wird“. Das macht verständlicherweise Angst, weil es bedrohlich, ungewohnt und fremd ist. Auch die Umgebung reagiert meist verständnislos auf ein derartiges Verhalten. Professionelle Hilfe kann hier enorm Abhilfe schaffen.

Das „Heimtückische“ an der postpartalen Depression ist, dass sie bis zu einem Jahr nach der Geburt auftreten kann (in der Regel ab der zehnten Woche nach der Geburt). Deshalb bleibt sie oft auch unbehandelt, weil der Zusammenhang zwischen Krankheit

Wodurch eine postpartale Depression ...

und Auslöser meist nicht mehr erkannt wird. Den betroffenen Frauen macht das unnötig das Leben schwer.

Die postpartale Psychose

Die postpartale Psychose (irreführend meist „Stillpsychose“ genannt) ist die am seltensten vorkommende Komplikation. Nur rund 1 Prozent der Frauen sind davon betroffen. Außerdem unterscheidet sie sich grundlegend von der postpartalen Depression und muss unbedingt ärztlich behandelt werden. Gekennzeichnet ist sie u. a. dadurch, dass die betroffene Frau den Bezug zur Realität verliert.

Im Folgenden wird näher auf Entstehung, Risikofaktoren und Vorbeugung von postpartalen Depressionen eingegangen.

Wodurch eine postpartale Depression entstehen kann

Betroffene Frauen und deren Angehörige fragen sich natürlich, was die Auslöser für eine postpartale Depression sein können. Deshalb sollten Sie als Erstes wissen, dass eine Depression (wie auch alle anderen seelischen Erkrankungen) grundsätzlich jederzeit und in jedem Lebensabschnitt auftreten kann. Häufig steht sie im Zusammenhang mit bedeutenden Ereignissen oder Erlebnissen, die verarbeitet werden müssen. Die Geburt eines Kindes ist ein typisches Beispiel dafür.

10

... entstehen kann

Auf der anderen Seite gibt es einige Faktoren, die das Erkrankungsrisiko erhöhen können. Veränderungen in der Familie etwa (Umzug, Heirat, Scheidung, Tod) oder am Arbeitsplatz (Berufswechsel, Entlassung, Kündigung) spielen in dem Zusammenhang eine Rolle. Auch gesundheitliche (hormonelle Veränderungen, Unfall oder Krankheit) oder finanzielle Probleme (Schulden, Vermögensverlust) können Auslöser dafür sein.

Wichtig in dem Zusammenhang ist auch die „Vorgeschichte“ der betroffenen Frau. Gibt es zum Beispiel innerhalb der Familie jemanden, der an Depressionen leidet? War die Geburt besonders schwierig? Fehlt die Unterstützung des Partners? War die Frau in der Vergangenheit von sexueller Gewalt betroffen?

Meist ist es nicht nur ein einziger Grund, der zum Ausbruch der postpartalen Depression führt. Vielmehr ist es eine Kombination aus individuellen Vorbelastungen, aktuellen Problemen sowie hormonellen und sozialen Faktoren. Hier die häufigsten

Risikofaktoren:

- ▶ Auftreten von Depressionen bei Angehörigen
- ▶ Frühere eigene Depressionen und psychische Belastungsstörungen
- ▶ Schwierige Beziehung zum Partner / kein Partner
- ▶ Fehlende oder mangelnde Unterstützung durch andere Menschen (Partner, Familie, Freunde ...)
- ▶ Eigene schwierige Kindheit
- ▶ Frühere sexuelle Belästigung oder sexuelle Gewalterfahrung
- ▶ Vorangegangene Tot- oder Fehlgeburten
- ▶ Schwierige Geburt für Mutter und Kind
- ▶ Früh- oder Mehrlingsgeburt
- ▶ Probleme mit der Gesundheit des Babys
- ▶ Enttäuschung über das Baby (Geschlecht, Aussehen ...)
- ▶ Schwieriges Baby (Schlafgewohnheiten, Temperament, Stillverhalten)
- ▶ Schwierigkeiten in der Bindung zum Baby

11

Wie kann man vorbeugen – Tipps für Mütter

„Ich dachte, ich sei die Einzige.
Wenn ich gewusst hätte, wie
viele Frauen davon betroffen
sind, das hätte mir
sehr geholfen.“
Caroline W.

Schwangerschaft und Mutterschaft bringen eine Reihe von neuen Erfahrungen mit sich. Damit diese möglichst positiv in Erinnerung bleiben, gibt es eine Reihe von Tipps und Tricks. Hier eine Auswahl davon:

Tipps für Mütter

- Sprechen Sie über alles, was Sie belastet und was Ihnen Sorge bereitet.
- Überlegen Sie, wie ein Baby Ihr Leben verändern wird und besprechen Sie die neue Situation mit Ihrem Partner (oder einer vertrauten Person).
- Reihnen Sie Ihre Prioritäten neu – die Gelegenheit ist günstig!
- Planen Sie für die Zeit nach der Geburt zusätzliche Unterstützung ein und organisieren Sie diese rechtzeitig.
- Versuchen Sie, während der Schwangerschaft und in den ersten Monaten nach der Geburt so wenige Lebensveränderungen wie möglich vorzunehmen (Arbeitsplatzwechsel, Umzug ...).
- Nutzen Sie die Möglichkeit regelmäßiger Gesundenuntersuchungen.
- Binden Sie Ihren Partner in die Betreuung des Babys mit ein.
- Versuchen Sie sich auch tagsüber Ruhepausen zu nehmen (etwa wenn das Baby schläft).
- Sorgen Sie dafür, dass Sie auch Zeit für sich selbst haben (ein Buch lesen, Freunde treffen, ein entspannendes Bad nehmen etc.).
- Finden Sie einen Babysitter zu dem Sie Vertrauen haben, damit Sie auch mit Ihrem Partner gemeinsame Zeit verbringen

12

- können. Denn: Sie sind nicht nur Eltern, sondern auch Mann und Frau!
- Geben Sie sich Zeit, um sich an die veränderte Situation zu gewöhnen.
- Vertrauen Sie darauf, dass sich alles besser bewältigen lässt, wenn Sie sich in die neue Rolle eingelebt haben.
- Bleiben Sie mit Ihrem Baby nicht allein. Schließen Sie Kontakte zu anderen Müttern und tauschen Sie Erfahrungen aus (Kontaktadressen im Anhang dieser Broschüre).
- Genießen Sie die schönen Momente mit Ihrem Baby – auch wenn es scheint, dass es davon nur sehr wenige gibt.
- Behalten Sie Ihren Sinn für Humor!

Wie kann man(N) vorbeugen – Tipps für Väter

Das Heranwachsen eines Babys im Bauch der Mutter erleben Männer naturgemäß völlig anders als Frauen. Ebenso die Zeit nach der Geburt. Oft entsteht dadurch eine große Distanz zwischen den Partnern: Während sich Frauen mit viel Hingabe um die Bedürfnisse des Säuglings kümmern, können sich Männer vernachlässigt fühlen.

„Als ich sah, dass sie tagsüber ihr Nachthemd nicht mehr an hatte, wusste ich, die Depression ist vorbei!“
Herman W.

Der Grund dafür liegt meistens in einer unrealistischen Erwartungshaltung. Denn – genauso wie werdende Mütter – haben auch werdende Väter ihre Vorstellungen, wie das Zusammenleben mit dem Baby sein sollte. Aussagen wie die folgenden verdeutlichen den Druck, unter dem sich Männer dabei setzen können:

13

Wie kann man vorbeugen

Aus Partnern werden Eltern

- „Wenn wir erst eine Familie sind, stimmt auch die Beziehung wieder ...“
 - „Auch mit dem Baby wird alles so weitergehen wie bisher ...“
 - „Nach der Geburt wird schon alles wieder so werden wie vorher ...“
- Klappt es dann nicht ganz so, sind Konflikte und Enttäuschungen vorprogrammiert.

