

Hochschule Merseburg

FB Soziale Arbeit. Medien. Kultur



Handlungsmöglichkeiten für Sozialarbeiter_innen im Umgang mit Schwangerschafts- und Wochenbettdepression

Bachelorarbeit

Studiengang: Soziale Arbeit

vorgelegt von:

Marina Hammer (21142)

marinahammer96@web.de

Anne Kühne (21190)

kuehne.anne@web.de

Erstgutachter_in: M.A. Esther Stahl

Zweitgutachter_in: Prof. Dr. phil. Heinz-Jürgen Voß

Abgabedatum: 10.08.2017

Abkürzungsverzeichnis

EPDS	Edinburgh postnatale Depressionsskala
HEDE	„health-ease“ und „dis-ease“
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
PMR	Progressive Muskelentspannung, Progressive Muskelrelaxation
PPD	Postpartale Depression
PPP	Postpartale Psychose
SAFE	sichere Ausbildung für Eltern
SchKG	Schwangerschaftskonfliktgesetz
SPFH	Sozialpädagogische Familienhilfe

Marina Hammer schrieb Kapitel 1, 5, 6, 7, 8 und 9

Anne Kühne schrieb Kapitel 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8 und 9

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einleitung	6
2. Begrifflichkeiten	8
2.1 Baby Blues	8
2.2 Postnatal / Postpartal	9
2.3 Wochenbettpsychose – Postpartale Psychose	9
2.4 Wochenbettdepression – Postpartale Depression	10
3. Überblick einzelner Symptome der Postpartalen Psychose und Postpartalen Depression	12
3.1 Gemeinsame Symptome der Postpartalen Psychose und Postpartalen Depression	12
3.2 Spezifische Symptome der Postpartalen Psychose	15
3.3 Spezifische Symptome der Postpartalen Depression	16
4. Ursachen & Einflussfaktoren der Postpartalen Psychose und Postpartalen Depression	19
4.1 Die multifaktorielle Verursachung durch psychische, physische und soziale Faktoren	19
4.1.1 Vulnarabilitäts-Stress-Modell	20
4.1.2 Multifaktorielle Depressionsmodell	21
4.2 Konzept der Salutogenese	23

5. Sozialarbeiterische Unterstützungsmöglichkeiten für Betroffene mit Postpartaler Depression	27
5.1 Behandlungsphasen	27
5.2 Beziehungsgestaltung zwischen Sozialarbeitern_innen und Klienten_innen	31
5.3 Behandlungsmöglichkeiten einer Postpartalen Depression	34
5.3.1 Psychodynamische Therapie	35
5.3.2 Kognitive Verhaltenstherapie	36
5.3.3 Anderweitige Behandlungsmöglichkeiten	38
5.4 Unterstützungsmöglichkeiten durch Angehörige für Betroffene zur Bewältigung einer Postpartalen Depression	41
5.5 Psychohygiene für Angehörige und mögliche Unterstützungsleistungen von Sozialarbeitern_innen	44
5.6 Prä-, Peri- und Postpartale präventive sozialpädagogische Angebote für Betroffene und Angehörige	48
6. Der „rote Faden“ für Sozialarbeiter_innen	52
7. Fazit	66
8. Anhangsverzeichnis	70
9. Literaturverzeichnis	97
10. Selbständigkeitserklärung	101

1. Einleitung

Diese Bachelorarbeit ist eine Kooperationsarbeit von Marina Hammer und Anne Kühne.

Sie erforscht Handlungsmöglichkeiten für Sozialarbeiter_innen im Umgang mit Schwangerschafts- und Wochenbettdepression. Die Verfasserinnen setzen sich unter anderem mit der Frage auseinander: Wie kann die Hilfe bei Schwangerschafts- und Wochenbettdepression zwischen Betroffenen und deren Angehörigen durch Sozialarbeiter_innen verbunden werden? Wie kann sozialpädagogisch auf die oben genannte Problematik fachlich und effizient eingewirkt werden?

Die Verfasserinnen stellen sich die Frage aufgrund privater Erfahrungen mit dem Thema Depression. In der Fachliteratur fiel vermehrt auf, dass sich die Behandlung mehr auf Betroffene richtet. Das soziale Umfeld sowie die Familie spielen wenig eine Rolle im Hilfesystem.

Durch den sexualpädagogischen Studienschwerpunkt wurden die Themen Familienplanung, Schwangerschaft und Geburt behandelt. Bei dem Studienschwerpunkt wurde die Frage der Probleme und Schwierigkeiten in der Zeit der Schwangerschaft und Geburt bearbeitet. Davon ausgehend entwickelte sich das Thema dieser Bachelorarbeit. Beschäftigt hat die Verfasserinnen die Frage, wie die Hilfen bei Schwangerschafts- und Wochenbettdepression aussehen. Zudem interessiert, wie Sozialarbeiter_innen Betroffene und Angehörige unterstützen, begleiten und gemeinsame Hilfsangebote zur Überwindung der Krankheit durch Sozialarbeiter_innen verknüpft werden können.

In dieser Arbeit wird Wert auf die Sensibilisierung des Themas gelegt sowie auf die Integration der Angehörigen in das Hilfesystem für Betroffene.

Ziel dieser Bachelorarbeit ist, einen Leitfaden für Sozialarbeiter_innen im Umgang mit Angehörigen und Betroffenen sowie Infomaterial für verschiedene Interessenten zu der oben genannten Problematik zu entwickeln. Die meiste Fachliteratur bezieht sich auf Handlungsvorschläge für Hebammen, Ärzte_innen und Psychologen_innen.

Eine Grundlage zur Erforschung der Handlungsmöglichkeiten für Sozialarbeiter_innen im Umgang mit Schwangerschafts- und Wochenbettdepression, ist die Erläuterung von Begrifflichkeiten wie Baby Blues, Postpartale Psychose und Postpartale Depression. Hierbei werden durch Anne Kühne Gemeinsamkeiten und Unterschiede dargelegt, um falsche Vorstellungen zu oben genannten Begrifflichkeiten zu beseitigen.

Es folgt ein Überblick einzelner Symptome, um eine Erkennung der Krankheit für Angehörige sowie Sozialarbeiter_innen zu ermöglichen.

Einflussfaktoren und Ursachen werden als nächstes betrachtet. In diesem Kapitel werden verschiedene Modelle zur Erklärung von Einflussfaktoren und Ursachen herausgezogen, die auch dazu beitragen Erkrankungsauslöser einzugrenzen.

Im Anschluss widmet sich Marina Hammer den sozialarbeiterischen Unterstützungsmöglichkeiten. Dabei betrachtet die Verfasserin die Behandlung mit Psychopharmaka nicht. In den meisten Fällen wird eine medikamentöse Behandlung empfohlen. In diesem Kapitel wird Wert auf Gesprächs-, Entspannungs- und Verhaltenstherapien gelegt.

Weiterführend folgt eine Skizzierung der Beziehungsgestaltung zwischen Sozialarbeitern_innen und den Klienten_innen. Zudem wird beleuchtet, was Angehörige für ihre Betroffenen tun können und wie sie sich vor einer solchen Erkrankung schützen. Die Arbeit der sozialpädagogischen Fachkräfte mit den Personen aus dem familiären Umfeld der Betroffenen soll ebenso betrachtet werden. Daran schließt sich eine Vorstellung präventiver Angebote an.

Das letzte Kapitel befasst sich mit einem „roten Faden“ für Sozialarbeiter_innen. In diesem bearbeiten die Verfasserinnen, wie Sozialarbeiter_innen Angehörige und Betroffene zusammen in das Hilfesystem integriert werden können, welche Aufgaben entstehen und wie sie Familien unterstützen.

Die Verfasserinnen erarbeiten gemeinsam die Einleitung, den „roten Faden“ für Sozialarbeiter_innen und das Fazit.

Im Fazit werden die Inhalte des Informationsmaterials beschrieben.

2. Begrifflichkeiten

Laut einer Studie der Max-Planck-Gesellschaft München von 2014 leiden 70% der Frauen nach der Geburt ihres Kindes unter einem Stimmungstief (vgl. Max-Planck-Gesellschaft 2017). Aus der Literaturrecherche geht hervor, dass sich Betroffene oft allein mit Ängsten plagen und fürchten sich vor der neuen Verantwortung. Viele Frauen haben Sorge, dass sie keine gute Mutter sein würden. Dazu kommt die Panik einer Stigmatisierung, wenn sie ihre Ängste und Probleme äußern. Zudem werden anstehende Probleme bagatellisiert. Die Mütter bekommen Phrasen gesagt wie „Das wird schon wieder.“ oder „Jede Frau musste da durch und hat es geschafft.“. Die Probleme der Frau werden als normal bezeichnet und meist nicht weiter thematisiert, deshalb eine kurze Klärung von Begriffen, die für diese Arbeit wichtig sein werden.

2.1 Baby Blues

Der Baby Blues steht umgangssprachlich für die „Heultage“. Der Begriff „Heultage“ wird im deutschsprachigen Raum genutzt, jedoch immer mehr abgelöst durch den im Englischen verwendeten Begriff Baby Blues (Rohde 2014; 19).

Bei dem Baby Blues handelt es sich um etwas „Normales“ und entsteht durch den Hormonabfall nach der Schwangerschaft. Dieser verläuft in den ersten drei bis fünf Tagen nach der Entbindung (vgl. Rohde 2014; 16ff.). Die Mütter werden durch Kleinigkeiten zu Tränen gerührt. Statt der erwarteten Freude empfinden sie Müdigkeit und Stress. Sie sind traurig, angespannt und oft gereizt (vgl. Max-Planck-Gesellschaft 2017). Rohde schreibt, dass eine Behandlung nicht benötigt wird. Ruhe, Unterstützung und Verständnis von den Angehörigen reichen meist schon aus. Wenn jedoch die Beschwerden länger als zwei bis drei Tage anhalten, weitere Symptome oder Beschwerden hinzu kommen, sollte eine Depression oder eine Psychose nicht aus dem Blick gelassen werden (vgl. Rohde 2004; 54).

2.2 Postnatal / Postpartal

Die Begriffe werden in der Fachliteratur synonym verwendet. Dabei gibt es Unterschiede zwischen dem englischen und deutschen Sprachraum. „Post“ steht lat. für „nach“, „natus“ für „Geburt“ und „Partus“ für „Entbindung“. Im deutschen Sprachraum verwendet man postpartal, im englischen postnatal (vgl. Rohde 2004; 21). Postnatal bedeutet „ganz korrekt >>nach der Geburt<<, nämlich aus der Sicht des Kindes. In der Praxis wird es aber auch für >>nach der Entbindung<< verwendet.“ (Rohde 2004; 21).

Zudem werden Begriffe wie präpartal oder pränatal und peripartal oder perinatal verwendet. Präpartal bezeichnet die Zeit vor der Geburt und Entbindung (vgl. BZGA 2017a). Der Begriff peripartal beschreibt die Zeit während der Schwangerschaft und der Geburt sowie während des Wochenbettes (vgl. BZGA 2017b). Wie bei dem Begriff postpartal oder postnatal werden die Begriffe peripartal und perinatal sowie präpartal und pränatal synonym genutzt.

2.3 Wochenbettpsychose – Postpartale Psychose

Eine Psychose ist eine Erkrankung der Psyche. Es kommt zu Veränderungen der Selbst- und Außenwahrnehmung. Diese ist begleitet von Sinnestäuschungen, Wahnideen und irrationalen Gedanken. Denken, Fühlen, Verhalten und der Antrieb verändern sich. Symptome können lange vor der entsprechenden Diagnose auftreten. Psychosen entstehen langsam, entwickeln sich schleichend oder brechen plötzlich aus (vgl. Rohde 2004; 22).

Das Wochenbett ist in der Gynäkologie eine begrenzte Zeit, in der sich der Körper von der Schwangerschaft und Entbindung erholt und sich die schwangerschaftsbedingten organischen Veränderungen zurückbilden (vgl. Rohde 2004; 24). Das Wochenbett umfasst 40 Tage. Die 40 ist eine Symbolzahl aus der Religion, wobei sich in dieser Zeit die Mutter-Kind-Bindung entwickeln soll (vgl. BZGA 2017c).

Eine postpartale Psychose, kurz PPP, tritt meist in den ersten zwei Wochen nach der Entbindung auf (vgl. Weimer 2007; 277). Genau betrachtet ist der Begriff postpartale

Psychose fachlich nicht ganz korrekt. Die PPP unterscheidet sich nicht von anderen Psychosen. Es handelt sich um eine Psychose, die postpartal beginnt, deshalb spricht man in der Fachsprache von einer „postpartal beginnenden Psychose“. Im klinischen Alltag kommt es immer wieder zu Verkürzungen des Begriffes, weshalb von der postpartalen Psychose gesprochen wird (vgl. Rohde 2004; 24f.).

2.4 Wochenbettdepression – Postpartale Depression

Depressionen werden im ICD-10 in die affektiven Störungen eingeordnet (vgl. Will 1998; 57). Affektive Störungen sind Veränderungen des Verhaltens und der Stimmung. Erkrankungen der Affektivität können nach langer Beschwerdefreiheit wieder auftreten. Affektive Störungen treten in Episoden auf und werden durch belastende Erlebnisse ausgelöst (vgl. Urbanek 2017). Bei der Depression handelt es sich um einen emotionalen Zustand, bei dem es zu einer Niedergeschlagenheit der Betroffenen kommt. Sie empfinden eine tiefe Traurigkeit. Betroffene haben Gefühle von Wertlosigkeit oder Schuld. Sie ziehen sich oft zurück (vgl. Oberndörfer 2007; 48). Depressive Episoden gehen einher mit der Beeinträchtigung von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl (vgl. Urbanek 2017).

Die postpartale Depression, kurz PPD ist genau wie die PPP ein durch den klinischen Alltag verkürzter Begriff. Sie beschreibt eine Depression die postpartal beginnt. Sie ist nicht von anderen Depressionen zu unterscheiden, da sie durch verschiedene Lebensereignisse auftreten können (Rohde 2004; 24). Die PPD kann sich innerhalb von einem Jahr nach der Geburt zeigen (vgl. Weimer 2007; 258). Sie wird auch „Smiling Depression“ (lächelnde Depression) genannt. Dieser Begriff entstand, weil jeder eine glückliche Mutter erwartet und die Frauen daher ihre Probleme weglächeln wollen (vgl. Hesse 2005; 64).

Eine Schwangerschaftsdepression unterscheidet sich nicht von einer PPD. Der Entstehungsgrund der Schwangerschaftsdepression befindet sich bereits in der Schwangerschaft. Im Folgenden ist die Schwangerschaftsdepression unter der PPD mit eingefasst.

PPP und PPD sind Abkürzungen für die Postpartale Psychose und die Postpartale Depression, beides sind Oberbegriffe, die in verschiedene Typen eingeteilt werden. Für diese Arbeit hat die Typisierung keine Relevanz. Wichtig ist für die Begrifflichkeiten ein Grundverständnis zu entwickeln und die Depression von der Psychose zu unterscheiden. Die spezifischen Diagnosen werden immer von Ärzten_innen getroffen. Die PPP wurde in diese Arbeit aufgenommen, um das Grundverständnis der Begrifflichkeiten zu unterstützen. Die PPP wird bis zum Kapitel Behandlungsmöglichkeiten mit thematisiert, um den Unterschied zu der PPD besser hervorzuheben. Danach werden sich die Verfasserinnen jedoch nur noch auf die PPD beziehen. Für die Tätigkeit der Sozialarbeiter_innen ist es wichtig zwischen PPP und PPD zu unterscheiden. Deshalb folgt im nächsten Kapitel ein Überblick über Symptome.

3. Überblick einzelner Symptome der Postpartalen Psychose und Postpartalen Depression

Im Folgenden soll ein Überblick über ausgewählte Symptome zu PPP und PPD gegeben werden, die in der Fachliteratur als charakteristisch gelten. Symptome und Krankheitsbilder werden von den betroffenen Personen individuell wahrgenommen. Die Diagnose PPP oder PPD kann nur durch eine_n Ärztin_Arzt gestellt werden. Es treten meist Kombinationen von Symptomen auf.

Die PPD „ähneln einem Gelände, das von einem unüberwindlichen Zaun eingegrenzt wird, an dem ein Schild hängt mit der Aufschrift: EINTRITT VERBOTEN FÜR NORMALE KOMMUNIKATION“ (Buijssen 2011; 12).

Bei der PPP ist zu beachten, dass diese mit einem Realitätsverlust verbunden ist (vgl. Weimer 2007; 277).

3.1 Gemeinsame Symptome der Postpartalen Psychose und Postpartalen Depression

Häufig auftretende Symptome der PPP und PPD sind Schlaflosigkeit, Konzentrationsstörung und Angst. Es handelt sich um unspezifische Krankheitssymptome, die unterschiedlich im menschlichen Leben auftreten (vgl. Rohde 2004; 155). Sie können jedoch als „Vorbote“ gedeutet werden.

Angst: Die Angst ist eine subjektive, emotionale Empfindung. Sie kann real oder unreal sein und gehört zum menschlichen Leben. Frauen erfahren in der Schwangerschaft verschiedene reale Ängste, z.B. Angst vor der Entbindung, ob sie in der Lage sind, die neuen Anforderungen zu meistern oder ob sie alles richtig machen und das Kind optimal versorgen können. Diese Ängste können krankhaft werden (vgl. Rohde 2004; 157), und beeinträchtigen die Lebensfreude. Nicht selten prägen sich die realen Ängste einer Schwangerschaft zu Irrealen aus, die sich in Form von Vermeidungshaltungen, Fluchtreaktionen oder Panikattacken äußern (vgl. Weimer 2007; 261; vgl. Rohde 2004; 178). Eine Panikattacke ist eine „anfallsartig auftretende

Angst“ (Rohde 2004; 178). Sie „wird begleitet von körperlichen Erscheinungen wie etwa Herzrasen, Zittern, Schweißausbrüchen usw.“ (Rohde 2004; 178).