Erschwerend hinzu kommt, dass viele Männer auch kein Vorbild haben, was ihre neue Rolle als Vater angeht. Ihre eigenen Väter haben nie mit ihnen darüber gesprochen, welche Sorgen, Ängste und Probleme, aber auch welche Freude und Glück im Zusammenleben mit einem Baby auf Sie zukommen können. Ein wichtiger Tipp daher: Machen Sie es besser! Reden Sie mit Ihrer Partnerin oder mit Freunden, die bereits Väter sind. Hier ein paar weitere Tipps für das erfolgreiche Leben zu dritt.

Tipps für Väter

- Nehmen Sie bereits während der Schwangerschaft am Leben und an der Entwicklung Ihres Kindes teil.
- Beschäftigen Sie sich auch nach der Geburt regelmäßig mit Ihrem Kind.
- Sprechen Sie mit Ihrer Partnerin über alles, was Sie irritiert, stört oder kränkt.
- Reden Sie mit Freunden über Ihre veränderte Situation.
- Scheuen Sie sich nicht, bei Bedarf auch professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen (Beratungseinrichtungen).
- Unterstützen und beruhigen Sie Ihre Partnerin.
- Lassen Sie auch Unterstützung durch andere Personen zu.
- Denken Sie daran, dass Frauen nach der Geburt über einige Zeit hinweg oft ein verringertes sexuelles Verlangen haben. Finden Sie neue Wege, Zuneigung und Intimität zu zeigen, ohne Druck auf die Partnerin auszuüben.

14

Aus Partnern werden Eltern

Wenn ein Paar Nachwuchs bekommt, verändert sich auch die Partnerschaft. Was bisher zu zweit problemlos funktioniert hat, kann plötzlich ins Wanken geraten, wenn Sie zu dritt sind. Einer der größten Stolpersteine dabei ist die unterschiedliche bzw. unausgesprochene Erwartungshaltung an die Elternschaft. Das kann bereits während der Schwangerschaft zu Unstimmigkeiten und Missverständnissen führen.

„Ich habe eine Frau geheiratet und plötzlich war ich mit einer Mutter zusammen.“
Tom S.

Wird nicht offen darüber gesprochen (in der Meinung, das bessert sich alles schon wieder) besteht die Gefahr, dass sich die Situation nach der Geburt des Kindes weiter verschärft. Die anfänglichen Glücksgefühle über das Baby werden bald von gegenseitigen Einengungen, Forderungen und Vorwürfen überschattet. Der Alltag wird als belastend, die Verantwortung als erdrückend empfunden. Aussagen wie diese stehen dann an der Tagesordnung:

- „Es gibt nur noch das Thema Kind ...“
- „Von Sex will sie überhaupt nichts mehr wissen ...“
- „Im Haushalt und mit dem Baby – das bleibt alles an mir hängen ...“

Um dem vorzubeugen, gibt es ein paar einfache Grundregeln, wie Sie Ihre Partnerschaft trotz Elternschaft nicht aus den Augen verlieren.

- Planen Sie bereits vor der Geburt Zeit für sich selbst als Paar ein.
- Suchen Sie gemeinsam Personen aus, die Sie in der Anfangsphase unterstützen können.

15

- Sprechen Sie Probleme so bald wie möglich an.
- Unternehmen Sie regelmäßig – auch wenn es nur für kurze Zeit ist – etwas zu zweit.
- Finden Sie neue Wege, Zuneigung und Intimität zu leben.
- Überlegen Sie sich gemeinsame Wünsche und setzen Sie sich gemeinsame Ziele.

Wann man Hilfe suchen sollte

„Es hat mir schon Angst gemacht. Ich habe gemerkt, ich falle immer mehr in ein Loch und schaffe es nicht mehr alleine da heraus zu kommen.“

Doris M.

Viele Frauen fühlen sich in der ersten Zeit nach der Geburt des Babys überfordert und im Stich gelassen. Meistens schämen sie sich dafür, dass sie nicht alleine zu recht kommen, weil das doch die glücklichste Zeit im Leben sein müsste. Wer sich in so einer Situation befindet, sollte Folgendes wissen:

Es ist wichtig,

- dass Sie sich nicht verstecken, wenn es Ihnen nicht gut geht,
- sich zu akzeptieren, auch wenn Sie deprimiert, angespannt, zornig oder verwirrt sind,
- sich Hilfe zu suchen, wenn Sie Hilfe brauchen.

Seelische Krankheiten wie eine postpartale Depression kann man oft nicht alleine bewältigen. Der erste und zugleich schwerste Schritt aus der Krankheit heraus ist, um Hilfe zu bitten oder angebotene Hilfe anzunehmen. Nehmen Sie doch als Einstieg wieder Kontakt mit FreundInnen oder Gruppen auf, die Sie schon vor der Geburt Ihres Kindes kannten. Verabreden Sie sich zum Beispiel mit Mitgliedern aus der Geburtsvorbereitungsgruppe oder

16

dem Schwangerschaftsturnen. Diese Frauen sind in derselben Situation wie Sie und werden Sie daher auch verstehen.

Außerdem sollten Sie wissen, dass eine postpartale Depression kein unabänderbarer Schicksalsschlag ist. Es handelt sich dabei vielmehr um eine behandelbare Krankheit mit hohen Heilungschancen.

Wo man Hilfe finden kann

Erkennen Sie sich in einer oder mehreren Aussagen in dieser Broschüre wieder? Dann sollten Sie auf jeden Fall offen mit einer Person Ihres Vertrauens darüber sprechen. Das kann die beste Freundin, der/die Kinderarzt/-ärztin oder Ihre Hebamme sein. Oft hilft es schon, dass einem jemand zuhört und man sich alles von der Seele reden kann. Außerdem gibt es spezielle Beratungseinrichtungen, ÄrztInnen oder TherapeutInnen, die sich im Bedarfsfall professionell um Sie kümmern können.

Welche Behandlungsmethode für Sie die richtige ist, hängt von der Art und Schwere Ihrer Symptome ab. Dazu muss als Erstes eine gründliche medizinische sowie eine gründliche psychologische Untersuchung durchgeführt werden.

Möglichkeiten zur Hilfe gibt es mehrere. Die Palette reicht von regelmäßiger Teilnahme an Gruppen(-aktivitäten) wie Babytreff, Stillgruppe oder Babymassage, über Psychotherapie, bis hin zur Einnahme von Medikamenten.

„Leider habe ich mich lange zu sehr geschämt um Hilfe annehmen zu können.“

Susanne A.

17

Auswahl an Behandlungsmöglichkeiten:

- **Selbsthilfegruppen:** Diese werden von Frauen geleitet, die mit den Problemen vertraut sind und diese selbst durchlebt haben. Unterstützend können Fachleute wie ÄrztInnen, PsychologInnen oder TherapeutInnen hinzugezogen werden. In diesen Gruppen gibt es die Möglichkeit, Erfahrungen auszutauschen und nützliche Informationen zu bekommen.
- **Psychologische Beratung:** Der Berater/die Beraterin hört Ihnen zu und unterstützt Sie dabei, Ihre Probleme zu verarbeiten.
- **Psychotherapie:** Die Therapie zielt darauf ab, mit Ihnen Strategien zu erarbeiten, damit Sie mit den Symptomen umgehen können. Gleichzeitig werden gemeinsam jene Umstände oder Ereignisse herausgearbeitet, die die Problematik verstärkt haben. Das können Kommunikationsschwierigkeiten oder alte Verhaltensmuster sein, die nun in der neuen Situation keinen Nutzen mehr haben.
- **Medikamente:** Diese sind sehr hilfreich, sollten jedoch nie die einzige Behandlungsmethode sein. Es muss mit einem Arzt/ mit einer Ärztin genau abgeklärt werden, welches Medikament für Ihre Situation geeignet ist (Schwangerschaft, Stillperiode).
- **Aufnahme in ein Krankenhaus oder eine Mutter-Kind-Station:** Manchmal werden Depressionen so stark erlebt, dass es bedrohlich für Mutter und Kind werden kann. Dann ist die Aufnahme in einer Klinik zu überlegen. Dort werden Sie, sei es durch Medikamente oder Psychotherapie unterstützt. Und Sie können zugleich Sicherheit im Umgang mit Ihrem Baby bekommen.