Konzentrationsstörung: Eine Konzentrationsstörung gehört zu den Frühsymptomen. Diese können als „Begleiterscheinung von körperlichen Erkrankungen [...] auftreten“ (Rohde 2004; 175). Betroffenen fällt es schwer ihre Gedanken zu ordnen oder sich auf etwas zu fokussieren (vgl. Rohde 2004; 175).

Schlafstörung: Schlafstörungen sind erhebliche Abweichungen vom normalen Schlafrhythmus, die sich als Einschlaf- oder Durchschlafstörung äußern. Als Hinweis auf eine PPP oder PPD werden sie kaum wahrgenommen. Nach der Entbindung eines Kindes fällt eine Schlafstörung selten auf, da sich die Lebenssituation verändert hat und die Frau sich auf die neue Situation einstellen muss (vgl. Rohde 2004; 181). Bei den Betroffenen kreisen die Gedanken um das Wohl des Kindes, ob es ruhig schläft und satt ist (vgl. Weimer 2007; 260).

Neben vorangegangenen beschriebenen Symptomen benötigen suizidale Gedanken, Antriebslosigkeit und (fehlende) Krankheitseinsicht eine besondere Aufmerksamkeit und Fürsorge. Sie gehören zu den gefährlichsten Symptomen einer PPP oder PPD.

Suizidale Gedanken: Die Gedanken kreisen anfangs nicht direkt um den Freitod, sondern, wie es wäre jetzt durch eine schwere Krankheit zu sterben. Dies kann abrupt oder langsam übergehen zu dem konkreten Gedanken an den Freitod (vgl. Rohde 2004; 183). „Wichtig ist zu wissen, dass von einem gewissen Punkt an auch der Gedanke an die Familie oder religiöse Überzeugungen keine Schutzfunktion mehr haben.“ (Rohde 2004; 183). Betroffene wollen ihre Probleme, Sorgen, Ängste und Hoffnungslosigkeiten hinter sich lassen oder sich mit bereits Verstorbenen wieder vereinen (vgl. Oberndörfer 2007; 85). Leider können diese Gedanken auch zu einem ernstem Suizidversuch führen, dies ist aber bei der PPD extrem selten. Rohde schreibt in ihrem Buch, dass eine sehr hohe Verantwortung bei den Angehörigen und dem sozialen Umfeld liegt. Diese können jedoch eine Gefährdung oder Nicht-Gefährdung meist nicht einschätzen, hier muss immer medizinisches Fachpersonal entscheiden (Rohde 2004; 166). Die Verfasserin dieses Abschnittes meint aufgrund der Literaturrecherche, dass Angehörige

in dieser Situation unter sehr starkem Druck stehen. Sie haben unglaubliche eigene Ängste und die Sorge ihren Angehörigen zu entmündigen oder zu verlieren.

Antriebslosigkeit/Antriebssteigerung: Dieses Symptom ist für PPP und PPD zu unterscheiden. Bei der PPD kommt es zu einer Antriebsminderung und bei der PPP zur Antriebssteigerung. Die Antriebsminderung äußert sich durch eine Minderung der Energie, die sich durch Lustlosigkeit oder Interessenlosigkeit äußern kann. Energiemangel allein sollte nicht als krankhaft gewertet werden, da sich jeder Mensch nach einer extremen Belastung in einem Leistungstief befinden kann (vgl. Rohde 2004; 158). Die Betroffenen benötigen früh lange, um in den Tag zu starten. Dies wird über den Tag besser. Am Abend sind sie unruhig und brauchen lange, um zur Ruhe zu kommen. Sie müssen sich zu Dingen „aufraffen“, die sie sonst gern tun. Sie müssen sich „antreiben“, alltägliche Aufgaben zu erledigen.

Die Antriebssteigerung wird von Betroffenen und Angehörigen nach der Entbindung oder auch schon während der Schwangerschaft als ein Zeichen der Freude gedeutet. Dies kann aber fließend zu einem Krankheitswert übergehen. Betroffene Mütter machen unzählige Pläne ohne diese bis zum Schluss zu durchdenken. Sie beginnen viele Dinge gleichzeitig (vgl. Rohde 2004; 158).

(Fehlende) Krankheitseinsicht: Bei der PPD begreifen Betroffene nicht, dass sie Hilfe benötigen. Sie sind der Meinung, sie leiden an Einbildung, haben charakterliche Defizite und sind eine schlechte Mutter. Die fehlende Krankheitseinsicht äußert sich bei PPP-Betroffenen mehr durch eine Hochstimmung. Sie fühlen sich so, als könnten sie alles schaffen und hätten sich nie wohler gefühlt. Die Fehleinschätzungen äußern sich auch durch Wahnideen. Betroffene meinen, sie wären in einer anderen Welt und Menschen, die ihnen ihre Lage erklären, um zu helfen, würden ihnen etwas Böses antun wollen. Wichtig ist zu wissen, dass nur das Umfeld Krankhaftes erkennt. Die Schwere der Depression oder Psychose beeinflussen das Krankhafte. In bestimmten Fällen müssen Angehörige über den Kopf des_der Betroffenen hinweg entscheiden und die Vorstellung bei Ärzten_innen einleiten (vgl. Rohde 2004; 167f.).

3.2 Spezifische Symptome der Postpartalen Psychose

Für die PPP hat die Verfasserin charakteristische Symptome anhand der Fachliteratur ausgewählt. Es sind Euphorie/Erregbarkeit, Aggressivität, Beeinflussungserlebnisse, Halluzinationen und Wahn.

Euphorie/Erregbarkeit: Euphorie ist eine Form der Hochstimmung. Sie ist das Gegenteil von Traurigkeit. Wenn kein Grund für eine solche Hochstimmung vorliegt und dauerhaft eine euphorische Stimmung anhält, kann sie als Krankhaft angesehen werden (vgl. Rohde 2004; 167). Betroffene können sich nur schwer beherrschen, sie sind sehr schnell gereizt und werden von ihrer Umgebung als „Dauernörgler“ beschrieben (vgl. Buijssen 2011; 30f.). Die Betroffenen haben ein dünnes „Nervenkostüm“, sind sehr „dünnhäutig“, regen sich über alles und jeden auf und beschweren sich bei jedem über alles und jeden. Sie zeigen häufig ein unpassendes Verhalten, lachen bei unpassenden Situationen und haben kein oder nur gemindertes Distanzempfinden, so dass das soziale Umfeld eingrenzend einwirken muss (vgl. Weimer 2007; 259f.).

Aggressivität: Die Aggressivität ist die Bereitschaft für ein negatives Verhalten gegenüber anderen Personen oder Gegenständen. Bei Personen mit PPP ist diese deutlich intensiver als eine „normale“ Aggressivität. Sie kann eine Folge von Beeinflussungserlebnissen sein, denn viele Betroffene sind sich sicher, dass sie zum Beispiel verfolgt werden. Bei einer Wochenbettpsychose richtet sich die Aggressivität auch gegen das eigene Kind (vgl. Rohde 2004; 156f.).

„Beispielsweise dann, wenn das Neugeborene in die wahnhaften Überzeugungen einbezogen ist, [...], dass das Kind gegen das Kind eines Teufels ausgetauscht wurde“ (Rohde 2004; 157).

Beeinflussungserlebnisse: Rohde beschreibt dies als eine Ich-Erlebnis-Störung. Diese kann sich durch Gedankenbeeinflussung und körperliche Beeinflussung äußern. Betroffene sind nicht mehr in der Lage sich von der Umwelt abzugrenzen. Sie haben das Gefühl, alles dringt auf sie ein. Bei der Gedankenbeeinflussung haben Betroffene das Gefühl, ihre Gedanken gehören nicht mehr ihnen, sie seien ungeschützt und andere Personen lesen ihre Gedanken. Bei der körperlichen Beeinflussung haben die

Betroffenen das Gefühl, ihr Körper sei fremdgesteuert. Sie denken, sie hätten keinen Einfluss auf ihre Bewegungen oder über ihre Gefühle, wie zum Beispiel bei Schmerzempfindungen. Manche sind der Meinung, sie seien manipuliert worden (vgl. Rohde 2004; 160). „Als Quelle solcher von außen gesteuerter Körperwahrnehmungen können sowohl andere Menschen als auch Apparate >>verdächtig<< werden.“ (Rohde 2004; 160f.).

Halluzinationen: Halluzinationen sind Sinnestäuschungen. Betroffene sehen, zum Beispiel Personen im Zimmer, die gar nicht anwesend sind. Halluzinationen können akustisch, optisch, olfaktorisch (Geruch), gustatorisch (Geschmack) und taktil (über den Körper/ durch Berührungen) auftreten. Sie können von Außenstehenden nicht beurteilt werden. Sätze wie „Das bildest du dir nur ein.“ sind unangepasst. Nach einer Entbindung treten Halluzinationen sehr häufig auf (vgl. Rohde 2004; 170ff.).

Wahn: Psychiater_innen sprechen von Wahn, wenn drei Kriterien vorliegen: Die Gedanken haben einen irrealen Inhalt, sie sind unkorrigierbar und die Betroffenen sind von ihren Ideen absolut überzeugt (vgl. Rohde 2004; 185). Werden zum Beispiel Betroffene durch Komplikationen bei der Geburt von ihrem Kind getrennt, denken sie, es sei verstorben. Wird dann das Kind zurückgebracht, sind sie der Meinung, es sei das Kind einer anderen Frau, die kommen wird um es zu holen. Einige Frauen sind überzeugt, dass sie „außerwählt“ sind. Sie glauben, sie stehen mit Gott in Kontakt und haben seinem Kind das Leben geschenkt. Dieser Glauben wird begleitet von Euphorie und Größenwahn (vgl. Weimer 2007; 278f.).

3.3 Spezifische Symptome der Postpartalen Depression

Aus der umfangreichen Palette charakteristischer Symptome, die in der Fachliteratur für eine PPD angeführt sind, hat sich die Verfasserin auf die depressive Verstimmung, Appetitminderung, Hoffnungslosigkeit und das Grübeln konzentriert.

Depressive Verstimmung: Sie äußert sich bei Betroffenen durch eine bedrückte Stimmungslage und äußert sich am häufigsten durch Weinen. Es gilt auch als Leitsymptom für die PPD. Weinen ist hier ein Ausdruck der Traurigkeit und diese geht

deutlich über ein „normales“ Maß hinaus. Betroffene erleben sie auch körperlich, zum Beispiel „als Kloßgefühl im Hals oder als Engegefühl in der Brust.“(Rohde 2004; 163) Das häufige Weinen kann durch eine Verschlechterung der Depression aufhören. Die Betroffenen können dann nicht mehr weinen. Sie empfinden den Zustand als „innere Starre“ oder beschreiben ihn als „Gefühllosigkeit“. Dies „ist für sie selbst schwerer zu ertragen als häufiges Weinen“ (Rohde 2004; 163). Das häufige Weinen kann wieder kommen, wenn sich die depressive Person auf dem Weg der Besserung befindet. Angehörige aber fassen das schnell als Verschlechterung des Zustandes der Betroffenen auf. Für Betroffene ist es jedoch eine Erleichterung, wenn das Empfinden der „Gefühllosigkeit“ nachlässt (vgl. Rohde 2004; 163). Betroffene verstehen ihre Gefühle selbst nicht, sie würden sich lieber freuen, statt zu weinen (vgl. Weimer 2007; 259).

Appetitminderung: Die Appetitminderung gehört zu den ersten Symptomen, oft verbunden mit einer größeren Gewichtsabnahme. Als Leitsymptom für eine PPD ist die Appetitminderung nicht geeignet, weil viele Frauen nach der Schwangerschaft zu ihrer alten Figur zurück wollen. Wichtig für das Erkennen von Krankhaftem ist die Selbsteinschätzung der Betroffenen, ob sie sich zum Beispiel zum Essen zwingen müssen (vgl. Rohde 2004; 159). „Auch aus der Vorgeschichte bekannte Essstörungen können wieder auftreten und eine Verschlechterung des psychischen Befindens signalisieren.“ (Rohde 2004; 160). Es kann auch zu einer Appetitssteigerung kommen. Die betroffene Person versucht dann, die innere Leere durch Essen zu füllen (vgl. Buijssen 2011; 23).

Hoffnungslosigkeit: Bei einer Hoffnungslosigkeit empfinden Betroffene keine Freude mehr, ihnen ist alles gleichgültig. Sie ist nicht mit Trauer vergleichbar. Betroffene haben keine Wünsche mehr (vgl. Buijssen 2011; 15ff.). Für ihre Zukunft sehen sie nur noch „schwarz“ und erwarten für sich und ihre Familie nichts Gutes. Dieses Denken kann ein Anzeichen für Suizidalität sein und sollte ernst genommen werden. Durch die ständig „schlechten“ Gedanken besteht die Gefahr der Selbsttötung. Angehörige sowie das erweiterte soziale Umfeld sollten Kontakt mit einem_r Arzt_Ärztin aufnehmen (vgl. Rohde 2004; 172f.).

Grübeln: Grübeln ist ein permanentes Nachdenken und äußert sich „durch ein zwanghaftes Zurückkehren zu dem immer wieder gleichen Thema; die Gedanken laufen praktisch im Kreis, es ist nur eine ganz kurzfristige oder überhaupt keine Ablenkung möglich.“(Rohde 2004; 169). Das Gedankenkreisen hält den ganzen Tag an, es kommt immer wieder. Meistens setzt das Grübeln schon am Morgen ein, manchmal sogar schon eher (vgl. Buijssen 2011; 34). Die Gedanken der Mutter richten sich dabei auf sich selbst und ihr Kind mit Fragen wie „Bin ich eine gute Mutter für das Kind?“ oder „Versorge ich mein Kind gut?“ (vgl. Rohde 2004; 169).

Zusammenfassend lässt sich sagen, die Symptome von PPD und PPP ähneln sich teilweise. Es gibt Symptome, die sowohl bei der PPP als auch der PPD auftreten. Einige Symptome sind charakteristisch für eine PPP oder PPD. Nicht jede Gefühlsäußerung kann sofort als ein Symptom von PPP oder PPD gewertet werden.

Die Verfasserin vermutet das Angehörige merken, wenn mit den Betroffenen etwas nicht stimmt und machen sich Sorgen. Sie können nicht über Gefährdung und Nichtgefährdung entscheiden und schlagen meist als Erstes vor professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, notfalls auch ohne Zustimmung der betroffenen Person.

Für Sozialarbeiter_innen ist es wichtig einen Überblick von Symptomen der PPP und PPD zu haben um Angehörigen erklären zu können, warum der Betroffene zum Beispiel immer weint. Der_die Sozialarbeiter_in kann erklären warum sich die PPD nicht verschlechtert, obwohl die betroffene Person wieder anfängt mit Weinen. Durch das eigene Verständnis für die Symptome können die Sozialarbeiter_innen die Angehörigen unterstützen die Situation besser zu verstehen.

4. Ursachen & Einflussfaktoren der Postpartalen Psychose und Postpartalen Depression

In diesem Kapitel wird auf Einflussfaktoren und Ursachen eingegangen. Eine konkrete Ursache für eine Depression oder Psychose kann nicht benannt werden. Vielmehr gibt es verschiedene Erklärungsmodelle.

Als eine Ursache für eine PPP oder PPD wird der drastische Hormonabfall von Östrogen und Progesteron nach der Entbindung beschrieben. Durch andere Einflussfaktoren, die im Folgenden beschrieben werden, fühlen sich viele Frauen schon am Ende ihrer physischen und psychischen Kräfte (vgl. Rohde 2004; 36).

4.1 Die multifaktorielle Verursachung durch psychische, physische und soziale Faktoren

In der Fachliteratur spricht man von einer multifaktoriellen Verursachung. Betroffene werden von verschiedenen Faktoren beeinflusst (vgl. Rohde 2004; 33f.).

Diese lassen sich in psychische, physische und soziale einordnen. Beispiele für psychische Faktoren können sein, dass die Mutter sehr große Erwartungen an sich stellt und sich dadurch zusätzlichem Stress aussetzt oder die Mutter hat Schuldgefühle gegenüber ihrem Kind. Sie meint eine schlechte Mutter zu sein, weil zum Beispiel die Muttergefühle fehlen.

Zu physischen Faktoren gehört zum Beispiel die Vorgeschichte. Die Vorgeschichten umfassen zum Beispiel eine strenge Erziehung im eigenen Elternhaus oder die Tatsache, dass die Mutter früher schon einmal an einer psychischen Erkrankung litt oder in der Familie psychische Erkrankungen vorhanden sind (vgl. Rohde 2004; 34.).

Riecher-Rössler schreibt in ihrem Buch, dass „etwa ein Drittel bis die Hälfte aller Frauen mit postpartaler Depression schon vor oder in der Schwangerschaft an einer Depression gelitten“ (Riecher-Rössler 2012; 54) haben. „70% der Frauen haben mindestens einen Familienangehörigen ersten Grades mit einer psychischen Erkrankung.“ (Riecher-Rössler 2012; 54).

Soziale Faktoren beinhalten beispielsweise die Partnerschaft oder Freundschaften. Durch die Geburt des Kindes steht dessen Versorgung im Vordergrund, weshalb sich die Partnerschaft verändert. Die Paarbeziehung kann nicht mehr so intensiv wie vorher wahrgenommen werden. Bei Freundschaften müssen Abstriche gemacht werden.

Je mehr belastende Faktoren zusammen kommen, desto mehr führen diese gegebenenfalls zu einer psychischen Störung. Es ist vergleichbar mit einer Spirale, die nach innen immer enger wird (siehe Anhang 1). Bei einer psychischen Erkrankung spielen Lebensstandard, Geschlecht, Alter, sozio-ökonomische Faktoren, Stress und Familie ebenfalls eine Rolle (vgl. Hautzinger 1998; 13ff.). Durch den Hormonabfall von Östrogen und Progesteron wird die Spirale weiter verengt (vgl. Rohde 2004; 36).

4.1.1 Vulnarabilitäts – Stress – Modell

Wie Psychosen genau entstehen ist bislang noch nicht geklärt. Als gesichert gilt, es sind multifaktorielle Verursacher, die für die Entstehung einer Psychose, wie für eine Depression verantwortlich sind (vgl. Monks - Ärzte im Netz GmbH 2017). Zu der multifaktoriellen Verursachung gehört das Vulnerabilitäts-Stress-Modell. *Vulnus* kommt aus dem Lateinischen und bedeutet Wunde. Bei dem Modell geht es um die Verletzlichkeit des Menschen. Sie wird verglichen mit einem Fass, wobei die belastenden Situationen den Wasserspiegel darstellen und das Fass möglicherweise zum Überlaufen bringen können. Bei jedem Menschen ist das Fassungsvermögen unterschiedlich groß und somit auch die Belastbarkeit. Bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung ist die Vulnerabilität erhöht und ihr Fass hat ein geringeres Fassungsvermögen. Das Modell wird in der klinischen Psychologie genutzt und hilft, die Grenzen für eine Person individuell zu erfassen (vgl. MEDICLIN 2017).

4.1.2 Multifaktorielle Depressionsmodell

Für depressive Erkrankungen wurde das multifaktorielle Depressionsmodell entwickelt. Im Folgenden wird dieses Modell aus dem Buch von Hautzinger, Stark und Treiber erklärt.

Soziale und psychische Prozesse werden in ihrem Zusammenhang beleuchtet, sowie Auslöser und kognitive Prozesse beschrieben. Das multifaktorielle Depressionsmodell nennt sieben Prozesse, die zu einer Depression führen können (siehe Anhang 2). A; Vorausgehende Bedingungen, auslösende Ereignisse: Dazu gehören stressreiche und kritische Erlebnisse aus der Vergangenheit, die wieder auftreten und die Depression entstehen lassen. B; Unmittelbare emotionale Reaktionen, automatisierte Verhaltensmuster, Gedächtniszugang: Durch die Vorgeschichte und belastende Erlebnisse wird die Depressionsentwicklung in einen Prozess gebracht. Es werden spontan belastende Erinnerungen hervorgerufen. C; Zunahme der Selbstaufmerksamkeit, Focus nach innen: In manchen Fällen werden Bewältigungsmechanismen aktiviert, aber in den meisten kommt es zu einer selbstkritischen Betrachtung der eigenen Situation. Dadurch wird die Blockierung der Verhaltensabläufe weiter vorangetrieben. Außerdem werden Emotionen intensiviert, die die eigene Handlungsfähigkeit einschränken. D; Negative Diskrepanzen, Zunahme an aversiven Bedingungen, Abnahme an Positivem: Durch die Vorgeschichte aus A und die zunehmende Selbstaufmerksamkeit aus C kommt es zu einer Verringerung der positiven Erfahrungen. E; Dysphorische Stimmung: Durch den weiteren Einfluss der verschiedenen Faktoren wird die betroffene Person oft als missgelaunt oder verstimmt wahrgenommen. Die Unzufriedenheit nimmt zu und die Betroffenen sind schnell reizbar. F; emotionale, psychomotorische, kognitive, motivationale, interpersonale Konsequenzen: Durch die vorherigen Faktoren bilden sich Symptome heraus und die Situation verschlechtert sich. G; chronischer Stress, persönliche Bedingungen, Prädispositionen, Vulnerabilitäten, Immunitäten: Durch verschiedene Einflussfaktoren, wie das familiäre Umfeld, Stress, die eigene Geschichte, das Geschlecht oder die eigene Persönlichkeit kommt es zu einer weiteren Verschlechterung. Der Prozess wird dadurch angetrieben und verstärkt. Es entsteht ein „Teufelskreis“. Durch Bewältigungsstrategien und Lösungsfähigkeiten können positive Erfahrungen gesammelt werden, der

Chronifizierung wird entgegengewirkt und der Prozess aufgehalten (vgl. Hautzinger, Stark, Treiber 2000; 14ff.).

Um die oben genannte Theorie zu verdeutlichen wird im Anschluss ein Beispiel beschrieben. Bei Frauen mit einer PPD kann der Einstieg bei Faktor A, (Vorausgehende Bedingungen, auslösende Ereignisse), zum Beispiel darin liegen, dass sie früher bereits einmal an einer Depression litt oder in ihrer Familie jemand ist, der die Depressionsprobleme aufweist. Dies kann bei Faktor B, (Unmittelbare emotionale Reaktionen, automatisierte Verhaltensmuster, Gedächtniszugang), zum Beispiel durch eine Entbindung ausgelöst werden, die nicht wie gewünscht erlebt wurde oder durch Komplikationen gekennzeichnet war. Der starke Hormonabfall nach der Schwangerschaft kann den Vorgang verstärken und zu den Faktoren von C, (Zunahme der Selbstaufmerksamkeit, Focus nach innen) führen. Das heißt die Mutter betrachtet ihre eigene Situation ständig kritisch und wird somit in ihren Handlungen eingeschränkt. Ihre Gedanken kreisen immer im negativen Sinn um ihren Zustand. Hierbei entwickelt sich Faktor D, (Negative Diskrepanzen, Zunahme an aversiven Bedingungen, Abnahme an Positivem). Die Frau erfährt immer weniger positive Erfahrungen und es entwickelt sich Faktor E, (Dysphorische Stimmung). Die Frau ist oft missgelaunt, sie empfindet keine Freude an und in ihrer neuen Rolle. Bei Faktor F, (emotionale, psychomotorische, kognitive, motivationale, interpersonale Konsequenzen), bilden sich die Symptome einer Depression heraus. Diese werden von den Angehörigen und dem sozialen Umfeld wahrgenommen. Bezugspersonen haben in einer früheren Phase bereits bemerkt, dass bei dem Angehörigen oder Freund_in nicht vorher gekannte Verhaltensweisen auftreten. Alles wird meist auf die neue Situation geschoben. Das Umfeld der Frau glaubt, sie müsse sich erst an das Mutter - Dasein gewöhnen. Mögliche Symptome wurden in Kapitel 3 beschrieben. Bei Faktor G, (chronischer Stress, persönliche Bedingungen, Prädispositionen, Vulnerabilitäten, Immunitäten) kommt es zu einer Chronifizierung. Meist empfinden betroffene Personen keinerlei Freude in ihrer Situation. Sie fühlen sich hilflos. Manche Frauen haben den Gedanken alles zu beenden und sich und ihre Lieben aus dieser Situation zu befreien. Durch das soziale Umfeld sowie Angehörige können sich die Frauen helfen lassen. Erfolgt rechtzeitig Hilfe kann die Frau Bewältigungsmechanismen erlernen und eine Chronifizierung verhindern.

In das multifaktorielle Depressionsmodell spielt die Hilflosigkeitstheorie mit hinein. Diese besagt eine Depression wird ausgelöst, wenn eine extreme Hilflosigkeit vorliegt. Diese Hilflosigkeit ist „erlernt“, die Betroffenen haben in ihrem Leben die Erfahrung gemacht, dass sich in ihrem Leben nichts verändert oder verbessert. Dies kann die PPD begünstigen, wenn bei den Frauen das Selbstvertrauen nicht mehr vorhanden ist und sie zweifeln immer an sich selbst (vgl. Oberndörfer 2007; 50f.).

4.2 Konzept der Salutogenese

Franke beschreibt in ihrem Buch das Konzept der Salutogenese. Dieses wurde von Aaron Antonovsky entwickelt und besagt, Gesundheit und Krankheit gehören zum Leben eines Menschen. Der Mensch muss sich an verschiedene Umstände im Leben anpassen und ist verschiedenen Stimuli ausgesetzt. Diese muss er im gesamten Leben bewältigen. Antonovsky vergleicht dies mit einem Fluss, in dem alle Menschen schwimmen. Der Fluss hat Stromschnellen und verschiedene Fließgeschwindigkeiten. Einige Menschen kommen ohne fremde Hilfe wieder an das Ufer und andere benötigen dafür Hilfe. Krankheit ist also ein Bestandteil des menschlichen Lebens. Jeder Mensch schwimmt in einem individuellen Fluss und wird beeinflusst durch Alter, Geschlecht, soziale und kulturelle Schicht. Niemand kann den Fluss ohne Probleme durchqueren und niemand ist immer nur am Ufer. Es stellt sich die Frage, wie einige Menschen ohne weitere Probleme das Ufer erreichen und wie andere hingegen immer wieder um ihr Leben kämpfen müssen (vgl. Franke 2008; 158f.). Daraus abgeleitet fragt Antonovsky, wie Menschen gesund bleiben. Er entwickelte das HEDE-Kontinuum.

„Antonovsky bezeichnet die Endpunkte des Kontinuums als <<health-ease>> und <<dis-ease>>, weshalb er das Kontinuum HEDE-Kontinuum nennt. Dieses Wortspiel lässt sich im Deutschen am ehesten mit <<Gesundheit>> und <<Ent-Gesundheit>> übersetzen“ (Franke 2008; 160).

Der Mensch, so die Theorie, bewegt sich auf dem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit. Um zu bestimmen, wo sich der Mensch gerade befindet, werden subjektive und objektive Faktoren beachtet. Objektive Faktoren sind zum Beispiel psychologische oder medizinische Befunde, subjektive Faktoren das Schmerzerleben.

In der Salutogenese ist die Krankheit ein Prozess, der zur Geschichte des Menschen gehört. Dieser Prozess lässt sich nur verstehen, wenn der Mensch in seiner Gesamtheit gesehen wird. Es werden seine gesunden Anteile betrachtet. Stressoren sind verantwortlich, wo sich der Mensch auf dem Kontinuum bewegt. Antonovsky ist dabei der Auffassung, dass Stressoren eine Anforderung an den Organismus sind und dieser nicht direkt reagieren kann. Stressoren sind in der Salutogenese nichts schlechtes, wenn sie bewältigt werden können. Sie tragen dann zur Gesundheitsförderung bei (vgl. Franke 2008; 160). Dafür entwickelte Antonovsky Widerstandsressourcen. Diese beeinflussen, wie der Mensch mit den Stressoren umgeht und in welcher Dauer er ihnen gewachsen ist, egal, ob er mit ihnen umgehen oder sie vermeiden kann (vgl. Franke 2008; 161).

Widerstandsressourcen sind gesellschaftlich und individuell. Gesellschaftliche Widerstandsressourcen sind beispielsweise Sozialstrukturen, gesellschaftliche Netze oder Frieden. Individuelle Widerstandsressourcen werden unterteilt in kognitive, psychische, physiologische, ökonomische und materielle Ressourcen. Dazu gehören geistige, körperliche Fähigkeiten, Selbstvertrauen, Arbeitsplatz, Geld und Sicherheit. Wenn Personen ausreichend Widerstandsressourcen besitzen, so können sich Stressoren nicht gesundheitsschädlich auswirken. Die Person erlebt immer wieder, dass sie den Problemen nicht hilflos gegenüber steht, sondern sie bewältigen kann (vgl. Franke 2008; 161f.).

Umso häufiger dies geschieht, umso mehr wird die Person verstehen, was in der Umwelt geschieht und welche Anforderungen an sie gestellt werden. Daraus entwickelte Antonovsky den Begriff Kohärenzgefühl. Das Gefühl entscheidet darüber, wo sich der Mensch im Kontinuum Krankheit-Gesundheit befindet. Das Kohärenzgefühl besteht aus drei Teilen, der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit (vgl. Franke 2008; 162). Bei der Verstehbarkeit werden die wahrgenommenen Stimuli als sinnhaft verstanden. Wenn Personen ein hohes Maß an Verstehbarkeit haben, werden die zukünftigen Stimuli besser verarbeitet, unerwartete und überraschende Stimuli können eingeordnet werden. Sie können erklärt werden (vgl. Franke 2008; 162f.). Die Handhabbarkeit charakterisiert, welche Ressourcen die Person hat, um den Anforderungen gegenüberzutreten. Eine hohe Handhabbarkeit bewirkt, dass

der Mensch sich nicht „unterkriegen“ lässt. Die Person fühlt sich nicht ungerecht behandelt vom Leben oder lässt sich in eine Opferrolle drängen. Bei unangenehmen Situationen können sie sich neu orientieren, trauern nicht die ganze Zeit oder fühlen sich benachteiligt. Dabei nutzen die Personen mit einem hohen Maß von Handhabbarkeit nicht nur ihre eigenen Ressourcen, sie vertrauen auch auf die Ressourcen von nahestehenden Personen. Dafür schuf Antonovsky den Begriff der „legitimierten anderen“. Einer Person, der man vertraut und das Recht gibt in deren Namen zu handeln (vgl. Franke 2008; 163). In der Bedeutsamkeit wird das Maß so beschrieben, wie sinnvoll man das Leben erlebt, ob sich Problemen und Anforderungen gestellt wird, sowie das Einschätzen darüber. Ein hohes Maß davon bewirkt, dass Personen Anforderungen und Aufgaben nicht als Last empfinden, viel mehr als eine Herausforderung. Nach Antonovsky ist dies der wichtigste Teilaspekt des Kohärenzgefühls. Wenn es keinen Bereich des Lebens gibt, in dem die Person sich als wichtig empfindet oder sie sich als austauschbar fühlt, dann ist das Kohärenzgefühl eher gering (vgl. Franke 2008; 163).

Um ein starkes Kohärenzgefühl auszubilden benötigt der Mensch die Erfahrung sein Leben ist nicht chaotisch, er ist den Herausforderungen gewachsen. Hierzu sind drei Erfahrungen wichtig. Als erste ist die Erfahrung, dass Abläufe unter anderen Bedingungen ähnlich ablaufen und sich wiederholen. Beziehungen können schwierige Zeiten überdauern. Eine konsistente Lebenserfahrung trägt zur Ausbildung der Verstehbarkeit bei. Die zweite Erfahrung bedeutet, die Person nimmt Einfluss auf die Umwelt, das heißt die Person kann mitgestalten, und dies trägt zu Ausbildung der eigenen Bedeutsamkeit bei. Als dritte Erfahrung, ist es wichtig die Balance zwischen Über- und Unterforderung zu finden. Der Mensch darf nicht einer ständigen Über- oder Unterforderungen ausgesetzt sein. Das Spüren einer Balance zwischen Über- und Unterforderung ist wichtig für die Handhabbarkeit (vgl. Franke 2008; 163f.).

Aus der Quelle leitet die Verfasserin ab, dass das Kohärenzgefühl sich somit auch zur Erklärung psychischer Probleme nutzen lässt. Wenn das Kohärenzgefühl sehr gering ausgebildet ist, empfindet sich der Mensch als unnützlich. Die Person kann in Gedanken der Hilflosigkeit versinken oder nimmt die Welt falsch wahr. Befinden sich Personen in einer solchen Situation können sie einen Fragebogen zum Kohärenzgefühl ausfüllen

(siehe Anhang 3). Dieser Fragebogen dient der Orientierung, ist jedoch keine Diagnostizierung.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es für psychische Erkrankungen verschiedene in einander greifende Erklärungsmodelle gibt.

5. Sozialarbeiterische Unterstützungsmöglichkeiten für Betroffene mit Postpartaler Depression

Die folgenden fünf Hürden, die Buijssen in seinem Buch beschreibt, müssen von Betroffenen überwunden werden, um Heilung zu erfahren. Dabei können Sozialarbeiter_innen unterstützend wirken.

Auch Sozialarbeiter_innen mit entsprechender Zusatzqualifikation dürfen die später erklärten Verfahren und Methoden zur Behandlung einer PPD anwenden. Dies gilt für den ambulanten und stationären Bereich wie zum Beispiel in Mutter-Vater-Kind-Einrichtungen, Krankenhäusern für Psychiatrie und Psychosomatik sowie für Tageskliniken und Beratungsstellen.

Sozialarbeiter_innen zeigen Betroffenen und Angehörigen Angebote auf und suchen gemeinsam mit ihnen nach dem Richtigen. Der_die Sozialarbeiter_in kann die Familie bei dem ersten Termin mit dem_der Psychotherapeuten_in begleiten und sie unterstützen.

5.1 Behandlungsphasen

Betroffene einer PPD durchlaufen meist einen langen Leidensweg. Sie müssen erst selbst ihr Krankheitsbewusstsein aufbauen, Strategien entwickeln, diese umsetzen und dabei lernen, wie sie mit der Krankheit umgehen, um wieder Glück und Freude in die Familie einziehen zu lassen.

Im Folgenden beschreibt die Verfasserin die Behandlungsphasen nach Buijssen, da er diese kurz und deutlich darstellt.