18

Was Freunde und Angehörige tun können

Wenn eine Frau nach der Geburt Probleme hat, kann jede/r in ihrer Umgebung mit-helfen, damit sie sich wieder besser fühlt. Ganz wichtig dabei ist, sie nicht zu verurteilen! Selbst wenn Sie ihr Verhalten nicht verstehen, wenn Sie sich darüber ärgern oder wenn Sie sich hilflos fühlen – unter Druck setzen bringt niemandem etwas. Vermeiden Sie daher auch gute Ratschläge wie „Reiß dich doch zusammen“ oder versteckte Vorwürfe wie „Du musst doch glücklich sein“. Das verletzt die betroffene Frau und signalisiert ihr fälschlicherweise, dass sie selbst schuld an ihrer Situation ist.

„Ich habe meine Ängste und Schwächen einfach nicht zugelassen und gezeigt. Zu oft haben mir alle gesagt: Du musst dich überwinden; mach einfach was; du musst doch einfach glücklich sein ...“

Hanna R.

Versuchen Sie stattdessen, gemeinsam mit ihr einen Weg aus der Misere zu finden:

- Geben Sie ihr dabei in erster Linie Zeit, damit sie sich langsam an die neue Lebensphase gewöhnen kann.
- Fragen Sie am besten nach, was ihr am meisten helfen würde.
- Bieten Sie Hilfe an, drängen Sie sie aber nicht auf, in dem Sie Entscheidungen über den Kopf der Frau hinweg treffen.
- Bedenken Sie, dass sie zwar vorübergehend Hilfe braucht, aber nicht bevormundet werden muss.
- Scheuen Sie sich auch nicht, ihr nahe zu legen, fremde (medizinische oder psychotherapeutische) Hilfe anzunehmen.

19

„Wie geht es Ihnen?“

Checkliste

Lesen Sie sich die nachstehenden Fragen durch und beantworten Sie diese spontan, ohne lange darüber nachzudenken.

	JA	NEIN
Ich mache mir häufig unnötige Sorgen um das Baby.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lache nicht mehr so häufig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich oft verängstigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wird mir alles zuviel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich muss häufig weinen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mir die Zeit mit dem Baby ganz anders vorgestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niemand kann meine Situation verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich hilflos und allein gelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trotz Müdigkeit kann ich nicht gut schlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es bleibt keine Zeit für mich selbst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie vier oder mehr Fragen mit JA beantwortet haben, deutet dies auf die Möglichkeit einer postpartalen Depression hin. Überlegen Sie, was Ihnen helfen könnte und welche Form der Hilfe Sie in Anspruch nehmen möchten.

20

Kontaktstellen

Wenn Sie sich informieren oder beraten lassen möchten ...

Service- und Beratungsstellen

Service Telefon der MAG ELF
T: 01/4000-8011

- Angebot:
- Information bei postpartalen Depressionen, Schwangerschaft und Geburt
 - Beratung bei Familien- und Erziehungsfragen, Familienkonflikten und Krisen durch SozialarbeiterInnen und -pädagogInnen
 - Information und Vermittlung von Betreuungsangeboten und an Beratungsstellen
 - Es informieren und beraten SozialarbeiterInnen und ein Sozialpädagoge.

Mo-Fr 8-18 Uhr
E: service@m11.magwien.gv.at

F.E.M. und F.E.M. Süd – Frauengesundheitszentren

- Angebot:
- Informationsveranstaltungen und Einzelberatung für Frauen mit Stimmungsschwankungen rund um die Geburt
 - Telefon- und E-Mail-Beratung
 - Frauentreff für schwangere Frauen, Gruppenangebote (Mutter-Kind-Gruppen, ...)
 - Selbsthilfegruppe für Frauen mit nachgeburtlichen Depressionen (nur im F.E.M.)

F.E.M. in der Semmelweis-Frauenklinik
Kontakt:
18, Bastiengasse 26-28
T: 01/476 15-5771
E: fem@son.at
I: www.fem.at

Öffnungszeiten:
Mo-Do 9-17 Uhr
Fr 9-12 Uhr

F.E.M. Süd im Kaiser Franz Josef-Spital
Kontakt:
10, Kundratstraße 3
T: 01/60 191-5201
E: femsued.post@wienkav.at
I: www.fem.at

Öffnungszeiten:
Mo-Do 9-17 Uhr
Fr 9-12 Uhr

21

Kontaktstellen

Kontaktstellen

Eltern-Kind-Zentren der MAG ELF

Angebot:

- Persönliche Beratung und Unterstützung vor und nach der Geburt
- Fachliche Hilfe durch SozialpädagogInnen, SozialarbeiterInnen, FachpsychologInnen, Familienhebammen, ÄrztInnen
- Elterntreffs, Elternschule, Geburtsvorbereitung, Elternberatung ...

Kontakt:
EKZ 2, Engerthstraße 248-253
T: 01/211 06-02894
F: 01/211 06-99-02894

EKZ 10, Katharinengasse 16
T: 01/605 34-10894
F: 01/605 34-99-10894

EKZ 11, Rosa-Jochmann-Ring 5/13
T: 01/740 34-11894
F: 01/740 34-99-11894

EKZ 12, Längenfeldgasse 28
T: 01/815 37 00
F: 01/815 37 99

EKZ 16, Ottakringer Straße 194-196
T: 01/485 79 81
F: 01/485 79 81-20

EKZ 21, Freytaggasse 32
T: 01/277 34-21894
F: 01/277 34-99-21894

EKZ 21, Oewirkgasse 3
T: 01/290 80 62
F: 01/290 80 62-20

22

EKZ 22, Langobardenstraße 128/10
T: 01/211 23-22894
F: 01/211 23-99-22894

EKZ 23, Pfarrgasse 34-44
T: 01/615 11 02
F: 01/615 28 82

Öffnungszeiten:
Mo-Fr 8-11.30 Uhr

NANAYA – Zentrum für Schwangerschaft, Geburt und Leben mit Kindern

Angebot:
Kostenlose Beratung vor und nach der Geburt (bei Ängsten, Stimmungsschwankungen, Überforderung ...) durch Hebamme, Psychologin, Ärztin, Sozialarbeiterin, Stillberaterin
Erfahrungsaustausch mit anderen Müttern und Eltern in geleiteten Stillgruppen, Baby-massage, Babygruppen, Babybildung, Eltern-Kind-Cafe

Kontakt:
7, Zollergasse 37
T: 01/523 17 11
E: nanaya@utanet.at
I: www.nanaya.at

Öffnungszeiten:
Mo-Fr 9-12 Uhr
Mo, Mi, Do auch 14.30-16.30 Uhr

Eltern-Kind-Zentrum Gillegasse

Angebot:

- Vorträge, Gesprächsgruppen, Mutter-Baby-Gruppen, Eltern-Baby-Treffen
- Einzelberatung, Krisenintervention und psychotherapeutische Begleitung (Einzel- oder Paartherapie)

Kontakt:
9, Gillegasse 15/6
T: 01/406 97 75
F: 01/403 06 84
E: weber.weber@mycity.at
I: www.elternkindzentrum.com

Öffnungszeiten:
Nach Vereinbarung

Hebammenzentrum

Angebot:

- Einzelberatung durch Hebammen, Ärztin und Sozialarbeiterin
- Infoabend und Vorträge zu Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillen
- Geburtsvorbereitung, Yoga für Schwangere, Rückbildungsgymnastik, Stillgruppe ...

Kontakt:
9, Laszrettgasse 6/2/1
T: 01/408 80 22
F: 01/403 98 77-18
E: freie-hebammen@hebammenzentrum.at
I: www.hebammenzentrum.at

Öffnungszeiten:
Mo-Do 9-13 Uhr
Mi auch 14-17 Uhr
Beratung auch außerhalb der Öffnungszeiten

Familienhebammen und Hebammenstützpunkte der Stadt Wien (MA 15)

Angebot:
Einzel- oder Paarberatungen (durch Hebammen)
Geburtsvorbereitung, Stillberatung, Schwangers- und Rückbildungsgymnastik, Babytreff
Hausbesuche vor und eventuell nach der Geburt

Kontakt:
11., Lorystraße 40-42,
T: + F: 01/749 88 50

15., Geyschlagergasse 2-12,
T: + F: 01/962 25 00

20., Dresdner Straße 73,
T: 01/331 34-20279
F: 01/331 34-99-20 2779

22., Langobardenstraße 128/12,
T: + F: 01/285 45 37

Öffnungszeiten:
Mo-Fr 8.30-11.30 Uhr
Oder nach telefonischer Vereinbarung
www.wien.gv.at/ma15/hebammen.htm

23

Wenn Sie mit anderen Betroffenen in Kontakt kommen möchten oder Anschluss suchen ...

Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppe für Frauen mit postpartalen Depressionen

- Angebot:**
- Erfahrungsaustausch betroffener und ehemals betroffener Mütter
 - Informationen über postpartale Depression (Symptome, Umgang, Behandlungsmöglichkeiten ...)
 - Weitervermittlung an ÄrztInnen, TherapeutInnen und andere SpezialistInnen

Kontakt:
Anmeldung und Information unter T: 0676/939 26 33

Wenn Sie sich um das Wohl Ihres Kindes sorgen ...

Einrichtungen rund um Mutter und Kind

Psychosomatische Ambulanz der Gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung im Kaiser Franz Josef-Spital

- Angebot:**
- Ambulante und stationäre psychotherapeutische Betreuung von Schwangeren mit psychischen Problemen
 - Diagnostische Abklärung und Behandlung von Frauen mit postpartaler Depression in Zusammenarbeit mit der psychiatrischen Abteilung. Bei Bedarf Weitervermittlung an Einrichtungen für fremdsprachige Frauen.

Kontakt:
10, Kundratstraße 3
T: 01/60 191-4754
Mo 9-12 Uhr, Mi 9-11 Uhr, Do 12-15 Uhr

Gottfried von Preyer'sches Kinderspital – Baby-Care-Ambulanz

- Angebot:**
- Beratung bei Ernährungs-, Still-, Schrei- und Schlafproblemen im 1. Lebensjahr durch ÄrztInnen, Psychotherapeutinnen, Krankenschwestern und Stillberaterinnen
 - Schlafüberwachungsuntersuchung und Beratung bei Kindern mit Heimmonitoren

Kontakt:
10, Schrankenberggasse 31
T: 01/60 113-2422 oder 3907

Öffnungszeiten:
Mo, Mi, Do 8-13 Uhr

Säuglingspsychosomatik mit Schreiambulanz – KK Glanzing/Wilhelminenspital

- Angebot:**
- Ambulante und stationäre Beratung, Betreuung und Therapie durch ÄrztInnen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen bei Schlaf-, Schrei-, Verhaltens-, Fütterungs- und Gedeihstörungen und/oder psychischen Erkrankungen der Eltern.
 - Gemeinsame stationäre Aufnahme von Mutter (Vater) und Kind!

Kontakt:
16, Montleartstraße 37
Station: T: 01/49 150-2920 (0-24 Uhr)
Schreiambulanz:
T: 01/49 150-2912
Vorankündigung Mo-Fr 8-14 Uhr

ZEF – Zentrum für Entwicklungsförderung

- Angebot:**
- „Schreiambulanz“: Betreuung und Therapie bei Fütterungs-, Schrei-, Schlaf- und Verhaltensstörungen
 - Unterstützung für Mütter, einen gemeinsamen Weg mit dem Kind zu finden (Spielanleitung und -förderung, Beratung rund um das Baby).

Kontakt:
22, Langobardenstraße 189
T: 01/28 81 50
F: 01/28 81 59-9
E: zef@wiso.or.at

Öffnungszeiten:
Mo-Do 8-18 Uhr
Fr 8-14 Uhr

Wenn Sie keinen Ausweg mehr wissen ...

Psychiatrische Abteilungen in den Wiener Spitälern mit speziellen Angeboten für Frauen mit postpartalen Depressionen:

Department für Perinatalpsychiatrie – Otto Wagner Spital

- Medizinische, psychologische und sozialarbeiterische Betreuung bei postpartaler Depression und anderen psychischen Störungen vor und nach der Geburt
- Hausbesuche durch das Pflegeteam
- Zusammenarbeit mit stationären Einrichtungen
- Zusammenarbeit mit der Säuglingspsychosomatischen Station des Wilhelminenspitals. Aufnahme von Mutter und Kind dort möglich. Fachärztliche Betreuung der Mütter durch MitarbeiterInnen des Departments für Perinatalpsychiatrie
- Versorgung akuter Notfälle rund um die Uhr durch diensthabende FachärztInnen

Kontakt:
14, Sanatoriumstraße 1
T: 01/91 060-20 720 oder 20 724
F: 01/91 060-49 857
Öffnungszeiten/Ambulanzzeiten:
Mo-Fr 8-12 Uhr. Telefonische Voranmeldung erbeten

Psychiatrische Abteilung – Kaiser Franz Josef-Spital

- Angebot:**
- Ambulante fachärztliche Beratung, Behandlung und Betreuung für Frauen mit peri- oder postnataler Depression, evtl. Aufnahme mit Kind möglich
 - Stationäre fachärztliche Behandlung an der Psychiatrischen Abteilung (nur für Frauen aus dem 10. Bezirk!)

Kontakt:
10, Kundratstraße 3
T: 01/60 191

Öffnungszeiten:
Versorgung akuter Notfälle rund um die Uhr durch diensthabende FachärztInnen

Universitätsklinik für Psychiatrie, Abteilung für Sozialpsychiatrie und Evaluationforschung – AKH

- Angebot:**
- Ambulante Beratung und Betreuung von Schwangeren

mit psychischen Erkrankungen und postpartaler Depression

- Möglichkeit zur Mutter-Kind-Aufnahme

Kontakt:
Telefonische Terminvereinbarung unter:
9, Währinger Gürtel 18-20
T: 01/40 400-3526 oder -3602

Öffnungszeiten:
Mo-Fr 10-14 Uhr
Versorgung akuter Notfälle rund um die Uhr durch diensthabende FachärztInnen

Weitere psychiatrische Abteilungen und Einrichtungen

Kontakt:
22, Langobardenstraße 122
Psychiatrische Ambulanz:
T: 01/288 03-3050
F: 01/288 02-3080
E: dsp.psy@wienkav.at

Öffnungszeiten/Ambulanzzeiten:
Mo-Fr 9-12 Uhr
Die psychiatrischen Abteilungen der Stadt Wien sind in Sektoren aufgeteilt. In nachstehender Tabelle ist ersichtlich, welches Spital für welchen Wohnbezirk zuständig ist:

Wohnbezirk	Pavillon	Krankenanstalt
1. 4.-9.	10/2	Otto Wagner Spital
3. 11.	24/2	Otto Wagner Spital
12. 13. 23.	7/3+7/4	Otto Wagner Spital
14. 15. 16.	16/2	Otto Wagner Spital
17. 18. 19.	21/2	Otto Wagner Spital
20. 21.	4/2	Otto Wagner Spital
10.	Stat. B	Kaiser Franz Josef-Spital
2. 22.	Stat. 57	SMZ-Ost Donauespital

Sozialmedizinisches Zentrum – Ost

- Angebot:**
- Psychiatrische Ambulanz, Beratung, Diagnostik und Einleitung einer Therapie
 - Vermittlung von Kontaktadressen bei psychischen Problemen oder Störungen während der Schwangerschaft und nach der Geburt

Wenn Sie spezifische Unterstützung brauchen ...

Einrichtungen für spezielle Lebenssituationen

Babydoll – „Jugendchwangerschaftsbegleitung“

Hilfe, Unterstützung, Beratung und individuelle Begleitung für junge werdende Mütter (13–18 Jahre) bzw. Eltern je nach Bedarf durch Hebammen, PsychiaterInnen, PsychologInnen, SozialpädagogInnen, GynäkologInnen, SozialarbeiterInnen, Kinderschwester.

Kontakt:
17, Dornbacher Straße 20–32
Hotline T: 01/486 56 31-370 (Di 15–19 Uhr)
F: 01/486 56 31-351
E: hauslena@goettlicherheiland.at
I: www.goettlicherheiland.at

Öffnungszeiten:
Telefonische Anmeldung und Information Di 15–19 Uhr

Gesprächsgruppe für verwaiste Eltern

Angebot:
Trauerarbeit und Trauerbegleitung in Form von Gesprächsrunden und/oder Einzelberatungen für Eltern, deren Kinder verstorben sind.