Die erste Hürde ist ein Krankheitsbewusstsein zu erlangen oder das Krankheitsbewusstsein zu verstärken (vgl. Buijssen 2011; 110). Das Krankheitsbewusstsein ist ein Gefühl von Kranksein und negativer Veränderung. Für viele Betroffene und Außenstehende ist es schwer einzusehen, dass wahrscheinlich eine psychische Erkrankung vorliegt. Viele schieben die Denk- und Gefühlsveränderungen

auf die Schwangerschaft und die damit entstehenden Hormone, die im „Körper verrücktspielen“. Zudem besteht oft die Hoffnung, dass die Veränderung nach der Schwangerschaft beendet ist. Viele Betroffene befinden sich zudem in einem inneren Widerspruch mit sich selbst und der psychischen Erkrankung. Es entstehen Wünsche und Fragen, wie „Ich will wieder normal sein.“, „Ich möchte mein altes Ich wieder haben.“ oder „Warum musste mir das passieren?“. Wichtig ist immer die Einsicht, dass Betroffene an einer psychischen Erkrankung leiden und diese auch akzeptieren (vgl. Buijssen 2011; 41f.). Bagatellisieren sollten Außenstehende die Erkrankung durch Sätze wie „Das wird schon wieder.“ nicht. Haben Betroffene die psychische Veränderung erkannt und akzeptiert, ist es wichtig, sie der Familie zu erklären. Angehörige können zusammen mit den Betroffenen einen Selbsttest durchführen, um die veränderte Stimmungslage der betroffenen Person exakter einzuordnen (vgl. Buijssen 2011; 113). Der bekannteste Test ist die Edinburgh postnatale Depressionsskala, kurz EPDS (siehe Anhang 4).

„Die EPDS ist ein einfaches Screening-Instrument zur Abschätzung des Risikos für die Entwicklung einer peripartalen Depression“ (Ballestrem, Weigle; 113).

Dieser Test soll die „Stimmungslage der letzten sieben Tage erheben“. „Die EPDS stellt keine klinische Diagnose [...] und soll auch nicht als Ersatz für eine psychiatrische Evaluation dienen“ (Marcé Gesellschaft 2017).

Der Test beinhaltet zehn Fragen mit vier Auswahlmöglichkeiten, die die Betroffenen ankreuzen. Die Fragen haben Punkte von null bis drei und werden anschließend addiert. 30 Punkte bedeuten eine sehr schwere psychische Erkrankung und Null keine psychische Erkrankung. Um die Stimmungslage der betroffenen Person deutlicher zu erkennen, soll die EPDS ungefähr sechs bis acht Wochen nach der Geburt erstellt werden. Zwischen den Testeinheiten sollten mindestens zwei Wochen liegen. Da dieser Test variierbar ist, kann er auch schon vor der Geburt durchgeführt werden. Sinnvoll ist zudem, dass Sozialarbeiter_innen den Test innerhalb der ersten 12 Monate nach der Geburt wiederholt vornehmen, um immer wieder eine Rückmeldung der Stimmungslage der Betroffenen zu erhalten. Mit diesem Testverfahren finden Sozialarbeiter_innen Betroffene heraus, die selbstverletzendes Verhalten zeigen oder entsprechende Gedanken haben. Wichtig ist, dass über jede Frage der EPDS gesprochen wird, da die Fragen Interpretationsspielräume bieten. Manche Betroffene geben genau

die erwünschten Antworten, um von den Veränderungen abzulenken (vgl. Marcé Gesellschaft 2017). Hierbei kann der_die Sozialarbeiter_in unterstützen. Zusammen mit ihm_ihr kann der Test besprochen und ausgewertet werden. Der_die Sozialarbeiter_in ist in der Lage zusammen mit den Betroffenen und Angehörigen weitere notwendige Schritte für die Behandlung einzuleiten. Zudem können alle Beteiligten mit dem_der Sozialarbeiter_in über die Gefühls- und Gedankenveränderungen der betroffenen Person sprechen. Da er_sie eine neutrale Person ist, werden neue Blickwinkel und Perspektiven eröffnet, um die Situation für Betroffene und Angehörige verständlich und akzeptabel zu erklären.

Als zweite Hürde bezeichnet Buijssen das Aufsuchen professioneller Hilfe beim_bei Arzt_der Ärztin des Vertrauens (vgl. Buijssen, 2011, S. 115f.). Der Autor des Buches nennt verschiedene Gründe, warum psychisch erkrankte Menschen erst spät Hilfe suchen und schreibt: Betroffene denken, die Probleme gehen von allein wieder weg oder sind unlösbar. Sie möchten ihr Seelenleben nicht offen legen, haben Angst sich unverständlich auszudrücken, sträuben sich professionelle Hilfe anzunehmen und wenn Hilfe angenommen wird, besteht die Angst, dass die Hilfe unnütz ist und zu lange andauert bis sie zum Erfolg führt. Die Betroffenen haben zudem Angst stigmatisiert zu werden und verstecken sich hinter dem Ausredegrund Zeitmangel (vgl. Buijssen 2011; 119). Sie befinden sich im inneren Widerspruch von „Gefühl und Verstand“ (Buijssen 2011; 119) ihres eigenen Kopfes. Daraus leitet die Verfasserin ab das Betroffene und Angehörige meist erste Hilfe in Beratungsstellen suchen, um mit Sozialarbeitern_innen über die Problemlage zu sprechen und die weitere Vorgehensweise mit ihm_ihr zu planen.

Schon in der Entbindungsklinik kann der_die Sozialarbeiter_in den Kontakt zu den Betroffenen und Angehörigen aufnehmen. Ziel ist, dass alle Betroffenen und Angehörigen von den Hilfsangeboten eines_r Sozialarbeiters_in erfahren. Er_sie klärt die Beteiligten über die möglichen psychischen Probleme in und nach der Schwangerschaft auf und zeigt welche sozialpädagogischen Hilfestellungen es gibt. Der_die Sozialarbeiter_in vom Krankenhaussozialdienst kann den Betroffenen und Angehörigen Informationsmaterial, zum Beispiel einen Flyer zum Thema „Schwangerschafts- und Wochenbettdepression“ mitgeben (siehe Kapitel 7). Zudem

kann er_sie die Beteiligten an das zuständige Jugendamt verweisen, da das Jugendamt bestimmte Hilfsangebote bezahlt. Gegebenenfalls kann der_die Sozialarbeiter_in die Betroffenen und Angehörigen zum Ersttermin begleiten und mit ihnen gemeinsam besprechen, welche Hilfe passend ist.

Wichtig ist, dass Betroffene und Angehörige in einen ersten Kontakt mit Sozialarbeitern_innen kommen, um zu wissen welche sozialpädagogischen Unterstützungsleistungen es gibt, wo diese zu beantragen sind und wer sie bezahlt.

Als dritte Hürde bezeichnet Buijssen die Diagnosestellung. Wenn die Betroffenen die zweite Hürde gemeistert haben, steht nun die Diagnosestellung durch den_die Hausarzt_Hausärztin oder Facharzt_Fachärztin an. Da die meisten Hausärzte_innen nicht auf psychische Erkrankungen spezialisiert sind, überprüfen sie gewöhnlich erst alle organischen Funktionen, die ähnliche Symptome hervorbringen, wie sie sich bei psychisch Betroffenen zeigen. Im besten Fall überweist der_die Hausarzt_ärztin nun sofort an eine_n Fachärztin_Facharzt für Psychiatrie, Psychologie, Psychosomatik oder Neurologie. Fachärzte_innen besitzen Spezialwissen auf dem Gebiet der psychischen Erkrankungen und stellen nach verschiedenen Untersuchungen die „richtige“ Diagnose (vgl. Buijssen 2011; 122ff.). Sozialarbeiter_innen unterstützen die Betroffenen und Angehörigen bei der Suche nach dem_der „richtigen“ Therapeuten_in. Durch das aufgebaute Netzwerk des_der Sozialarbeiters_in kann er_sie den Betroffenen und Angehörigen verschiedene Fachärzte_innen nennen und sie gegebenenfalls beim Ersttermin begleiten (vgl. Schatten & Licht 2017).

Die vierte Hürde sind die Behandlungsmöglichkeiten. Da es sehr vielfältige Methoden und Verfahren zur Behandlung von psychischen Erkrankungen gibt, ist es schwer für jede_n die richtige Wahl zu treffen. Patienten_innen sollten dem_der behandelnden Facharzt_Fachärztin ihre eigenen Vorstellungen und Wünsche unterbreiten, den Verlauf der Behandlung hinterfragen und aus ihrer Sicht mit beurteilen, ob die Behandlung erfolgreich verläuft (vgl. Buijssen 2011; 125ff.). Davon ableitend können Sozialarbeiter_innen die Betroffenen und Angehörigen über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten aufklären, um so herauszufinden, welche passend ist. Sie brauchen ein Grundwissen für die im Folgenden beschriebenen Behandlungs- und

Entspannungsverfahren, um Klienten_innen entsprechend aufzuklären und den Therapieverlauf zu beschreiben.

Als letzte Hürde beschreibt Buijssen das Herausfinden des_der „richtigen“ Therapeuten_in. Zwischen Klient_in und Therapeuten_in muss die „Chemie stimmen“ (vgl. Buijssen 2011; 140). Lazarus hat einen Fragebogen entwickelt, in dem Klienten_innen den_die Therapeuten_in mittels zwölf Fragen in verschiedenen Kategorien beurteilen können (siehe Anhang 5). Zudem bezahlt die Krankenkasse für gesetzlich Versicherte fünf Probesitzungen, um ein gutes Verhältnis von Arzt_Ärztin und Patienten_in zu sichern (vgl. Buijssen 2011; 131ff.).

Zusammenfassend lässt sich sagen: Betroffene haben eine intensive Zeit vor sich, in der sie alle Behandlungsphasen durchlaufen. In den einzelnen Phasen gibt es sowohl Erfolgserlebnisse als auch Rückfälle.

Zudem ist wichtig, dass immer eine vertrauensvolle Basis zwischen allen Beteiligten geschaffen wird, da diese ständig miteinander kommunizieren.

Im Folgenden beschreibt die Verfasserin, wie eine Gesprächsbeziehung zwischen den Sozialarbeitern_innen und Klienten_innen aufzubauen ist.

5.2 Beziehungsgestaltung zwischen Sozialarbeitern_innen und Klienten_innen

Während der Betreuung der Betroffenen und deren Angehörigen ist es wichtig, zwischen allen Beteiligten eine angenehme Gesprächs- und Vertrauensbeziehung aufzubauen. Im Vordergrund steht in diesem Abschnitt die Gesprächs- und Vertrauensbeziehung zwischen Sozialarbeitern_innen und Klienten_innen.

Es handelt sich um eine Übergangsbeziehung zwischen Sozialarbeiter_in und betroffener Personen sowie ihre Angehörigen. Beide Seiten erwarten eine regelmäßige Unterstützung in Form von Geben und Nehmen. Durch Kontinuität wird eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut, sodass die Aufarbeitung von Ängsten und Problemen zeitnah erfolgen kann. Rogers benennt drei Komponenten, die bei jeder

Gesprächsbeziehung zu beachten sind. Im Folgenden werden die Komponenten aus dem Buch von Weinberger beschrieben.

Die erste Komponente ist das empathische Verstehen.

„Emphatisches Verstehen bedeutet den „inneren Bezugsrahmen des anderen möglichst exakt wahrzunehmen, mit all seinen emotionalen Komponenten und Bedeutungen, gerade so, als ob man die andere Person wäre, jedoch ohne jemals die „Als-ob“-Position aufzugeben“ (Rogers 1956, S. 37 zitiert nach Weinberger 2013, S. 41).

Sozialarbeiter_innen sollen sich grundlegend auf das Gefühlserleben der Klienten_innen einlassen. Sie versuchen, die Gedanken und Vorstellungen der Personen von deren Sichtweise aus zu erfassen und teilen ihnen das Verstandene mit. So sollen Betroffene einen Abstand zum Gesagten bekommen, können das Gesagte reflektieren und gegebenenfalls besser verstehen (vgl. Weinberger 2013; 41). In der Fachliteratur wird dieses Vorgehen als Spiegeln bezeichnet. Bei aktivem Zuhören gelingt dies auch. Sozialarbeiter_innen hören aufmerksam zu, unterbrechen die Klienten_innen nicht und schaffen so eine angenehme Dialogatmosphäre, die auf Augenhöhe basiert. Ein Kopfnicken und aufrechte Körperhaltung verstärken das aktive Zuhören (vgl. Lohmann 2007; 98f.) Damit das Gesprochene flüssig bleibt, setzt der_die Berater_in das Gesprochene fragend um. Der_die Klient_in sieht das als Angebot. Sozialarbeiter_innen sollten sich an die Sprache der Klienten_innen anpassen (vgl. Weinberger 2013; 41f.). Vorteilhaft sind „einfache, häufig gebrauchte Wörter und kurze Sätze“ (Weinberger 2013; 45). Durch diesen Sprachgebrauch des_der Beraters_in wird der Klient_in aufgefordert sich mit dem Erlebten tiefer auseinanderzusetzen und spezifische Eindrücke und Gefühle zu thematisieren (vgl. Weinberger 2013; 45). Um die Gesprächspartner_innen auch wirklich zu verstehen, verwendet der_die Sozialarbeiter_in Sätze wie „Ich versuche mir eine solche Situation vorzustellen, in der Sie“ (Weinberger 2013; 104) zum Beispiel ihre Ängste spüren. Rogers wollte nicht, dass Berater_innen die Klienten_innen ausfragen, nur um Wissen über die betroffene Person zu erhalten. Vielmehr ging es ihm darum, dass sich der_die Berater_in intensiv mit dem Erlebten der Betroffenen beschäftigt (vgl. Weinberger 2013; 108). „Richtig gestellte Fragen können dem Verstehen des Klienten dienen, Suchprozesse auslösen und/oder das Erleben intensivieren“ (Weinberger 2013; 108). Die Fachliteratur

unterscheidet verschiedene Fragetypen. Ein Fragetyp sind „öffnende, Kraft gebende Fragen“ (Weinberger 2013; 109). Durch solche Fragen sollen Klient_innen das eigene Erleben genauer verstehen und die Sichtweise erweitern. Einige Fragebeispiele wären: „Was geht [...] in Ihnen vor?“ (Weinberger 2013; 109) oder „Was sehen Sie für einen Gesichtsausdruck, wenn Sie in dem Moment an Ihren Mann denken?“ (Weinberger 2013; 109). Weitere Fragetechniken sind die Skalierungsfrage und Wunderfrage. Bei der Skalierungsfrage soll der_die Klient_in seine_ihre aktuelle Verfassung in Form von Punkten beschreiben. Null bedeutet der_die Klient_in befindet sich in einer schweren Situation und zehn in einer glücklichen. Mit der Zahlenskala können Betroffene ihr Wohlergehen an einem bestimmten Tag, einer bestimmten Woche oder in einer bestimmten Situation selbst angeben. Mit der Skalierung sieht eine betroffene Person Genesungsfortschritte, das Wohlergehen kann genau definiert werden und eine Gesprächssitzung wird intensiver (vgl. Weinberger 2013; 111). Ein Fragebeispiel: „Wenn Sie ihr heutiges Befinden auf einer Skala von null bis zehn beschreiben, welchen Wert würden Sie nennen?“. Bei der Wunderfrage stellen sich die Betroffenen vor, ihr Problem oder ihre Angst wären sofort verschwunden. Der Focus liegt darauf, dass sich der_die Klient_in vorstellt, wie man ohne das Problem oder die Angst leben kann. Die Betroffenen werden angeregt, über Lösungen nachzudenken und sich die Zukunft vorzustellen (vgl. Weinberger 2013; 111). Ein weiteres Beispiel: „Angenommen ihr Problem würde plötzlich verschwinden, wie würden Sie es merken?“.

Die zweite Komponente beinhaltet unbedingte Wertschätzung.

„Unbedingte Wertschätzung“ bedeutet, „eine Person zu schätzen, ungeachtet der verschiedenen Bewertungen, die man selbst ihren verschiedenen Verhaltensweisen gegenüber hat“ (Rogers 1959; 35 zitiert nach Weinberger 2013; 59).

Diese Komponente verlangt, die Betroffenen so anzunehmen wie sie sind. Das heißt, Berater_innen akzeptieren das Gesagte und die Haltung des_der Klienten_in. Die betroffene Person muss die Wertschätzung merken. Dies geschieht durch verbale und nonverbale Kommunikation des_der Beraters_in (vgl. Weinberger 2013; 59f.).

Die letzte Komponente nennt sich Kongruenz.

„Kongruenz bedeutet, dass die Beraterin sich dessen, was sie erlebt oder empfindet, deutlich gewahr wird, dass ihr diese Empfindungen verfügbar sind und sie dieses Erleben in den Kontakt mit der Klientin einbringt, wenn es angemessen ist.“ (Rogers 1997; 31 zitiert nach Weinberger 2013, 66).

Berater_innen sollen natürlich sein und sich hinter keiner Fassade verstecken. Sozialarbeiter_innen müssen sich ihrer eigenen Gefühle und Emotionen bewusst sein und bei Ähnlichkeiten mit Klienten_innen versuchen, sie darzulegen (vgl. Weinberger 2013; 66).

Im Anhang 6 befindet sich ein Beispiel für eine beziehungsgestaltende Gesprächsführung mit Beispielen aus dem oben genannten Text.

Die voran angeführten Komponenten, Empathie, Wertschätzung und Kongruenz helfen, dass eine vertrauensvolle Gesprächsbeziehung entsteht, die Klienten_innen ihre Probleme und Ängste zwanglos ansprechen und zu einer Lösung gelangen.

Im nächsten Abschnitt folgt eine Übersicht von ausgewählten Behandlungsmöglichkeiten, die zur Bewältigung einer PPD beitragen.

5.3 Behandlungsmöglichkeiten einer Postpartalen Depression

In einem Artikel der „Zeit Online“ von 2014 wurde berichtet, dass Betroffene meist mit längeren Wartezeiten auf einen Therapieplatz rechnen müssen. Die Praxen von Psychotherapeuten_innen sind überfüllt und es bestehen lange Wartelisten. Laut einer Studie der Bundespsychotherapeutenkammer warten Betroffene in der Regel drei Monate auf ein Erstgespräch und weitere drei Monate, um mit den Therapiesitzungen zu beginnen. In Großstädten und ländlichen Regionen können sich die Wartezeiten aufgrund der Kapazität an Psychotherapeuten_innen verschieben (vgl. Kara 2014).

Aus dieser Quelle lässt sich ableiten, dass Sozialarbeiter_innen in dieser Wartezeit für Betroffene und Angehörige eine feste Anlaufstelle sein können. Zusammen mit dem_der Sozialarbeiter_in können erste Symptome, Behandlungsverfahren und

zusätzliche Unterstützungsleistungen, wie der Einsatz einer sozialpädagogischen Familienhilfe, kurz SPFH, besprochen werden. Der_die Sozialarbeiter_in kann je nach Ausbildung bereits mit Teilschritten der Behandlung beginnen und so den Betroffenen den Einstieg in die Therapie erleichtern.

Aufgrund der Fachliteratur wird die Verfasserin im Folgenden die bekanntesten Methoden und Verfahren, die zur Behandlung von psychischen Erkrankungen angewendet werden, vorstellen.

5.3.1 Psychodynamische Therapie

Die Psychodynamische Therapie oder Tiefenpsychologische Psychotherapie basieren auf dem Gedanken von Freud und Jung (vgl. Buijssen 2011; 74) und werden im Folgenden aus dem Buch von Buijssen beschrieben.

„Der Begriff >>Tiefenpsychologie<< verweist auf die Annahme, dass die Therapie in die Tiefe geht und sich auf die Suche nach Motiven und Sehnsüchten macht, die sich unter der Oberfläche des Bewusstseins befinden“ (Buijssen 2011; 74).

Betroffene forschen zusammen mit dem_r Therapeuten_in nach ungelösten kindlichen Gedanken, Emotionen und Konflikten. Diese sollen oft Auslöser für psychische Erkrankungen sein. Der_die Therapeut_in versucht, die ungelösten Konflikte zum Gegenstand von Therapiesitzungen zu machen, mit dem_r Betroffenen an dieser Konfliktsituation zu arbeiten und sie zu bewältigen (vgl. Buijssen 2011; 74f.). Ziel der Therapie ist es „die Gegenwart besser zu verstehen und Fehler, die in der Vergangenheit gemacht wurden, fortan zu vermeiden“ (Buijssen 2011; 75). In den Therapiesitzungen nimmt der Betroffene eine aktive Position ein, indem er_sie sehr viel spricht. Besondere Aufmerksamkeit wird auf das Selbstwertgefühl gelegt. Der_die Therapeut_in versucht zu erreichen, dass der_die Patient_in wieder mehr an seine_ihre eigenen Fähigkeiten glaubt und diese auch umsetzt. Ziel ist es, dass Betroffene sich nicht von Urteilen anderer aus dem Gleichgewicht bringen lassen, sondern ein positives, starkes Selbstwertgefühl aufbauen und dieses vertreten (vgl. Buijssen 2011; 75f.). Eine Therapiesitzung der Tiefenpsychologischen Psychotherapie umfasst in der Regel 50 bis 60 Minuten in 10 bis 100 Sitzungen. Die Anzahl der Sitzungen ist abhängig von der Schwere und Entstehung der psychischen Erkrankung (vgl. Buijssen 2011; 76). Diese

Therapieform versucht die Erkrankung „bei ihrer Wurzel“ (Buijssen 2011; 76) zu erfassen und dauert deshalb auch drei bis fünf Jahre.

Ableitend aus der Quelle unterstützen Sozialarbeiter_innen zusätzlich die Therapieeinheiten indem sie mit Betroffenen nach ungelösten Konflikten und Auslösern suchen. Gemeinsam wird erarbeitet, welchen Einfluss die PPD auf das Lebensgefühl hat und welche Lösungswege zu finden sind, um es zu steigern. Angehörige geben in den Gesprächen zusätzliche Denkanstöße. Mit dieser Unterstützung können Sozialarbeiter_innen die gewonnenen Erkenntnisse an den_die Therapeuten_in weitergeben. Er_sie kann an die Ergebnisse des_der Sozialarbeiters_in anschließen. Durch die intensive Zusammenarbeit mit einem_r Sozialarbeiter_in während der Therapie wird die Behandlung schneller zum Erfolg führen.

Buijssen erachtet das Achtsamkeitstraining oder Mindfulness als eine weitere unterstützende Methode zur Behandlung von PPD. Kern dieser Methode ist es, dass die Teilnehmer_innen sich ganz „im Hier und Jetzt“ (Buijssen 2011; 82) befinden. Die Betroffenen sollen lernen ihre negativen Gedanken, Vorstellungen und das Grübeln zurückzudrängen und sich auf aktuelle Ereignisse und Tätigkeiten konzentrieren (vgl. Buijssen 2011; 82f.). Dies kann während der Beratung mit einem_r Sozialarbeiter_in geübt werden.

5.3.2 Kognitive Verhaltenstherapie

Eine weitere Behandlungsmethode für die PPD ist die Kognitive Verhaltenstherapie, kurz KVT. Diese Methode erklärt die Verfasserin aus den Büchern von Hautzinger und dessen Mitautoren_innen. Leitbild der KVT ist es „Stimmung (Fühlen), Denken und Handeln“ (Hautzinger 1998; 51) in Einklang zu bringen. Die Betroffenen haben negative Gefühle und Stimmungen, darunter leiden die Aktivitäten des Alltags, die Beziehungen zum Partner, zur Familie und dem Kind. Kommen Betroffene zum Beispiel früh schlecht aus dem Bett, entsteht schnell die Meinung: „Warum soll ich aufstehen?“, „Ich schaffe doch nichts.“, „Ich kann mein Kind nicht selbst versorgen und brauche ständig Hilfe.“ (vgl. Hautzinger 1998; 51ff.). „Ziel und Aufgabe der kognitiven

Verhaltenstherapie ist es, diese depressive Spirale zu stoppen“ (Hautzinger 1998; 51) (siehe Anhang 7). Die KVT versucht durch positive Erlebnisse und Aktivitäten Betroffene aus dem depressiven Zustand zu holen und positive Erfahrungen zu stärken. Elemente der KVT sind also zum einen positive Erfahrungen zu stärken, zum anderen negative abzubauen (vgl. Hautzinger, Bailer 1996; 186ff.). Dafür kann die Arbeit eines_r Sozialarbeiters_in sehr effektiv sein. Er_sie kann positive Erfahrungen verstärken.

Hautzinger und Bailer meinen mit Positivem Tätigkeiten oder Erlebnisse, die von Betroffenen als wohltuend, angenehm und wertschätzend wahrgenommen werden. Einige Beispiele dazu: Die Mutter kann die Nahrungsversorgung des Kindes ohne Probleme realisieren oder bewältigt Arztbesuche des Kindes allein und wird dafür vom sozialen Umfeld gelobt und somit positiv gestärkt. Als positiv werden auch Familienausflüge empfunden. Betroffene Personen erleben gemeinsam einen schönen Tag und vergessen dabei negative Gedanken sowie das Grübeln. Sie erinnern sich vielmehr an das vergangene, schöne und erholsame Erlebnis mit der Familie (Hautzinger, Bailer 1996; 186ff.). Sozialarbeiter_innen unterstützen die Familie in der Planung von angenehmen Aktivitäten. Gemeinsam mit dem_der Sozialarbeiter_in kann ein Familientag erarbeitet werden. Fazit ist, die betroffenen Personen erleben über den Tag verteilt Positives, wie Erfolgserlebnisse. Negative Erfahrungen, wie Grübeln versuchen sie damit gezielt zu umgehen (vgl. Hautzinger, Bailer 1996; 187ff.). Die Erstellung eines Wochenplanes (siehe Anhang 8) unterstützt Betroffene bei der Planung von passenden Aktivitäten (vgl. Hautzinger, Stark, Treiber 2000; 96ff.). Tagesprotokolle negativer Gedanken beinhalten die negativen Erfahrungen der Betroffenen (siehe Anhang 9). Das Protokoll unterstützt die Auswertung depressiver Symptome und Planung weiterer Behandlungsstrategien. Ebenso soll es zeigen, wie automatische Gedanken Betroffene weiter in die Depressionsspirale ziehen (vgl. Hautzinger, Bailer 1996; 192). Automatische Gedanken sind unkontrollierte, schnell ablaufende, spontane und ohne nachzudenkende Sätze (vgl. Hautzinger, Stark, Treiber 2000; 140) wie: „Ich bin verantwortlich für jedes Mißlingen.“ (Hautzinger 1998; 63) oder „Denke immer an das Schlimmste“ (Hautzinger 1998; 63). Automatische Gedanken beruhen meist auf kognitiven Denkfehlern und gedanklichen Verzerrungen (vgl. Hautzinger, Stark, Treiber 2000; 150). Anwendungsziel der Tagesdokumentation

ist, „negative Stimmung wahrnehmen, auf Auslöser beziehen, automatische Gedanken erkennen, zentrale negative Gedanken hinterfragen und umformulieren“ (Hautzinger 1998; 64). Ein Beispiel: Depressive Mutter äußert: „Ich mache nie etwas richtig mit meinem Kind und werde es auch nie versorgen können“. Dies ist ein automatischer Gedanke, der sich bei der Mutter sofort abspielt, wenn sie negative Erfahrungen macht. Der_die Therapeut_in versucht den automatischen Gedanken zu entzerren indem er_sie entgegnet, dass dies eine Verallgemeinerung ist, denn die Mutter hat das Kind bereits richtig gewickelt und gebadet. In der Therapiesitzung wird mit den Betroffenen intensiv an automatischen Gedanken gearbeitet mit dem Ziel solche Gedanken zu erkennen und lernen diese umzuformulieren (vgl. Hautzinger, Stark, Treiber 2000; 150ff.). Der Wochenplan und das Tagesprotokoll können Betroffene gemeinsam mit dem_r Sozialarbeiter_in bzw. unter dessen_deren Anleitung führen.

Es lässt sich ableiten, dass auch Sozialarbeiter_innen in Gesprächen daran arbeiten können, die automatischen Gedanken abzuschwächen. Dafür kann er_sie mit den Betroffenen Gedankenkarten anlegen und beschriften. Auf diesen steht zum Beispiel „Ich habe Erfolg.“, „Ich bin eine gute Mutter.“ oder „Ich habe einen liebevollen Partner, der mich immer unterstützt.“. Wenn in belastenden Situationen automatische Gedanken auftreten, sollen die Gedankenkarten zur Hand genommen werden. Dadurch sollen die negativen Gedanken abgeschwächt werden und das Positive wird betont (vgl. Hautzinger o.J.).

5.3.3 Anderweitige Behandlungsmöglichkeiten

Weitere Behandlungsmethoden basieren auf Entspannungsverfahren, Bewegung sowie der Verwendung von Computer und Handy.

Zusätzlich zu den Therapiemöglichkeiten gibt es Entspannungsverfahren. Sie helfen Betroffenen zur Ruhe zu kommen, ein Gefühl von Erholung, Ausgeglichenheit und ausgeruht sein zu verspüren (vgl. Vaitl 1993; 26ff.). Ziel der Entspannungsverfahren ist, dass „die Übenden in einen Dialog mit dem eigenen Körper“ (Vaitl 1993; 84) kommen

und „die bewusste Wendung weg von äußeren Einflüssen und hin zum „Innenraum“ des Menschen“ realisieren (Vaitl 1993; 84.).

Das Autogene Training ist eines der bekanntesten Verfahren der Entspannungsmethodik und wird verbreitet angewendet (vgl. Vaitl 1993; 167). Autogen bedeutet „psychovegetative „Umschaltung“ in einen Ruhezustand“ (Vaitl 1993; 168). Die Betroffenen sollen durch verschiedene Übungen selbst Entspannungsmechanismen erlernen und anwenden (vgl. Vaitl 1993; 167f.).

Ein weiteres Entspannungsverfahren ist die Progressive Muskelentspannung oder Progressive Muskelrelaxation, kurz PMR. PMR nach Jacobson ist ein willentlicher Wechsel zwischen An- und Entspannung bestimmter Muskelgruppen in einer bestimmten Reihenfolge, mit dem Ziel einer muskulären Entspannung sowie intensiver Körperwahrnehmung. Eine aufmerksame Körperwahrnehmung unterstützt die betroffenen Personen innere Abläufe besser zu erkennen und auf diese Weise bewusst und zielgerichtet zu reagieren (vgl. Hamm 1993; 245ff.). Im Anhang 10 befindet sich die Übungsanleitung für PMR.

Aus den Quellen leitet die Verfasserin ab, dass Sozialarbeiter_innen, Betroffene und Angehörige die Entspannungsverfahren gemeinsam üben können. Bei Beratungsterminen unterstützen die Verfahren die Betroffenen, wenn bei Gesprächen belastende Ereignisse oder Auslöser hervorgebracht werden. Die Beteiligten kommen erst einmal zur Ruhe und gehen ausgeglichener nach Hause. Auch im stationären Kontext können durch Sozialarbeiter_innen Zeiträume integriert werden, in denen alle Teilnehmer_innen die Entspannungsverfahren zusammen üben. Im ambulanten Bereich können, zum Beispiel SPFHs Betroffene und Angehörige zu den Entspannungskursen begleiten oder sie selbst durchführen. Die Entspannungsverfahren sollten Mütter gemeinsam mit ihrem_ihren Kind_Kindern üben.

Ziel ist, dass die Beteiligten zur Ruhe kommen und gemeinsam Zeit miteinander verbringen, um die Beziehungen zu einander zu stärken.

Viel Bewegung und Sport sind für depressive Menschen wichtig. Täglich mindestens eine halbe Stunde zum Beispiel Rad fahren, Schwimmen oder Spazieren gehen

unterdrücken Grübeln und andere negative Denkweisen. Glückshormone werden produziert, die der Körper nach dem Sport frei setzt und ein Wohlgefühl auslösen (vgl. Buijssen 2011; 87ff.).

Buijssen schreibt, dass bei der Internettherapie Therapeut_in und Betroffene per Mail in Kontakt treten. Sie ist eine geeignete Therapieform für Menschen, die es unerträglich finden, mit einem_r Psychologen_in oder Psychiater_in über ihre psychischen Probleme zu sprechen. Voraussetzung ist, dass die Betroffenen Computerkenntnisse besitzen und Freunde am Schreiben haben. Die Behandlung verläuft wie bereits beschrieben über Aspekte der KVT. Vorteilhaft wirkt sich die digitale Methode auf den selbstbestimmten Zeitpunkt des Schreibens aus. Außerdem entstehen keine Wartezeiten im Behandlungszimmer. E-Mail-Kontakte erfolgen im Allgemeinen zweimal pro Woche (vgl. Buijssen 201; 97ff.).

Betroffene können zusammen mit dem_der Sozialarbeiter_in die E-Mails schreiben. Dabei bespricht die betroffene Person die Probleme mit dem_der Sozialarbeiter_in und kann beim Schreiben eine Präzisierung vornehmen. Da der Kontakt nur per E-Mail besteht, haben sowohl Betroffene als auch Angehörige einen_e weiteren_weitere professionellen_e Ansprechpartner_in, nämlich den_die Sozialarbeiter_in. So sind die Sozialarbeiter_innen auf dem aktuellen Stand und können ihre Arbeit gut vorsetzen.

Die computergestützten Therapien sind nur für leichte psychische Erkrankungen geeignet und sollten erst nach Rücksprache mit dem_der behandelnden Arzt_Ärztin erfolgen (vgl. Buijssen 2011; 97ff). Aus den Quellen vermutet die Verfasserin, dass Therapien mit wenig professioneller Hilfe von den Betroffenen viel Eigeninitiative, Verantwortung, Selbstkontrolle, sowie Selbsterkenntnis, Ehrlichkeit und den Willen etwas verändern zu wollen verlangen, damit sich ein Therapieerfolg einstellt.

Die beschriebenen Behandlungsmöglichkeiten sind sehr vielfältig und konzentrieren sich auf unterschiedliche Ansatzpunkte. Die Betroffenen sollten stets die_den behandelnde_n Ärztin_Arzt konsultieren, um eine individuelle und optimale Behandlung zu sichern.

5.4 Unterstützungsmöglichkeiten durch Angehörige für Betroffene zur Bewältigung einer Postpartalen Depression

Aus den Quellen leitet die Verfasserin ab, dass Angehörige bei der Behandlung einer psychischen Erkrankung eine wichtige Rolle spielen. Sie sind für die Betroffenen die große Stütze in der Erkennung und Behandlung der Erkrankung. Dabei steht ihnen der_die Sozialarbeiter_in zur Seite. Mit ihm_ihr erörtern die Beteiligten alle Probleme. Der_die Sozialarbeiter_in zeigt den Angehörigen welche Unterstützungsleistung sie erbringen können und wie diese in die Behandlung der Betroffenen zu integrieren sind.

Buijssen schreibt in seinem Buch, dass Angehörige viel tun können, um den Betroffenen zu helfen. Sie sind den ganzen Tag mit ihnen zusammen und in der Lage, manche Symptome, Tätigkeiten, Gedankenäußerungen und Vorstellungen besser zu verstehen und in den richtigen Zusammenhang zu bringen als die betroffene Person selbst (vgl. Buijssen 2011; 9).

Desweiteren schreibt er, dass das wichtigste Unterstützungsangebot von Angehörigen für Betroffene, die umfassende Hilfe und Begleitung während der Behandlung und Genesung ist. Zu Therapiesitzungen selbst sind Angehörige im Allgemeinen nicht anwesend. Sie können aber die Behandlungsmethode und den_die Therapeuten_in mit auswählen. Sie können Gedanken- und Verhaltensmuster von Patienten_innen aus ihrer Sicht schildern und dem_der Therapeuten_in zusätzliche Informationen für die Behandlung geben. Angehörige können helfen, indem sie in Gedankenprozesse von Betroffenen eindringen und der Familie sowie dem sozialen Umfeld erklären, wie mit der kranken Person am besten umzugehen ist und welche Hilfestellungen möglich sind. Manche Angehörige probieren Übungen, Aufträge, Entspannungsverfahren selbst aus. Die Betroffenen begreifen, dass hinter ihnen stützende Angehörige stehen, die den Heilungsprozess aktiv mitgestalten und mittragen wollen (vgl. Buijssen 2011; 63ff.).