Kontakt:
9, Fluchtgasse 6/11
T: 0664/495 19 29
E: sabina.reisinger@aon.at
I: www.viennanet.at/
VerwaisteEltern

Mobile Frühförderung – Unterstützung für Familien mit entwicklungsverzögerten oder behinderten Kleinkindern

Angebot:
Individuelle Förderung des Kindes zu Hause
Beratung und Unterstützung der Familien

Kontakt:
Standort Süd:
9, Porzellangasse 22
T: 01/315 68 18
Standort Nord:
22, Langobardenstraße 189
T: 01/288 15 15
E: fruehfoerderung@wiso.or.at
I: www.wiso.or.at

Öffnungszeiten: Termine nach telefonischer Vereinbarung

Entwicklungsdiagnostik (MA 15)

Angebot:
Überprüfung der psychischen und motorischen Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern
Frühförderung bzw. Therapie (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Sonder- und Heilpädagogik, Psychologie).

Kontakt:
10, Gellertgasse 42–48
T: 01/605 34-10 861, 10 862
F: 01/605 34-99-10 861

Öffnungszeiten:
Mo–Mi 8–17 Uhr
Do 8–16 Uhr
Fr 8–12 Uhr
I: www.wien.gv.at/ma15/ent_dia.htm

18, Währinger Gürtel 141
T: 01/369 55 50 oder 369 56 50
F: 01/369 55 50-22

Öffnungszeiten:
Mo 8–16 Uhr
Di, Mi und Do 8–16.30 Uhr
Fr 8–12 Uhr

Wenn Sie nach einer individuellen Lösung und kontinuierlicher Begleitung suchen ...

PsychotherapeutInnen

Eine Liste von PsychotherapeutInnen, die speziell für postpartale Depressionen ausgebildet sind, können Sie beim Wiener Landesverband für Psychotherapie anfordern.

T: 01/512 61 73
E: wlp@pips.at
I: www.psychotherapie.wien.at

weitere PsychotherapeutInnen unter:
www.psyonline.at
www.psychotherapie.at

Wenn Sie mehr zum Thema wissen möchten ...

Literaturhinweise

DIX, Carol: *Eigentlich sollte ich glücklich sein – Hilfe und Selbsthilfe bei Postnataler Depression und Erschöpfung*, Zürich 1999, ISBN 3-269-00047-9

DIX, Carol: *Depressionen nach der Geburt – Hilfe für Mütter (und Väter)*, Hamburg 1991, ISBN 3-499-18821-X

DUNNEWOLD, Ann / SANFORD, Diane: *Ich würde mich so gerne freuen!*, Stuttgart 1996, ISBN 3-89373-355-8

FIGES, Kate: *Babyblues*, Frankfurt 2001, ISBN 3-596-15161-9

GEISEL, Elisabeth: *Tränen nach der Geburt*, München 1997, ISBN 3-466-34369-0

KLIER, Claudia; DEMAL U.; KATSCHNIG, H. (eds): *Mutterglück – Mutterleid*, Wien 2001, ISBN 3-85076-553-9

NISPEN, Petra: *Mutterglück und Tränen – Depression nach der Geburt verstehen und überwinden*, Freiburg 1996, ISBN 3-451-26150-2

NISPEN, Petra: *Mutterglück und Tränen – Das seelische Tief nach der Geburt überwinden*, Freiburg 2001, ISBN 3-451-05207-5

SACHSE, Lilla: *Ich bin ganz und richtig – Therapeutische Begleitung durch Mutterschaft und Psychose*, Neumünster 2000, ISBN 3-928200-44-8

SAUER, Birgit: *Postpartale Depression*, Hamburg 1993, ISBN 3-89473-504-X

SCHNEIDER, Regine: *Oh, Baby ... Das hatte ich mir anders vorgestellt*, München 1995, ISBN 3-442-13852-3

SHAW, Fiona: *Zeit der Dunkelheit – Weg aus einer Depression*, München 1998, ISBN 3-88897-206-X

WELBURN, Vivienne: *Die Krise nach der Geburt*, Bergisch Gladbach 1981, ISBN 3-404-66043-9

Internetadressen

Deutschsprachig:
www.schatten-und-licht.de
www.depressionen.ch
http://www.infoline.at/depressionen/postpartaledepression.htm
http://www.geburtsHaus.at/wb_depr.html
http://www.internetpraxis.com/internetpraxis_Thema_Geburt.php
http://www.bettina-salis.de/artikel/artikel/erkrankung.htm

Englischsprachig:
www.postpartum.net
www.beyondblue.org.au

Sonstige Adressen:
http://www.wien.gv.at/ma11/seiten/baby/berat.htm - Elternberatungsstellen der Stadt Wien

II. Leitlinien für psychosoziale Schwangerenbetreuung

Leitlinien für die psychosoziale Schwangerenbetreuung

Hinziehen des Bezugsteams

Bei Risikoschwangeren mit psychiatrischen Diagnosen bzw. Psychopharmakaeinnahme soll das schon im Vorfeld gebildete Bezugsteam in engem Zusammenhang mit dem psychiatrischen Konsiliardienst die Frau auch im Wochenbett betreuen.

Psychosoziale Probleme im Umfeld der Frau

Postpartal können Partnerschaftskonflikte oder familieninterne Probleme verstärkt zum Tragen kommen. Eine instabile und belastende psychosoziale Umwelt ist ein häufiger Hintergrund für Überforderung in der Elternschaft. Dies wiederum erhöht u. a. die Gefahr der Kindesmisshandlung. Wichtig ist es, derartige Situationen zu erkennen und der Frau adäquate Unterstützung (z. B. über die Bezugsbetreuende/Bezugsteam bis zur Sozialarbeiterin) anzubieten.

Frauen mit Risikofaktoren für PPD

PPD oder wiederkehrende depressive Phasen sind ein bekannter Risikofaktor für die Entwicklung von frühkindlichen Interaktions-, Regulations- oder Bindungsstörungen. Frauen mit Risikofaktoren für PPD sollen im Rahmen des Einlassungsgesprächs im Beisein des Partners Informationen (auch in schriftlicher Form) über weitere Unterstützungsmöglichkeiten (z. B. Familienhebamme, Entwicklungskontrollen im Rahmen des Wiener Risiko-Kindersprogramms, spezialisierte Psychologin/Psychotherapeutin, Kinderärztin, Baby Care Ambulanz, Eltern-Kind-Zentrum, Frauengesundheitszentrum) erhalten.

Wiener Programm für Frauengesundheit

Das Wiener Programm für Frauengesundheit hat ein Aus- und Fortbildungsangebot für Mitarbeiterinnen geburtschilflicher Abteilungen zur Früherkennung und Prävention von Postpartaler Depression entwickelt, sowie Infobroschüren für Schwangere dazu erstellt.

Unterlagen und Expertisenachschub

Die Leitlinien für die psychosoziale Schwangerenbetreuung, Fortbildungsmappen und Schulungen für Fachexpertinnen können unter www.frauengesundheit-wien.at angefragt und bezogen werden.

www.frauengesundheit-wien.at

Copyright: Herausgeber: Medienlabor für den Inhalt verantwortlich: Wiener Programm für Frauengesundheit, an: Univ.-Prof. Dr. Beate Wimmer-Pachinger, Gruglhofstr. 4, 1120 Wien. Gestaltung: Mag. Michaela Langer-Layrer; Mag. Gisela Schenker-Spindlergrafik; Druck: Pöschel & Lina.

Erarbeitungs- und Redaktionsteam:

DR^a Reswitha Friedl
Diplom-Sozialarbeiterin / MAG ELF /
Leiterin Dez. 3 Eltern, Säuglinge, Kleinkinder

Renate Großheller-Ulich
Hebamme / Leitende Hebamme im SMZ Ost /
Präsidentin des Österreichischen Hebammengremiums

DR^a med. Susanne Heiler
FA für Gynäkologie und Geburtshilfe I. A. /
Kaiser-Franz-Josef-Spital

DR^a med. Margarete Lässig
Referatsleiterin-Stv. / MA 15 – Referat IV/2 –
Gesundheitsvorsorge für Mutter und Kind

DR^a med. Claudia Reiner-Lawogger
FA für Psychiatrie und Psychotherapeutin / Sozial-
psychiatrische Ambulanz (Pav 7/2) und Departement
f. Perinatale Psychiatrie im Otto-Wagner-Spital

Mag. Michaela Langer
Klinische und Gesundheitspsychologin / Projektmanage-
ment PPD im Wiener Programm für Frauengesundheit

Univ.-Prof. Dr^a Beate Wimmer-Pachinger
Wiener Frauengesundheitsbeauftragte, Klinische und
Gesundheitspsychologin

Broschüren für Schwangere

Die Broschüre „... eigentlich sollte ich glücklich sein ...!“ bietet Müttern, die sich belastet fühlen, deren Partner und Angehörigen Informationen zu Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft.

Die Broschüre „Mutterglück – glückliche Mutter? Postpartale Depression – wichtige Adressen“ bietet ein Verzeichnis für Expertinnen zur professionellen Weitervermittlung von Frauen mit postpartalen Depressionen.

Beide Broschüren können beim Broschüren-Bestelltelefon 05 05 379-100 kostenlos bezogen werden.

Leitlinien für die psychosoziale Schwangerenbetreuung

Schwangerschaft und Geburt zählen zu den glücklichsten Ereignissen des Lebens. In den Hintergrund rückt dabei oft, dass es zahlreicher guter Vorbereitungen bedarf, um diese Zeit und die Übernahme der Verantwortung für das Kind als Glück und Bereicherung erleben zu können.

15-20% der Frauen haben aufgrund von psychosozialen Vorbelastungen, finanziellen, partnerschaftlichen oder seelischen Krisen nicht die Chance, dieses Ereignis beglückend erleben zu können. Fehlende Unterstützung oder soziale Isolation, glücklose Schwangerschaften, Gewaltverfahrungen, traumatische Geburtserebnisse oder vorwiegende psychische Erkrankungen können in eine postpartale Depression (PPD) münden. Die Folgen sind schlechtere Startbedingungen für Mutter und Kind. Kinder, deren Mütter postpartal eine psychische Krise durchleben, haben bei fehlender Unterstützung der Mutter ein höheres Risiko, eine unsichere Bindung zu entwickeln und daher bereits im Laufe der Kindheit an psychischen Krisen zu leiden. Insofern ist eine adäquate Betreuung dieser Mütter auch als Prävention späterer Verhaltensauffälligkeiten der Kinder zu sehen.

Es ist daher das Anliegen der Leitlinien des Wiener Krankenanstaltenverbundes und seiner geburtschilflichen Abteilungen, die im Jahr ca. 12.300 Geburten begleiten, Frauen mit sozialen Benachteiligungen und/oder gesundheitlichen und psychischen Vorbelastungen von Anfang an bestmöglich zu betreuen und die interdisziplinäre Vernetzung zu stärken.

Voraussetzung zur Umsetzung der psychosozialen Leitlinien ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit und der regelmäßige Austausch zwischen Gynäkologin, Hebamme, Pflegepersonal, SozialarbeiterIn, Psychologin oder PsychotherapeutIn, DolmetscherIn/Community InterpreterIn und in weiterer Folge auch PsychiaterIn, PädiaterIn, Familienhebamme und Mobiler Kinder-schwesster (MOKIL).

1. Rahmenbedingungen zur Umsetzung der Leitlinien

Regelmäßige Schulungen

Im Sinne der Qualitätssicherung soll jede Mitarbeiterin im geburtschilflichen Team regelmäßige Schulungen im Erkennen von prä- und postpartalen psychischen Krisen und damit verbundenen Handlungsanweisungen erhalten (z. B. Was tun, wenn eine Frau nach der Geburt psychisch reagiert?). Auch Turnusärztinnen sollen geschult werden. Ebenso sollen Gesprächsführung und Schulungen in Kommunikation angeboten werden.

Richtlinien für interne und externe Überweisung

Die geburtschilflichen Abteilungen sind aufgefordert, klare Richtlinien für die interne und externe Überweisung von Patientinnen mit peri- und postpartalen psychischen Krisen zu entwickeln. Dabei ist auf die Vernetzung aller vorhandenen intra- und extramuralen Einrichtungen zu achten: Gynäkologin, Hebamme, Pflegepersonal, SozialarbeiterIn, Psychologin oder PsychotherapeutIn, DolmetscherIn/Community InterpreterIn und in weiterer Folge auch PsychiaterIn und PädiaterIn und Familienhebamme.

Interdisziplinäre Fallkonferenzen

Bewährt haben sich hausinterne interdisziplinäre Fallkonferenzen / Arbeitsgruppen / Vernetzungsgruppen, die sich regelmäßig treffen, um Informationen und Erfahrungen auszutauschen und schwierige Situationen vor- bzw. im Sinne der Qualitätssicherung nach zu besprechen. Die Mitglieder dieser Gruppe sind aufgefordert, die notwendigen Informationen an die eigene Berufsgruppe weiterzugeben.

Psychiatrischer Konsiliardienst oder Psychologin bzw. Psychotherapeutin

In allen Krankenhäusern sollen ein psychiatrischer Konsiliardienst und Psychologinnen bzw. Psychotherapeutinnen mit einer Anwesenheit von wenigstens 20 Wochenstunden zur Verfügung stehen. Weiters sollte im Team der geburtschilflichen Abteilungen eine DolmetscherIn/Community InterpreterIn integriert sein, wenn dies aufgrund der Klientel erforderlich ist. Die Erfahrungen zeigen, dass sich diese personellen Ausstattungen als unmittelbare Unterstützung bisher sehr bewährt haben.

Leitlinien für die psychosoziale Schwangerenbetreuung

2. Anmeldung zur Geburt an der geburtschilflichen Abteilung bzw. Schwangerenambulanz

Anamnese

Grundvoraussetzung für eine gute psychosoziale Betreuung ist die Durchführung der Anamnese in einem geschützten Raum und Rahmen.

Es ist dafür Sorge zu tragen, dass die Intimsphäre der Patientinnen gewahrt ist.

Kommentiertes Handeln ist als Standard zu etablieren.

Bei Frauen, die über keine oder zu geringe Deutschkenntnisse verfügen, ist eine DolmetscherIn/Community InterpreterIn zuzuziehen.

Folgende Risikofaktoren für peri- und postpartale psychische Krisen sollen durch behutsames und einfühlsames Fragestellen exploriert werden:

- Psychische Erkrankungen in der Anamnese
- Postpartale Depression bei einer vorangegangenen Schwangerschaft
- Familienanamnese für Depression
- Psychopharmaka- und Medikamenteneinnahme
- Suchterkrankungen (Alkohol, Nikotin, Drogen)
- Negative Schwangerschaftserfahrungen (UVF, langer unerfüllter Kinderwunsch, unglückliche pränatal-diagnostische Ergebnisse, Fehlgeburten, Totgeburten, Schwangerschaftsabbrüche)
- Traumatisches Geburtserebnis
- Frühgeburt und/oder schwer krankes/chronisch krankes Kind
- Negative akut belastende Lebensereignisse
- Gewalterfahrungen
- Lang andauernde Probleme mit dem Partner
- Schwieriges familiäres Umfeld
- Wenig soziale Unterstützung
- Finanzielle Schwierigkeiten

Medizinische Anamnese

Es wird empfohlen, dass die Hebammen bereits zu Beginn der medizinischen Anamnese zugezogen werden und die Frauen durch die Schwangerschaft begleiten.

Psychiatrische Anamnese

Es wird empfohlen, dass die psychiatrische Anamnese durch speziell geschultes Personal durchgeführt wird.

Für Risikoschwangeren mit psychiatrischen Diagnosen bzw. Psychopharmakaeinnahme soll noch während der Schwangerschaft ein Bezugsteam, bestehend aus 2-3 Personen, etabliert werden, das die Frau frühzeitig kennen lernen kann und welches die Frau während der Schwangerschaft begleitet („Bezugshebamme“). Für jede Patientin ist eine „Fallführende Person“ zu bestimmen, die die Vernetzung koordiniert und den Kontakt zur Psychiaterin herstellt. Es muss gewährleistet sein, dass ein Mitglied dieses Bezugsteams die Frau während der Geburt mitbetreut. Die Teilnahme an einem Bezugsteam muss freiwillig sein. Eine spezialisierte Psychiaterin ist von Anfang an einzubeziehen.