Der_die Sozialarbeiter_in nimmt in der Hilfe eine moderierende und koordinierende Rolle ein. Er_sie steht für Fragen zur Verfügung und hält Absprachen mit dem_der Therapeuten_in und dem medizinischen Fachpersonal ein. Angehörige besprechen meist mit dem_der Sozialarbeiter_in, wie sie das Thema psychische Erkrankung im Familienkreis ansprechen und wie andere Familienmitglieder helfen können.

Buijssen unterbreitet in seinem Buch Vorschläge, was Angehörige für Betroffene tun können, damit die Erkrankung gut überstanden wird.

Einige seiner Empfehlungen: Er erachtet es für wichtig, dass Angehörige den Kontakt zu der betroffenen Person pflegen, auch wenn derjenige_diejenige den Eindruck erweckt, er_sie würde sich nicht gern mit der Familie und dem sozialen Umfeld abgeben. Selbst bei ganz alltäglichen Dingen können Angehörige die Stimmung und Symptome einer psychischen Erkrankung erkennen und versuchen darauf einzugehen (vgl. Buijssen 2011; 42ff.).

Haben Angehörige den Verdacht, die betroffene Person habe sich während oder nach der Schwangerschaft verändert, sollten sie offen darüber sprechen. Vor allem der Partner sollte Bedenken äußern und seine Partnerin mit solchen Aussagen und Fragen konfrontieren: „Du ziehst dich in letzter Zeit sehr zurück.“, „Du denkst in letzter Zeit sehr negativ über die Zukunft.“, „Wieso hast du Angst eine schlechte Mutter zu sein?“. Solche Aussagen und Fragen helfen, den Klärungsprozess anzuschieben. Es bietet sich an auch die betreuende Hebamme oder die_den zuständige_n Gynäkologin_en mit ins Vertrauen zu ziehen. Zu klärenden Gesprächen mit Betroffenen eignen sich neutrale Orte und Unterhaltungen während eines Spazierganges. So wird gleich von Anfang an die Brisanz zum Thema psychische Erkrankung etwas abgeschwächt (vgl. Buijssen 2011; 45ff.).

Die Verfasserin leitet aus den Quellen ab, dass Angehörige im Vorfeld mit Sozialarbeiter_innen besprechen können, wie sie das Gespräch am besten beginnen oder beenden. Auf Wunsch begleitet der_die Sozialarbeiter_in die Angehörigen beim Ansprechen des Themas.

Angehörige selbst sollten keine Ratschläge geben. Sie bagatellisieren sonst das Problem und setzen eine schnelle Lösung voraus. Viele Angehörige wollen das Leid Betroffener mindern und vom Gefühl, in Wirklichkeit nicht helfen zu können, ablenken. Durch einen Ratschlag wird eine Lösung vorgegeben und die Autonomie des Betroffenen abgesprochen oder gemindert. Betroffene fühlen sich übergangen und sind im Handlungs- und Entscheidungsspielraum eingegrenzt. Besser ist es, wenn Angehörige

in einem Dialog alles zur Sprache bringen, was dazu zu sagen ist (vgl. Buijssen 2011; 49ff.).

Demzufolge können Angehörige mit der betroffenen Person eine Beratungsstelle aufsuchen und dort die Problematik ansprechen. Der_die Sozialarbeiter_in kann durch die verschiedenen Netzwerkpartner_innen den Betroffenen und Angehörigen verschiedene Unterstützungsleistungen aufzeigen. Ein Netzwerkpartner kann zum Beispiel das Jugendamt sein. Sie bezahlen, je nach Angemessenheit bestimmte Leistungen, wie zum Beispiel eine SPFH. Alle involvierten Netzwerkpartner_innen können sich zudem mehrmals in Form einer Helferkonferenz treffen und die Gestaltung der Hilfsangebote zusammen besprechen.

Angehörige und Betroffene sollten trotz Krankheit den Alltag wie gewohnt fortführen. Vieles sollte gemeinsam unternommen werden (vgl. Buijssen 2011; 55ff.).

Während der Krankheitsphase sollten Paare ihre Partnerschaft pflegen und die frühere Lebensweise beibehalten. Eine psychische Erkrankung ist anstrengend und nervenzehrend. Die Erkrankung sollte nicht alles im Leben des Paares verändern. Freundschaften und Hobbies, gemeinsame Ausflüge oder Besuche sollten weiterhin ein fester Bestandteil des Familienlebens sein. Schöne Rituale in der Familie sollten auf jeden Fall weiter gepflegt werden (vgl. Buijssen 2011; 62f.). Die Verfasserin leitet daraus ab das sich Selbsthilfegruppen bewährt haben, da sich hier Menschen mit gleichen Problemen treffen und Antworten auf verschiedene Fragen geben. Diese werden von Sozialarbeitern_innen moderiert, koordiniert und fachlich unterstützt.

Ebenfalls kann eine SPFH die Familie in ihrem Alltag unterstützen. Gemeinsam wird eine Tagesstruktur aufgebaut und ein Raum für gemeinsame Vorhaben geschaffen. Alle Beteiligten des Systems Familie werden durch die professionelle Hilfe in ihren Rollen gestärkt.

Daraus lässt sich ableiten, dass Sozialarbeiter_innen den Angehörigen Unterstützungsangebote für dessen Betroffene unterbreiten. Sie nehmen eine beratende, unterstützende, koordinierende und moderierende Rolle ein. Sie begleiten die Angehörigen bei der Umsetzung ausgewählter Angebote. Angehörige werden so in die

Lage versetzt die Situation des betroffenen Mitgliedes der Familie noch besser zu verstehen und eine gezielte Hilfe zu sichern. Für Angehörige steht der_die Sozialarbeiter_in für Einzel- und Gruppengespräche zur Verfügung. Es wird dabei auch auf präventive Hilfen geachtet, sodass Angehörige durch die Probleme der Betroffenen nicht selber in eine Depression verfallen. Dieses Thema wird im nächsten Abschnitt betrachtet.

Zusammenfassend lässt sich sagen: Angehörige nehmen in der Phase der Heilung vor allem eine unterstützende Rolle ein.

5.5 Psychohygiene für Angehörige und mögliche Unterstützungsleistungen von Sozialarbeitern_innen

Aus der Fachliteratur vermutet die Verfasserin, dass die Hauptaufgabe von Angehörigen darin besteht Betroffene während der Krankheitszeit zu begleiten. Auch Angehörige leiden unter der Krankheit. Sie haben ebenfalls Ängste und Probleme, die sie belasten.

Als Aufgabe leitet sich für Sozialarbeiter_innen ab, dass sie als positiver Verstärker wirken. Er_sie arbeitet an den Stärken der Familie und versucht in Beratungsgesprächen die Probleme und Sorgen zu bearbeiten. Dadurch wird das System Familie gestärkt und entlastet. Zudem gibt der_die Sozialarbeiter_in den Angehörigen Tipps für die eigene Psychohygiene.

Buijssen beschreibt in seinem Buch verschiedene Ängste, mit denen Angehörige konfrontiert werden. Sie erahnen oft schon lange vor der Diagnose eine „psychische Erkrankung“. Sie merken, dass etwas mit der betroffenen Person nicht stimmt. Viele wissen nicht, wie sie sich in einer solchen Situation verhalten oder wie sie ihre Befürchtungen ansprechen. Manche Angehörige suchen nach Erklärungen und Argumenten, die das Verhalten der psychisch Erkrankten rechtfertigen. Die beliebteste Denkweise, die sich bei den meisten Angehörigen im Kopf abspielt, ist: „Das wird schon wieder. Die Geburt und die neuen Aufgaben als Mutter müssen erst verkräftet werden.“. Manche Partner geben sich die Schuld und denken, die Verhaltensänderungen

der Partnerin habe mit ihm zu tun, weil er sie in der Rolle als neue Mutter zu wenig unterstützt (vgl. Buijssen 2011; 142ff.).

Nach der Unsicherheit folgt die Verzweiflung. Viele Angehörige verzagen, weil sie nicht wissen, wie es weiter geht. Sie wissen nicht, ob Kraft und Zeit reichen ihre Betroffenen so zu unterstützen, dass eine adäquate Heilung begünstigt wird. Angehörige müssen jetzt mehr leisten als vorher. Sie müssen das Kind versorgen, den Alltag meistern, die Betroffenen unterstützen und meist selbst zur Arbeit gehen. Für viele ist das eine nerven- und kraftzehrende Aufgabe (vgl. Buijssen 2011; 144f.).

Die Sorgen und Probleme, die Angehörige haben, werden von Außenstehenden als Kummer bezeichnet. „Kummer ist psychischer Schmerz und Trauer um etwas Vergangenes“ (Buijssen 2011; 145). Das bedeutet, die Angehörigen sehnen sich nach der Vergangenheit, „in der alles noch in Ordnung war“ (Buijssen 2011; 146f.) zurück. Durch die Erkrankung haben sich die Lebensverhältnisse der Familie verändert. Partner müssen im Alltag mehr Aufgaben übernehmen, aber auch liebgewordene gemeinsame Aktivitäten fallen sehr oft einfach weg, weil sich betroffene Personen nicht mehr dazu in der Lage fühlen (vgl. Buijssen 2011; 145f.).

Angehörige quälen Schuldgefühle. Sie denken an die Anfangsphase der Erkrankung zurück und fragen sich: „Warum ist mir nicht eher etwas aufgefallen?“ oder „Warum sind wir nicht eher zum_r Arzt_Ärztin gegangen?“. Zudem bereuen Familienmitglieder ihr bisheriges Verhalten, wenn sie die Krankheit bagatellisierten oder zu forsch mit der erkrankten Person umgegangen sind. Manche Angehörige denken, sie unterstützen den Betroffenen nicht ausreichend und müssen noch mehr Initiative zeigen. Durch Schuldzuweisungen von Angehörigen an sich selbst, wird versucht, die Machtlosigkeit, in der sie sich befinden, zu überwinden. Angehörige glauben, die Krankheit hätte vermieden werden können, wenn sie rechtzeitig genauer aufgepasst hätten (vgl. Buijssen 2011, 149ff.).

Angehörige oder Partner fühlen sich einsam. Die Beziehung zur betroffenen Person verändert sich, denn psychisch Erkrankte ziehen sich zurück und empfinden keine Freude mehr an gemeinsamen Aktivitäten. Man trifft sich weniger mit der Familie, Freunden, Bekannten und empfängt weniger Besuch. Es entsteht Einsamkeit, die oben

genannten Ängste und Probleme werden noch verstärkt. Man ist allein und die Zukunft erscheint düster (vgl. Buijssen 2011; 151ff.).

Genau wie die Erkrankten haben auch Angehörige mit Schamgefühlen zu kämpfen. Treffen Angehörige Bekannte, Freunde oder Nachbarn, fragen diese meist wie es dem Betroffenen geht. Aus Angst und Scham vor einer Stigmatisierung antworten die Angehörigen, dass alles in Ordnung sei und lenken das Gespräch auf andere Dinge. Angehörige fürchten die Leute würden über die Krankheit negativ urteilen und Unverständnis zeigen. Manche Angehörige wollen auch nichts Intimes aus der Familie preisgeben. Sie wollen verhindern, dass andere Falsches weitergeben und so Gerüchte verbreiten (vgl. Buijssen 2011; 153ff.).

Es gibt eine Reihe von Hilfestellungen die Angehörige unterstützen, um mit ihren Ängsten und Problemen umgehen zu lernen. Sozialarbeiter_innen sind befähigt in Einzel- oder Gruppengesprächen oder gemeinsam mit den Betroffenen zu versuchen die Ängste der Angehörigen abzubauen und für Probleme gemeinsam Lösungen zu finden. Sozialarbeiter_innen gestalten Thementage oder sprechen in Selbsthilfegruppen die oben genannten Sorgen an.

Lohnenswert wäre zum Beispiel zusammen mit Sozialarbeitern_innen, Vorschläge zu unterbreiten, um den Tagesablauf so zu strukturieren, dass die Angehörigen mehr Zeit für sich erhalten, Freiräume erlangen und einmal abschalten. Mit dem_der Sozialarbeiter_in vereinbaren sie, dass sie sich einen Tag lang nur um sich kümmern und nur das tun, was ihnen Freude bereitet und Entspannung bringt. Das Ziel ist erreicht, wenn die Angehörigen an diesen Tagen neue Kraft schöpfen, um mit neuem Mut ihren Betroffenen helfen zu können (vgl. Buijssen 2011; 160ff.).

Zusammen mit anderen Angehörigen können Sozialarbeiter_innen über Gefühle sprechen. Das ist wichtig, weil die Unterdrückung der Gefühlswelt die Kraft für die Unterstützung der Behandlung nimmt. Als Methode können Sozialarbeiter_innen vorschlagen, dass Angehörige ein Tagebuch führen, um darin ihre Emotionen festzuhalten. Beim nächsten Treffen oder Gesprächstermin wird der Inhalt ausgewertet. Angehörige sollen lernen, dass es nicht schlimm ist, Inneres preiszugeben. Viel

wichtiger ist alles zu tun, damit Angehörige nicht auch psychisch erkranken (vgl. Buijssen 2011; 164ff.).

Für Angehörige ist es wichtig, mit der Hilfe des_der Sozialarbeiters_in zu lernen in der Gegenwart zu leben. Oft halten sie noch an der Vergangenheit fest und vermissen die „alten Zeiten“ oder sie denken nur noch über die Zukunft nach. Sozialarbeiter_innen sind in der Lage mit Angehörigen zu üben sich auf das Wesentliche und das Jetzt zu konzentrieren und Probleme zu bearbeiten, die veränderbar sind (vgl. Buijssen 2011; 173ff.). Methodisch können Sozialarbeiter_innen in Gesprächen wie folgt vorgehen: Angehörige „[n]ehmen [...] sich ein Blatt Papier oder setzten sich an den Computer“ (Buijssen 2011; 176) [Anmerkung der Verfasserin] und schreiben sieben Gedanken auf, die für sie belastend sind. Nun stellen die Angehörigen ihren Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten oder sich selbst die Frage „>>Ist es lösbar oder nicht?<<“ (Buijssen 2011; 176). Hinter die lösbaren Gedanken kommt ja und hinter die nicht lösbaren Gedanken schreiben die Personen „>>Nein<<[...] >>und lernen, damit zu leben.<<“ (Buijssen 2011; 176). Nun beginnen die Personen sich auf die lösbaren Probleme zu konzentrieren. Sie stellen einen Plan mit den Vorgehensweisen auf. Gut ist es, wenn mehrere Lösungsvorschläge aufgeschrieben und besprochen werden. Sinnvoll ist, wenn andere Personen mit involviert werden. Sie können unterstützen und das Durchhaltevermögen steigern (vgl. Buijssen 2011; 175ff.).

Um zur Ruhe zu kommen, können Angehörige ebenfalls die oben genannten Entspannungsverfahren nutzen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Sozialarbeiter_innen mit den Angehörigen über die beschriebenen Probleme sprechen und gemeinsam nach Lösungen suchen. Der_die Sozialarbeiter_in fungiert als aktiver_e Zuhörer_in und gibt dem Angehörigen Denkanstöße, um die neue Situation zu verstehen und zu akzeptieren.

Die im Folgenden beschriebenen Präventionsangebote helfen sowohl Betroffenen als auch Angehörigen, um bei Problemen während und nach der Schwangerschaft kompetente Ansprechpartner_innen zu haben.

5.6 Prä-, Peri- und Postpartale präventive sozialpädagogische Angebote für Betroffene und Angehörige

Bei Betroffenen und Angehörigen können sich in der Zeit der Schwangerschaft verschiedene Ängste und Probleme ansammeln. Um diesen Sorgen zu entgehen, bieten verschiedene Kliniken Präventionsprogramme an. Auch Sozialarbeiter_innen in Beratungsstellen thematisieren die verschiedenen Präventionsangebote. Sie sollen alle Unklarheiten um die Geburt und den künftigen Säugling beseitigen. Bei den folgenden Präventionsangeboten sind nicht nur Sozialarbeiter_innen, sondern auch medizinisches Fachpersonal eingebunden. Diese sind im Punkt Geburtsplanung und –erleben geschulter.

Rohde, Dorsch, Schaefer entwickelten zusammen am Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde des Universitätsklinikums in Bonn das peripartale Management oder den sogenannten Geburtsplan (vgl. Rohde, Dorsch, Schaefer 2015; 70f.) Peripartales Management bedeutet „Management der Zeit um die Geburt herum“ (Rohde, Dorsch, Schaefer 2015; 70). Es soll den Betroffenen und Angehörigen helfen sich während der Schwangerschaft möglichst stress- und sorgenfrei auf das_die Kind_Kinder zu freuen und alle notwendigen Aufgaben schon vorher zu planen und zu strukturieren. Das peripartale Management können Sozialarbeiter_innen, zum Beispiel in Schwangeren-Beratungsstellen, zusammen mit den Betroffenen und Angehörigen planen. Bestandteile des Geburtsplanes sind Entbindungsklinik, Hebammenbetreuung, Symptomenerscheinung sowie Reaktion darauf, Anwesenheit der Angehörigen, Stressvermeidung, Unterstützung für zu Hause und Weiterbetreuung (vgl. Rohde, Dorsch, Schaefer 2015; 71ff.).

Betroffene sollten sich möglichst ein Krankenhaus suchen, in dem sie sich wohlfühlen und eine Neugeborenenstation angeschlossen ist. Wichtig ist, dass Mutter und Kind nach der Entbindung zusammen sein können (vgl. Rohde, Dorsch, Schaefer 2015; 75f.). Bei der Hebammenbetreuung sollten sich die Betroffenen frühzeitig eine Hebamme suchen. Zusammen mit dem_der Sozialarbeiter_in können werdende Mütter mit Hebammen und Angehörigen über Ängste, Probleme und über Hilfestellungen in der Zeit der Schwangerschaft sprechen. Die Hebamme hilft auch, um die richtige Entbindungsklinik zu finden (vgl. Rohde, Dorsch, Schaefer 2015; 77f.). Im Punkt

Symptomerscheinung und Reaktion sollten Sozialarbeiter_innen gegebenenfalls den Betroffenen und Angehörigen erste Informationen über mögliche Symptome und die Entstehung einer PPD geben. Wichtig ist, dass werdende Mütter und ihre Angehörigen die Symptome erkennen und sich rechtzeitig in fachärztliche Betreuung begeben, auch wenn die Symptome erst nach der Geburt auftreten (vgl. Rohde, Dorsch, Schaefer 2015; 73). Beim Punkt Anwesenheit der Angehörigen wird der_die umsichtige Sozialarbeiter_in erfragen, ob und in welchem Abstand sich die werdende Mutter Besuche wünscht. In der Schwangerschaft sind oft zu viele Treffen mit Verwandten und deren Meinungen zur Geburt und Betreuung des Kindes für eine verunsicherte und ängstliche Frau wenig helfend. Besser ist, bei Verwandtentreffen über alltägliche Dinge zu plaudern, wie die Gestaltung des Kinderzimmers. Auch bei der Geburt muss die Frau entscheiden, ob und wer dabei sein soll. Viele Frauen nehmen ihren Partner mit. Er gibt meist Halt und Sicherheit (vgl. Rohde, Dorsch, Schaefer 2015; 82). Betroffene sollen die Schwangerschaft möglichst stressfrei erleben. Leicht erregbare Frauen versuchen mittels Entspannungsverfahren zur Ruhe zu kommen. Bei zu viel negativem Stress können sich Symptome einer PPD verstärken oder sogar „ausbrechen“ (vgl. Rohde, Dorsch, Schaefer 2015; 81.). Nach der Entbindung ist es für viele Eltern gut, wenn sie zu Hause Unterstützung erhalten. Bewährt hat sich, wenn Sozialarbeiter_innen, Eltern und Angehörige besprechen, wie die Aufgabenverteilung aussehen könnte. Ein Beispiel: Der Vater gibt nachts dem Säugling die Flasche. Die Oma wäscht Wäsche und erledigt in den ersten paar Tagen den Haushalt. Der Opa kümmert sich um die Geschwisterkinder. Die Tante geht nachmittags mit dem Säugling spazieren, so kann sich die Mutter ausruhen und neue Kräfte sammeln (vgl. Rohde, Dorsch, Schaefer 2015; 82f.). Im Punkt Weiterbehandlung ist wichtig, dass Mütter Ansprechpartner_innen finden, die zuhören. Tabuthemen darf es nicht geben. Bei gesundheitlichen Unklarheiten ist es stets notwendig, sich in fachärztliche Behandlung zu begeben, vor allem, wenn Symptome oder Anzeichen einer PPD nach der Entbindung auftreten. Die Hebamme und der_die Sozialarbeiter_in können entsprechende Hilfestellungen geben, in dem sie die Betroffenen und Angehörigen durch den Behandlungsweg begleiten (vgl. Rohde, Dorsch, Schaefer 2015; 87f.).

Bei dem Geburtsplan sind die Betroffenen und Angehörigen die Experten_innen für ihre Situation. Sie können am besten einschätzen, wo und welche Hilfe sie benötigen. Durch

den Geburtsplan sollen die verschiedenen Probleme thematisiert und entsprechende Lösungen gefunden werden (vgl. Rohde, Dorsch, Schaefer 2015; 88f.). Unterstützende und betreffende Einrichtungen und Personen erhalten Kopien von diesem Plan. Schwangere legen ihre Planausfertigung in den Mutterpass (vgl. Rohde, Dorsch, Schaefer 2015; 75).

Ziel der im Folgenden beschriebenen Präventionsprogramme ist es, das sie sich auf eine gute Versorgung des Säuglings beziehen und versuchen die Ängste und Probleme, die in der Schwangerschaft entstehen zu reduzieren.

Ein Präventionsprogramm nennt sich „Das Baby verstehen“. Dieses Programm wurde von Prof. Dr. med. Manfred Cierpka inszeniert. Er arbeitet am Universitätsklinikum im Bereich Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie in Heidelberg. Das Programm sieht vor, dass geschultes Fachpersonal, zum Beispiel Sozialarbeiter_innen, Eltern vor und nach der Geburt begleiten. Sie sollen mit den Eltern die verschiedenen Ängste und Probleme besprechen, die die Eltern in der Zeit der Schwangerschaft beschäftigen (vgl. Gregor, Cierpka 2013). Die Kursthemen werden in Abendsitzungen oder Wochenendblöcken angeboten. Themen sind „1. Ich Sorge auch für mich selbst, 2. Wie können Partner zusammen arbeiten?, 3. Das Baby sendet Signale aus, 4. Warum weint unser Baby?, 5. Vertrauen in die eigenen Kompetenzen“ (Gregor, Cierpka 2013).

Für den Kurs werden zwei Bücher und eine DVD erstellt, die von bis zu sieben teilnehmenden Paaren als Arbeitsmaterial verwendet werden (vgl. Gregor, Cierpka 2013).

Ein weiteres bekanntes Präventionsprogramm heißt sichere Ausbildung für Eltern, kurz SAFE. Dieses Programm wurde 2003 von Dr. Karl Heinz Brisch entwickelt. Er arbeitet im Dr. von Haunerschen Kinderspital in München und kam erst in Kontakt mit jungen Eltern, wenn diese schon längerfristig Probleme mit ihrem Säugling, zum Beispiel beim Stillen, hatten. Das Präventionsprogramm soll Eltern während des ersten Lebensjahres bei Fragen rund um den Säugling unterstützen (vgl. Brisch 2017a).

Das Programm besteht aus vier Modulen. Diese teilen sich in Kurstage vor und nach der Schwangerschaft auf. Die Elterngruppen treffen sich zusammen mit der Kursleitung an vier Sonntagen vor der Geburt und an sechs Sonntagen nach der Geburt. Die Kursleitung wird von speziell geschulten SAFE-Mentoren_innen übernommen. Die Mentoren_innen sind, zum Beispiel Sozialarbeiter_innen, Hebammen oder Psychologen_innen. Sie bilden sich speziell für dieses Programm weiter und arbeiten selbst in diesem beruflichen Kontext (vgl. Brisch 2017c). Ein Beispiel wäre, ein_e Sozialarbeiter_in arbeitet in einer Schwangeren-Beratungsstelle und ist zusätzlich Mentor_in bei dem Präventionsprogramm. Das Wissen vom beruflichen Alltag und der Schulung des Programmes verbindet sich.

Schwerpunkte der Treffen sind „Phantasien, Hoffnungen und Ängste der Eltern [...], Kompetenzen der Eltern, Eltern-Säuglings-Interaktion, [...] Bindungsentwicklung des Säuglings [...] und Bewältigung von interaktionellen Schwierigkeiten mit dem Säugling (Schlafen, Essen, Schreien)“ (Brisch 2017b).

Es werden noch weitere Themen bei den Zusammentreffen besprochen, sie werden jedoch hier nicht alle benannt. Zu den Kurstagen gehört auch ein Feinfühligkeitstraining. Bei diesem Angebot können die Eltern durch Videoaufnahmen die „Spiel-, Wickel- oder Füttersituation“ (Brisch 2017b) von professionellen Dritten, also den Mentoren_innen, begutachten lassen und Rückmeldung erhalten (vgl. Brisch 2017b). Bis zum siebten Schwangerschaftsmonat können sich Schwangere und deren Angehörige anmelden. Die Kosten für den Kurs sind abhängig vom Einkommen (vgl. Brisch 2017d).

Sozialarbeiter_innen mit entsprechender Schulung können die Kursleitung übernehmen (vgl. Brisch 2017 a). Wenn Sozialarbeiter_innen zum Beispiel in einer Schwangeren-Beratungsstelle arbeiten, informieren sie die Eltern über die präventiven Angebote und erledigen auf Wunsch die Anmeldung.

Die oben beschriebenen präventiven Angebote zeigen, dass es sich lohnt sich schon frühzeitig professionell betreuen zu lassen. Dadurch werden stressreiche Handlungsabläufe, Ängste und Probleme rechtzeitig erkannt, beherrscht und bewältigt. Dies kann ein „Ausbrechen“ der Symptomatik der PPD mindern oder verhindern.

6. Der „rote Faden“ für Sozialarbeiter_innen

Der folgende Leitfaden wurde von den Verfasserinnen selbst erstellt und ist die zentrale Grundlage dieser Arbeit.

Der Leitfaden zeigt Möglichkeiten auf, wie Sozialarbeiter_innen den Hilfsprozess in der Familie gestalten und koordinieren können. Er richtet sich an alle Sozialarbeiter_innen, die im stationären oder ambulanten Alltag Kontakt zu Personen mit einer PPD haben, das heißt in einer Beratungsstelle, in den Hilfen zur Erziehung des Jugendamtes, in einer Tagesklinik oder einer Mutter-Vater-Kind-Einrichtung. Außerdem gibt es an vielen Geburtskliniken Sozialarbeiter_innen die bei Fragen und Problemen zur Verfügung stehen.

Der erste Schritt geht immer von der Familie oder dem Paar aus. Diese müssen, wie bereits in Punkt 5 dargelegt, den Entschluss fassen sich Hilfe zu holen.

„Der Entschluss einer Familie, sich an Experten wegen Rat, Hilfe und Behandlung zu wenden, steht am Ende einer Reihe von Versuchen das familiäre und gesundheitliche Gleichgewicht wieder herzustellen“ (Wirsching, Scheib 2002; 153).

Um die richtige Wahl zu treffen, beraten sie sich in der Familie, befragen sich bei Freunden und Bekannten. Diese können den Anstoß geben sich an eine Beratungsstelle zu wenden. Das Verhalten beim Hilfesuchen ist mit einer Pyramide vergleichbar. An der Spitze stehen Experten_innen, die erst zuletzt angesprochen werden (vgl. Wirsching, Scheib 2002; 153). Aus der Quelle lässt sich ableiten, dass Betroffene und Angehörige oft nicht wissen bei wem sie Hilfe einfordern können. In der Beratungsstelle bekommen sie Informationen zu den Hilfsangeboten und wo diese zu erhalten sind. Außerdem sind Beratungsstellen vernetzt und verweisen Familien an die bestimmten Netzwerkpartner_innen.

In nachfolgender Tabelle wird an Hand von drei Phasen dargelegt, welche Aufgaben von Sozialarbeitern_innen zu bewältigen sind. Die Tabelle ist unterteilt in die Spalten Phase, sozialarbeiterische Aufgaben und Bemerkungen. In der Spalte für den die Sozialarbeiter_in sind außerdem Möglichkeiten festgehalten, wie er_sie in den

einzelnen Phasen vorgehen kann. Netzwerkpartner_innen und –arbeit befinden sich in der Spalte Bemerkungen.

Aufgaben und Inhalte sind mit einem schwarzen Punkt gekennzeichnet, mögliche Methoden mit einem schwarzen Viereck markiert und die Netzwerkpartner_innen und -arbeit mit einem Häkchen versehen.

Die einzelnen Termine sollten individuell gestaltet werden. Manche Themen müssen länger besprochen werden und ziehen sich über mehrere Sitzungen, wodurch die Anzahl der Termine variiert. Jeder_e Klient_in benötigt unterschiedlich viele Termine. Zur besseren Übersicht werden in der Tabelle die Aufgaben mit ersten, zweiten und dritten Termin unterteilt.

Die Tabelle ist sehr allgemein gehalten und bietet die Möglichkeit zur variablen Gestaltung und Anwendung, das heißt je nach Arbeitsfeld kommen Aufgaben dazu oder entfallen. Der Ablauf einzelner Treffen wird durch die Klienten_innen und deren Angehörigen individuell mitgestaltet.

Jedes Treffen beginnt mit der Erkundigung nach dem Befinden der Betroffenen sowie einer kurzen Einschätzung der Zeit zwischen dem letzten Treffen und dem aktuellen Termin. Neue Themen werden umgehend ergänzt und sollten sofort besprochen werden.

Zur besseren Übersicht folgt die Tabelle auf der nächsten Seite.

Phase	sozialarbeiterische Aufgaben	Bemerkungen
Einstiegsphase	<p>Erstkontakt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vereinbarung eines ersten Termins mit Betroffenen und_oder Angehörigen • Sozialarbeiter_in verschafft sich selbst einen groben Überblick über die Situation durch eigenes Sehen und Erleben <p>erster Termin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kennenlernen, eigene Vorstellung • Problemdarstellungen aus Sicht des Betroffenen und der Angehörigen • Auftragsklärung • Festlegung des Personenkreises, der an den Beratungen teilnimmt und der Problemlösung dient • Beginn der Beziehungsgestaltung • Vereinbarung von weiteren Terminen 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Festlegung der Netzwerkpartner_innen ▪ Zum Einstieg: Festlegung von Gesprächsregeln: Die „Gelbe Karte“ (Anhang 11) kann an Klienten_innen ausgegeben werden. Diese zeigen die Karte, wenn ihnen etwas unangenehm ist oder eine Pause benötigt wird. Die Karte wird auch genutzt, um Beschwerden zu äußern (vgl. Herwig-Lempp 2017). ▪ Gesprächsleitfaden zur psychosozialen Situation (Anhang 12):

		<p>Dieser wurde entwickelt, um einen ersten Überblick über die Situation zu bekommen. Er kann im ersten oder zweiten Termin mit der betroffenen Mutter ausgefüllt werden. Angaben sind zum Beispiel: Alter beim ersten und des_der folgenden Kindes_r, Schwangerschaftsbelastungen, Nutzung von Unterstützungsleistungen nach der Geburt (vgl. Hornstein, Hohm, Trautmann-Villalba, Wild, Wunderlich, Baranski 2012; 148f.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Familienbrett: In dieser Phase dient das Familienbrett dem Kennenlernen der Familie. (vgl. Polt; Rimser 2006; 35). Mit dem Familienbrett in der Einstiegsphase erfolgt eine Konkretisierung
--	--	---

	<p>des_der Problems_e (vgl. Polt, Rimser 2006; 45). Es wird die innerfamiliäre Beziehungen betrachtet, sowie der soziale Bereich und die Intimsphäre</p> <p>zweiter Termin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klärung, ob weitere Probleme dazugekommen sind • Überblick für Sozialarbeiter_innen und Klienten_innen schaffen, welche Symptome vorhanden sind • Aufklärung der Klienten_innen über mögliche Behandlungen • Bei Schwangeren Präventionsprogramme aufzeigen 	<p>Sozialarbeiter_innen schreiben auf mehrere Karten Symptome. Der Klient_in zieht eine Karte und erzählt, ob bei ihm_ihr ein solches Symptom vorliegt. Als Alternative können verschiedene Bild-Postkarten genutzt werden. Der_die Klient_in beschreibt seine_ihre Gefühle beim Anschauen des betreffenden Bildes, auch ohne Benennung des Symptoms</p>
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Erstellen eines Notfallplanes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zusammen mit dem_r Klienten_in einen Notfallplan (Anhang 13) erstellen. Erfragt wird, wer im Notfall helfen kann. Der_die Sozialarbeiter_in erarbeitet schrittweise mit dem_der Klienten_in, wie im Notfall vorzugehen ist. Ein Beispiel: - erster Schritt: Stopp zu sich selbst sagen Welche Gefühle habe ich jetzt? Wie komme ich aus der Situation heraus? - zweiter Schritt: Wer kann mir helfen? Wen kann ich kontaktieren? - dritter Schritt: besprochene Lösungsmöglichkeiten anwenden - vierter Schritt: angenehme Tätigkeiten steigern, negative verringern
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Verteilung von Hausaufgaben und Aufträgen für Betroffene und Angehörige, zum Beispiel Tagebuch führen, Wochenplan erstellen und Protokoll negativer Gedanken beginnen <p>Bei den Gesprächen können Betroffene ihre Angehörigen mitbringen. Bei Bedarf werden Einzel-, Paar- und_oder Familiengespräche geführt</p> <p>Der_die Sozialarbeiter_in muss sich auf verschiedene Problemlagen einstellen und flexibel sein, wenn neue Probleme oder Aufträge dazukommen</p>	<p>- fünfter Schritt: Termin mit Facharzt_Fachärztin vereinbaren</p> <p>- sechster Schritt: Telefonseelsorge anrufen</p> <p>Diese Notfallkarte sollte von dem_der Klienten_in immer mitgeführt werden (vgl. Hautzinger o.J.)</p> <p>✓ Telefonseelsorge: 0800/111 0 111 oder 0800/111 0 222. Außerdem wird eine Beratung per Mail angeboten. Eine kurze Anmeldung mit Nutzernamen und Passwort ist notwendig, um ein Postfach auf dem Server der Telefonseelsorge zu erhalten (vgl. Evangelische Konferenz für Telefonseelsorge, Offene Tür e.V.)</p> <p>✓ Der Verein „Schatten & Licht“ hat Listen online</p>
--	---	---

		<p>mit Adressen und Telefonnummern von medizinischem und sozialem Fachpersonal. Diese können für Netzwerkarbeit genutzt und dem_der Klienten_in zur Verfügung gestellt werden (vgl. Schatten & Licht e.V. 2017)</p>
Hauptphase	<p>dritter Termin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • möglicher Hausbesuch zum Kennenlernen des Umfeldes nach Absprache mit den Klienten_innen • bei Schwangeren gemeinsam einen Geburtsplan erstellen, dabei können Klienten_innen Fragen stellen und ihre Ängste äußern • Weiterführung der Präventionsangebote • Feststellung, was in letzter Zeit gut lief und was Probleme bereitet • Auswertung des Wochenplans und des Protokolls negativer Gedanken 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geburtsplan beinhaltet: <ul style="list-style-type: none"> - Entbindungsklinik - Hebammenbetreuung -Symptom-erscheinungen mit Reaktionen - Stressvermeidung durch Angehörige - Unterstützung und Weiterbetreuung nach der Geburt (vgl. Rohde, Dorsch, Schaefer 2015; 71ff.)