Zuweisung zur Psychologin / Psychotherapeutin: Negative Schwangerschaftserfahrungen, leichte depressive Episoden, unklare psychosoziale Auffälligkeiten

Bei psychiatrischen Erkrankungen und Psychopharmakaeinnahmen MUSS Kontakt mit der behandelnden Psychiaterin aufgenommen werden bzw. der psychiatrische Konsiliardienst oder eine Spezialambulanz für perinatale Psychiatrie zugezogen werden.

Soziale Erstanamnese

Es wird empfohlen, dass die Hebamme die psychosoziale Anamnese durchführt. Soziales Umfeld: Familienstand, Partnerschaft, Alleinerzieherin, Anzahl der Kinder, „Patchwork-Situation“, Wohnsituation, Migrationshintergrund Soziale Problemlagen: z. B. Wirtschaftliche Situation, Gewaltverfahrungen

Auf jeden Fall soll im Rahmen der Anmeldung zur Geburt eine Vorstellung bei der Sozialarbeiterin angebahnt werden. Die Sozialarbeiterin hat die Möglichkeit, die Erstanamnese zu vertiefen und eine psychosoziale Diagnose zu erstellen, damit die Zeit der Schwangerschaft für individuelle soziale Unterstützung genutzt werden kann (Anknüpfungspunkt: „Wäschepaket“).

In schwierigen sozialen Lebenssituationen (z. B. minderjährige Schwangere, Partnerprobleme, Suchterkrankungen, Wohnungslosigkeit, gewünschte Adoption, anonyme Geburt, etc.) ist in jedem Fall zur Sozialarbeiterin zuzuwenden.

Leitlinien für die psychosoziale Schwangerenbetreuung

Interdisziplinärer Anamnesebogen / PIA-System

Wird eine schwangere Frau in der geburtschilflichen Ambulanz vorgestellt, soll ihre medizinische, psychiatrische und soziale Anamnese in einem interdisziplinären Anamnesebogen / im PIA-System erfasst werden.

Ziel des interdisziplinären Anamnesebogens ist es, dass alle behandelnden und betreuenden Personen über den selben Informationsstand verfügen, wodurch sich die Gefahr eines Informationsverlustes erheblich verringert.

Es soll in diesem Anamnesebogen / PIA-System auch festgehalten werden, wenn eine Frau zu einer Begutachtung oder zu einem Gespräch zugewiesen wird oder ein Kontakt über eine extramurale Einrichtung (z. B. Familienhebamme) angebahnt wurde. Dies erleichtert es bei einem neuerlichen Kontakt in der Schwangeren-Ambulanz, rückzufragen, ob die Frau auch bei der zugewiesenen Stelle war. Damit vermeidet man Lücken in der Betreuung.

Das PIA-System soll an allen geburtschilflichen Abteilungen genutzt und um psychosoziale Anamnese-Fragen erweitert werden.

Einsatz der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Die Edinburgh Postnatal Depression Scale ist ein international anerkanntes Screeninginstrument, um Risikofaktoren für eine depressive Erkrankung vor und nach der Geburt zu erkennen. Der EPDS ist kein Diagnoseinstrument!

Es wird empfohlen, diesen Fragebogen bei der Anmeldung zur Geburt einzusetzen.

Eine kulturspezifische Übersetzung des EPDS in die gängigen Fremdsprachen ist anzustreben.

Geburtsvorbereitung

Allen schwangeren Frauen soll gemeinsam mit ihrem Partner bzw. einer selbst gewählten Vertrauensperson die Teilnahme an einer Geburtsvorbereitung dringend empfohlen werden. Der Partner stellt in den meisten Fällen die wichtigste Bezugsperson der werdenden Mutter dar und soll in seiner neuen Rolle als werdender Vater bestärkt werden.

3. Geburt

Ein wertschätzender, respektvoller Umgang und eine auf die Bedürfnisse der Frau/des Paares eingehende Betreuung während der Geburt stellen die Basis jeglicher geburtschilflicher Begleitung dar.

Wenn es medizinisch möglich ist, soll eine Bondingzeit nach der Geburt eingeplant werden, die eine gemeinsame Ruhezeit von Mutter/Eltern und Kind miteinander vorsieht.

Für Risikoschwangeren mit psychiatrischen Diagnosen bzw. Psychopharmakaeinnahme soll während der Geburt neben dem Partner zumindest eine Person des Bezugsteams in die Betreuung einbezogen sein.

4. Wochenbett im Spital

Stillen

Auf die Förderung des Stillens sollte großer Wert gelegt werden, da die dabei freigesetzten Hormone eine stimmungsaufhellende und entspannende Wirkung haben, durch das Stillen die Mutter-Kind-Interaktion positiv beeinflusst und die Mutter in ihrer Kompetenz bestärkt wird.

Baby Blues

Darüber sollte bereits in der Schwangerschaft aufgeklärt werden. An diesen Tagen ist ein einfühlsamer, unterstützender Umgang mit der Patientin zu empfehlen.

Postpartale Psychose

Team-Schulung in Früherkennung und Zuziehen von PsychiaterIn bzw. PsychotherapeutIn Das geburtschilfliche Personal soll in der Früherkennung einer beginnenden Psychose geschult werden. Bei Warnsignalen (Schlaflosigkeit, Überdrehtheit, ...) soll eine Psychiaterin oder Psychotherapeutin zugezogen werden.

Die weitere Vorgehensweise im Umgang mit der Patientin ist im Team klar zu definieren (z. B. dass trotz Medikamenten nicht gleich abgestellt wird).

Ziel ist, dass geschulte Mitarbeiterinnen kritische Situationen erkennen können und die richtige Kontaktperson beiziehlen, um eine Eskalation der Situation zu verhindern.

III. EPDS

Befindlichkeitsbogen (EPDS)

(Cox / Holden / Sagovsky)



So fühlte ich mich während der letzten Woche:
(Scores in Klammer)

1. Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:

- Genauso oft wie früher 0
- Nicht ganz so oft wie früher 1
- Eher weniger als früher 2
- Überhaupt nie 3

2. Es gab vieles, auf das ich mich freute:

- So oft wie früher 0
- Eher weniger als früher 1
- Viel seltener als früher 2
- Fast gar nicht 3

3. Ich habe mich unberechtigterweise schuldig gefühlt, wenn etwas danebenging:

- Ja, sehr oft 3
- Ja, manchmal 2
- Nicht sehr oft 1
- Nein, nie 0

4. Ich war ängstlich und machte mir unnötige Sorgen:

- Nein, nie 0
- Ganz selten 1
- Ja, manchmal 2
- Ja, sehr oft 3

5. Ich fühlte mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund:

- Ja, ziemlich oft 3
- Ja, manchmal 2
- Nein, fast nie 1
- Nein, überhaupt nie 0

6. Mir ist alles zuviel geworden:

- Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen 3
- Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht mehr zu helfen 2
- Nein, ich wusste mir meistens zu helfen 1
- Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen 0

7. Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte:

- Ja, fast immer 3
- Ja, manchmal 2
- Nein, nicht sehr oft 1
- Nein, nie 0

8. Ich war traurig und fühlte mich elend:

- Ja, sehr oft 3
- Ja, ziemlich oft 2
- Nein, nicht sehr oft 1
- Nein, nie 0

9. Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste:

- Ja, sehr oft 3
- Ja, ziemlich oft 2
- Nur manchmal 1
- Nein, nie 0

10. Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun:

- Ja, oft 3
- Manchmal 2
- Selten 1
- Nein, nie 0

Gesamtscore

Edinburgh Postnatal Depression Scale (JL Cox, JM Holden, R Sagovsky, 1987).
Deutsche Version als „Befindlichkeitsbogen“ (Hertz et al. 1996, Muzik et al. 1997).

Jede Frage bekommt 0-3 Punkte, was zu einem Wert zwischen 0-30 führt. **Wichtig:** Bei manchen Fragen werden die Punkte in der anderen Reihenfolge vergeben. Der gesamte Wert ergibt sich durch Addition der Einzelwerte. Wenn die Frau folgenden Score hat:

0-9	dann ist die Wahrscheinlichkeit für eine Depression gering
10-12	dann ist die Wahrscheinlichkeit für eine Depression mäßig vorhanden
>=13	dann ist die Wahrscheinlichkeit für eine Depression hoch

Der Vorteil der EPDS ist auch, dass man sehr schnell Frauen identifiziert, die Selbstmordgedanken haben. Wenn die Frau bei Frage 10 Punkte aufweist, muss man in jedem Fall genau nachfragen, ob es sich um Selbstverletzung, Lebensüberdruß oder richtige Selbstmordgedanken handelt.

Wenn die Symptome weniger schwer sind, oder während einer Zeitdauer kürzer als 2 Wochen vorhanden sind, kann es sich um andere Diagnosen handeln, wie zum Beispiel Anpassungsstörungen, Minor Depression und/oder eine gleichzeitig auftretende Angststörung.

Andere Ursachen für Symptome wie Anämie, Schlafentzug, Schilddrüsenfunktionsstörung oder Trauerreaktion sollten bedacht werden, bevor eine Depression diagnostiziert wird. Diese Zustände können aber auch zusammen mit einer Depression vorliegen. Eine Gesamtwert von „0“ sollte noch genauer abgeklärt werden, denn dies kann auf eine „sozial erwünschte“ Beantwortung der Fragen hinweisen.

IV. PBQ

PBQ: Eltern-Kind-Beziehungsfragebogen (Brockington)



Name _____ Datum _____

Bitte denken Sie an die Zeit mit Ihrem Baby, die am schwierigsten für Sie war. Kreuzen Sie bitte an, wie oft folgende Aussagen für Sie zutreffend waren. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.

Skala	Aussage	Immer	Sehr oft	Oft	Manchmal	Selten	Nie
1	Ich fühle mich meinem Baby nahe						
1	Ich wünsche mir die Zeit zurück, als ich noch kein Baby hatte						
2	Ich fühle mich meinem Baby gegenüber distanziert						
2	Ich kuschle gerne mit meinem Baby						
2	Ich bereue es, dieses Baby zu haben						
1	Das Baby scheint nicht mir zu gehören						
1	Mein Baby regt mich auf						
1	Ich liebe mein Baby über alles						
1	Ich fühle mich glücklich wenn mein Baby lächelt/lacht						
1	Mein Baby irritiert mich						
2	Ich liebe es, mit meinem Baby zu spielen						
1	Mein Baby weint zuviel						
1	Ich fühle mich als Mutter gefangen						
2	Ich bin auf mein Baby böse						
1	Mein Baby ist mir lästig						
1	Mein Baby ist das Schönste auf der ganzen Welt						
1	Ich wünschte, mein Baby würde verschwinden						
4	Ich habe meinem Baby Schaden zugefügt						
3	Mein Baby macht mich ängstlich						
3	Ich fürchte mich vor meinem Baby						
2	Mein Baby macht mich ärgerlich						
3	Ich fühle mich sicher, wenn ich mein Baby wickle						
2	Ich denke die einzige Lösung ist, wenn jemand anders mein Baby betreut						
4	Ich möchte mein Baby verletzen						
3	Mein Baby ist leicht zu beruhigen						

Scale 1.....(12 = high)

Scale 2.....(17 = high)

Scale 3.....(10 = high)

Scale 4.....(3 = high)

© Brockington I
 Brockington I F, Oates J, George S, Turner D, Vostanis P, Sullivan M, Loh C, Murdoch C. A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. Archives of Women's Mental Health, 2001; 3: 133-140.

V. Zusammenfassung

Die hier vorliegende Diplomarbeit beschäftigt sich mit dem Thema der postpartalen Depression (PPD), der Fokus liegt auf dem seelischen Zustand sowohl der (werdenden) Mutter als auch des (werdenden) Vaters. Da Väter noch immer zu selten auf PPD gescreent werden, obwohl ihnen gerade beim Vorliegen einer mütterlichen PPD eine entscheidende Bedeutung für die kindliche Entwicklung zukommt, erhebt sich an dieser Stelle die Frage, welche Institutionen und Einrichtungen es für Betroffene in Wien gibt und welche unterstützenden Maßnahmen dort speziell für Väter sowohl von anderen Fachdisziplinen als auch von pädagogischer Seite angeboten werden, um in Hinkunft auch Vätern entsprechende pädagogisch orientierte Hilfsmaßnahmen anbieten zu können – sei es nun als PPD-Träger oder in ihrer Funktion als „Co-Therapeuten“.

Es sollen ausführliche Begriffsbestimmungen und spezifische Informationen über diese psychische Erkrankung gegeben werden. Die Ergebnisse dieser wissenschaftlichen Arbeit basieren auf der Auseinandersetzung mit der Bindungstheorie, der Eltern-Kind-Interaktionsforschung und jenen Erkenntnissen nationaler und internationaler Studien über die PPD, welche sich besonders auf die Betroffenheit des Vaters beziehen. Nach einer Analyse der bestehenden Einrichtungen und Hilfsmaßnahmen werden die daraus gewonnenen Schlussfolgerungen thematisiert sowie mögliche pädagogische Interventionsansätze herausgearbeitet.

VI. Abstract

The present thesis outlines the topic of postpartum-depression, the focus is on the mental and emotional state of both the mother (to be) and the father (to be). Since it is still very uncommon to screen the fathers for PPD even though they have an important influence on the child's development when the mother suffers from PPD, the question arises, which institutions and facilities exist in Vienna for affected persons and which supporting measurements are taken there especially for fathers both from other disciplines and from a pedagogic point, to be able to offer adequate pedagogical-oriented supporting measures to the fathers in the future – be it as a PPD-supporter or functioning as “co-therapist”.

Detailed definitions and specific information about this mental disease shall be presented. The results of this academic paper are based on the examination of the theory of attachment, the research of parent-child-interaction and the findings of national and international studies about PPD, which relate especially to the concern of the father. The analysis of the existing institutions and supporting measures is followed by a presentation of the resulting conclusion as well as possible pedagogic intervention approach.

VII. Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe und dass ich diese Diplomarbeit bisher weder im In- oder Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Wien, am 1. Februar 2012

Sabine Schilcher

VIII. Curriculum vitae

Zur Person:

Name: Sabine Schilcher

E-Mail: sabine.schilcher@gmx.at

Geburtsdatum: 19.06.1982

Geburtsort: Wiener Neustadt

Familienstand: ledig

Schulischer und beruflicher Werdegang:

- 1988 - 1992 Volksschule Theresienfeld
- 1992 - 1996 Musikhauptschule Wiener Neustadt
- 1996 - 1998 Höhere Lehranstalt für Mode und Bekleidungstechnik Wiener Neustadt
- 1998 - 2002 Bundesoberstufenrealgymnasium Wiener Neustadt
Abschluss mit Matura (13.06 2002)
- 2002 - 2003 Pädagogische Akademie des Bundes in Baden
- 2003-2012 Diplomstudium Pädagogik mit den Schwerpunkten
Psychoanalytische Pädagogik sowie Heil- und Integrative Pädagogik an der
Universität Wien
- 2003 -2004 Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft an der Universität
Wien.

- Seit 2008 pädagogische Fachkraft in der Schulischen Nachmittagsbetreuung der VS Theresienfeld
-

Praktika und berufliche Erfahrungen:

- 2003 Leitung des Englischkurses „Kids` English Club“ (Studienkreis Wiener Neustadt)
- 2004 Praxis im Landeskindergarten Theresienfeld
- 2007- 2008 Tätigkeit Im „Kind im Zentrum“ (KIZ) Sollenau: Mitarbeit und Unterstützung eines Gebärdensprachkurses für mehrfachbehinderte Kinder und Jugendliche
- 2008 KIZ: Leitung des Englisch- Kurses für Kinder „Do you speak English“
- Seit 2008 Pädagogische Fachkraft an der VS Theresienfeld (mit der administrativen und pädagogischen Leitung betraut)