	<ul style="list-style-type: none"> • Vorbereitung eines Thementages: mögliche Themen sind zum Beispiel Gestaltung des Tagesablaufes, Unterstützungsangebote für Mütter in einer Tagesklinik, Unterstützungsangebote von Angehörigen für Betroffene, Psychohygiene für Angehörige • Vorschlagen welche Netzwerkpartner_innen die Hilfe unterstützen können <p>vierte Termin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Weiterführung der Präventivangebote • erste Evaluation der Behandlung: <ul style="list-style-type: none"> - Wie hilft diese im Alltag? - Welche Probleme konnten gelöst werden? - Welche sind dazugekommen? • Beantwortung von Fragen, zum Beispiel zum Geburtsplan 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ zur Unterstützung können benachrichtigt werden: Hebammen und Ärzte_innen (vgl. Schatten und Licht e.V. 2017) ▪ Zum Einstieg Postkarten verwenden: Die Karten können gezogen oder zur aktuellen Gefühlslage passend ausgewählt werden. Sie können auch die Zeit zwischen dem letztem Termin und der Gegenwart widerspiegeln. Auch die Land- und Seekarte der
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Einzelgesprächen mit Angehörigen: Auswertung des Tagebuches 	<p>Befindlichkeiten (Anhang 14) können genutzt werden. Über das Kartenbild lassen sich die Befindlichkeiten visualisieren. Figuren oder Gegenstände werden einem bestimmten Platz auf der Karte zugeordnet und als Gleichnis besprochen. Es schließen sich Fragen an: Wie fühlt man sich an dieser Stelle? Wie kann man diese Position verlassen? (vgl. Weller 2017)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sieben Probleme werden auf einem Zettel notiert. Angehörige und Betroffene bekommen Zeit, diese zu notieren und sie zu überdenken. Der_die Sozialarbeiter_in fragt schließlich: Welche Probleme sind lösbar und welche nicht? Weiter wird darüber
--	---	--

	<p>fünfter Termin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durchführung eines Thementages <p>sechster Termin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorschlag für einen Familientag: <ul style="list-style-type: none"> - Was kann sich die Familie vorstellen? - Welche Wünsche gibt es? • Aufarbeitung der Betroffenen-Biografie: Wo liegt der Auslöser für die PPD? 	<p>gesprächen:</p> <p>Welches Problem kann nicht gelöst werden? Was muss gelernt werden, um mit ungelösten Problemen zu leben? Eine andere Möglichkeit besteht im Finden einer Alternative (vgl. Buijssen 2011; 175ff.).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine Mindmap mit der Familie erstellen oder auf einem Flipchart alle Wünsche zu sammeln ▪ Ein Seil auf den Boden legen als Zeitstrahl, dazu Zettel und Stift. Betroffene und_oder Angehörige schreiben auf den Zetteln wichtige Erlebnisse auf und legen sie ebenfalls an den Zeitstrahl. Der
--	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Planung des Familientages mit den gewünschten Aktivitäten bis zum nächsten Treffen <p>siebter Termin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durchführung des Familientages <p>achter Termin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einstieg in das Treffen mit einer kurzen Reflexion des Familientages • Reflexion der letzten Wochen: Welche Probleme sind gelöst und gibt es neue Probleme? • Reflexion der Behandlung: <ul style="list-style-type: none"> - Wie hilft sie im Alltag? - Welche Fortschritte wurden gemacht? - Welche Unterstützung braucht die Familie noch? 	<p>Auslöser für die PPD wird herausgearbeitet und für Betroffene und_oder Angehörige visualisiert. Über Schlüsselerlebnisse bzw. Erlebnisse, die als belastend beschrieben werden, sprechen um ihren Kern zu erfassen (unterstützend zur Therapie) (vgl. Weller 2017).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Familie bei den Aktivitäten begleiten und unterstützen
--	---	---

	<p>Einzuplanende Aufgaben sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige Rücksprachen mit den Personen vom Netzwerk, Planung eines Netzwerktreffens, Auflisten der Hilfen, die die Einzelnen erbringen • Organisation einer Helferkonferenz für die Betroffenen und deren Angehörigen • Hilfe bei Antragsstellungen und beim Ausfüllen von Formularen • Informationsveranstaltung zum Thema Schwangerschaftsyoga • Der_die Sozialarbeiter_in kann die im Anhang angefügten Fragebögen zusammen mit dem Betroffenen ausfüllen und auswerten. Bei der intensiven Auswertung sollen die einzelnen Fragen der Fragebögen besprochen werden. Dabei soll auch auf die jeweilige Lebenssituation eingegangen werden. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Klinik, Arzt_Ärztin, Therapeut_in, Hebamme ✓ bei Bedarf Jugendamt, Betreuer_in <p>▪ Durch das Yoga wird das physische und psychische Wohlbefinden gefördert. Es werden drei Grundtechniken geübt: Asanas (Körperhaltung), Dhyana (Meditation) und Pranayama (Atemtechniken). Yoga ist ein niedrigschwelliger Behandlungsansatz und kann eine Stigmatisierung vorbeugen (vgl. Klatte, Pabst, Beelmann, Rosendahl 2016)</p>
--	--	--

Schlussphase	<p>neunter Termin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufgreifen der letzten Wochen: Wie wurden die gegebenen Hilfen im Alltag integriert? Welche Wünsche wurden erfüllt? Wo wird noch Hilfe benötigt? • Vorschlag eines erneuten Hausbesuches • Vorschläge sammeln für das letzte Treffen <p>zehnter Termin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hausbesuch ,wenn dies erwünscht ist • Auswertung der Hilfe: Welche Hilfe wird weitergeführt und welche wurde erfolgreich beendet? • Rückblick auf die Hilfe des_der Sozialarbeiters_in <p>Bei der Verabschiedung von der Familie sollte der_die Sozialarbeiter_in darauf hinweisen, dass beim Auftreten erneuter Probleme, jederzeit wieder Termine vereinbart werden können</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mindmap oder Sammlung auf einem Flipchart ▪ Seil als Zeitstrahl auf den Boden legen. Der Anfang des Seils ist der Erstkontakt und das Ende das letzte Treffen. Zettel und Stift dazu legen. Jeder kann seine Erlebnisse aufschreiben und an das Seil legen (Weller 2017)
--------------	---	---

7. Fazit

Im vorliegenden Bachelorthema „Handlungsmöglichkeiten für Sozialarbeiter_innen im Umgang mit Schwangerschafts- und Wochenbettdepression“ wurde zunächst ein theoretischer Überblick gegeben. Es wurden Begrifflichkeiten geklärt, Einblicke in die Ursachenforschung gegeben und zu verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten Wege aufgezeigt sowie auf die bereits existierende praktische Arbeit verwiesen.

Dieser vorgenannte Teil der Arbeit ist für Sozialarbeiter_innen wichtig, um Verständnis für all die komplizierten Probleme, die Betroffene bewegen zu erlangen. Außerdem brauchen Sozialarbeiter_innen Grundwissen, um Antworten auf Fragen von Angehörigen und Betroffenen geben zu können. Um eine falsche Vorstellung von solchen Begriffen wie Baby Blues und PPD zu vermeiden, sollten Sozialarbeiter_innen die Unterschiede der Begriffe in ihren Wirkungskreisen erklären und mit Beispielen belegen. Für viele Schwangere ist die Geburt eines Kindes nicht nur mit Freude verbunden. Aus diesem Mangel können ein Baby Blues und später eine PPD entstehen. Diesen Zusammenhang sollten Sozialarbeiter_innen in Gesprächen und Veranstaltungen aufzeigen. Der Stigmatisierung und Bagatellisierung der aufgeführten Problematik soll durch ein sicheres Verständnis der Begriffe entgegengewirkt werden.

In ihrem Tätigkeitsfeld benötigen Sozialarbeiter_innen neben dem Ursachenwissen auch Grundkenntnisse zu Behandlungsmethoden von Schwangerschafts- und Wochenbettdepression, um nach Rücksprache mit dem_der Arzt_Ärztin unterstützende Behandlungsangebote selbst leiten zu können.

In der Fachliteratur steht bei der Behandlung von PPD die psychische Erkrankung und deren Heilung durch medizinische Angebote im Vordergrund. Die große sozialarbeiterische Bedeutung der Arbeit mit den Angehörigen sowie die Bedeutung der Angehörigen für die Betroffenen über den gesamten Zeitraum hinweg, wird nur knapp erwähnt. Angehörige fühlen sich leicht hilflos und überflüssig. Gerade die Begleitung und Unterstützung ihrer Angehörigen ist aber für die Betroffenen besonders wichtig. Sozialarbeiter_innen sollten in verschiedenen Angeboten, wie Gesprächen oder Thementagen aufzeigen, wie Angehörige für Betroffene eine unersetzliche Stütze sind und für eine gründliche Genesung Mitverantwortung tragen. Sozialarbeiter_innen

organisieren, koordinieren und integrieren Angebote der Angehörigen in die Behandlung der Betroffenen.

Aufgrund der Tatsache, dass Sozialarbeiter_innen verbinden und koordinieren sollen, wurde für sie ein Leitfaden entwickelt. Die meisten Handlungsvorschläge, die in der Fachliteratur zu finden sind, beziehen sich auf Ärzte_innen, Hebammen oder Psychologen_innen. Die Arbeit des_der Sozialarbeiters_in wird nur wenig erwähnt. Er bietet eine Hilfestellung in Form eines Fahrplanes an, um die Arbeit für Betroffene und Angehörige leichter verbinden und organisieren zu können. Eine qualifizierte Sozialarbeit auf diesem Gebiet entlastet dazu das medizinische Fachpersonal. Sozialarbeiter_innen begleiten und hinterfragen das Gefühlserleben der Betroffenen und Angehörigen vor und während der Zeit der Behandlung. Sie organisieren Hilfen für die Zeit nach der Behandlung, koordinieren diese und stellen Netzwerkbeziehungen her.

Bei der umfangreichen Literaturrecherche wurde festgestellt, dass Betroffene oder Angehörige kaum Zugang zu Informationsmaterial haben. Viele Fachbücher sind für Hebammen oder Ärzte_innen gedacht. Im Internet können zwar auf verschiedenen Webseiten Informationen zum Thema eingesehen werden. Es kommt aber vor, dass auf jeder Webseite andere Informationen stehen. Das verwirrt Betroffene und Angehörige. Besser wäre ein einheitliches Infomaterial, welches den Ernst der Problematik zeigt. Zudem tragen einheitliche Informationen zu einer Entstigmatisierung und einer größeren Sensibilisierung bei.

Ein Informationsflyer zu dem Thema Schwangerschafts- und Wochenbettdepression könnte folgende Inhalte haben:

- Definition der Begriffe Baby Blues und PPD
- charakteristische Symptome
- eine kurze Erklärung der Behandlungsphasen
- wichtige Telefonnummern auch außerhalb der Sprechzeiten, zum Beispiel von der Telefonseelsorge
- passend zur Region fachliche Ansprechpartner_innen mit deren Adressen und Telefonnummern, zum Beispiel: Psychische Notfallambulanz

Dieser Flyer kann in verschiedenen Einrichtungen und Institutionen ausliegen, zum Beispiel bei Gynäkologen_innen, in Krankenhäusern, in Beratungsstellen, beim Gesundheits- oder Jugendamt. Er kann von Hebammen mitgeführt und an ihre Klientinnen weitergegeben werden.

Die Arbeit ließ nicht zu, alle relevanten Punkte des Themas zu beleuchten. Von Interesse wäre zum Beispiel, wenn Angehörige durch die Belastung einer von PPD Betroffenen eine eigene Depression entwickeln. Dieser Punkt wurde kurz im Kapitel 5.3 „Psychohygiene für Angehörige“ angesprochen, müsste aber weiter ausgebaut werden.

Weiter zu überprüfen sind die Beziehungen zwischen einem betroffenen Paar und Angehörigen. Die PPD wirkt sich auf die Paar- und Eltern-Kind-Beziehung und das Familiensystem aus. Gefragt ist, wie Sozialarbeiter_innen auch hier konkret helfen können (vgl. Rohde 2004; 113).

Zudem wäre nützlich biologische Ursachen einer PPD, die Behandlung einer PPP sowie die Unterschiede in der Behandlung von PPD und PPP zu betrachten.

Außerdem lohnt es sich neue Präventionsangebote zu suchen und auszuwerten. Hierbei ist zu überlegen, ob sich weitere Präventionsnetzwerke wie im Rhein-Neckar-Kreis anbieten. Sie sind eine Schnittstelle zwischen dem Gesundheitssystem und der Jugendhilfe. Es wird Wert auf das Kindeswohl und die Gesundheit der Mutter gelegt. Das gut vernetzte System will eine Stigmatisierung verhindern und achtet auf die Probleme die vor und nach der Geburt auftreten können (vgl. Hornstein, Wild, Baranski, Trautmann-Villalba, Keppler 2012; 133ff.). Interviews und Fragebögen könnten schnell Klarheit schaffen.

Abschließend lässt sich sagen: Das Thema Schwangerschafts- und Wochenbettdepression hält ein großes Spektrum an Unterthemen bereit.

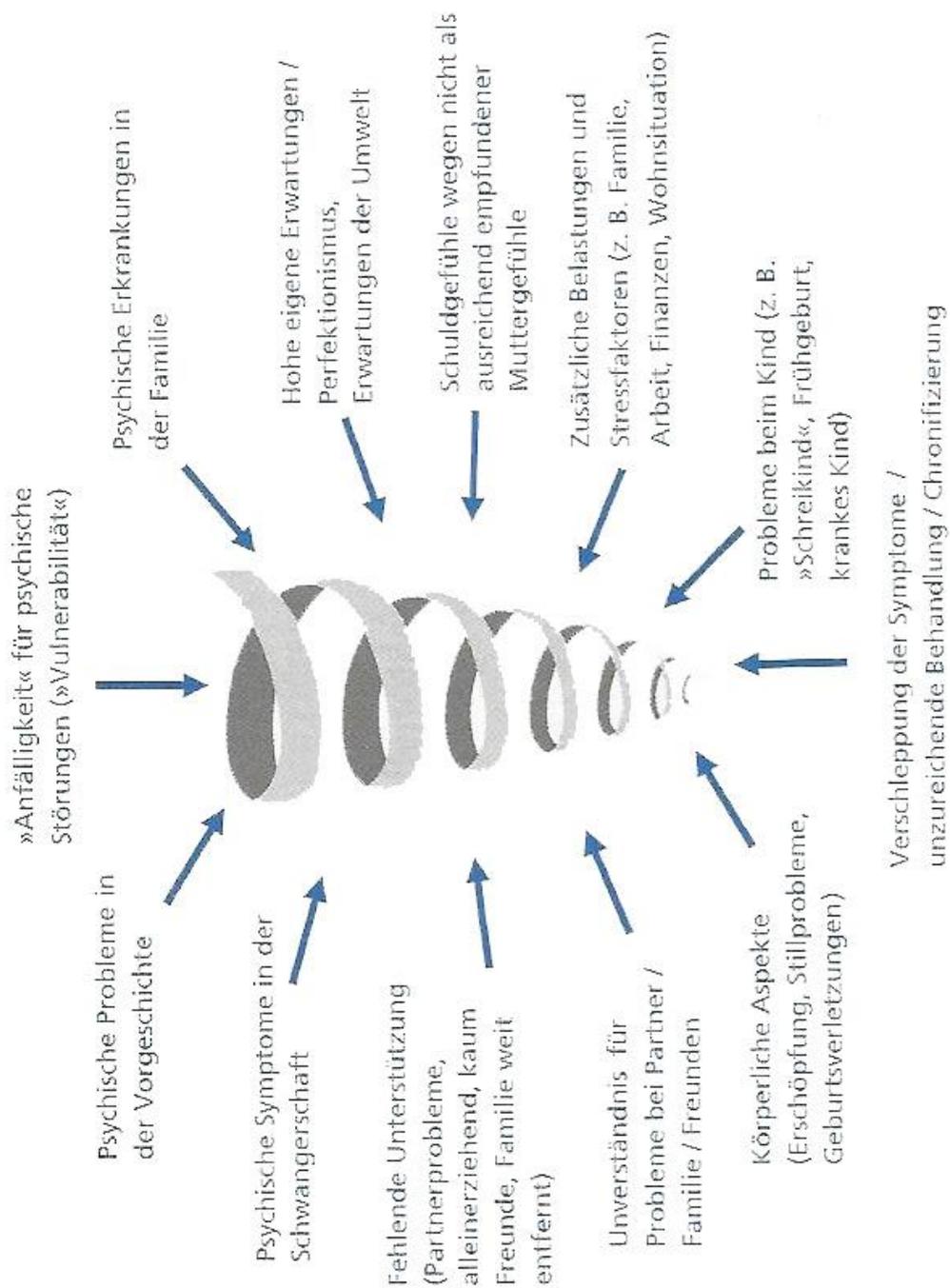
Der_die Sozialarbeiter_in nimmt in der Bewältigung von PPD eine organisierende, koordinierende und begleitende Position ein. Er_sie ist das Bindeglied zwischen den Akteuren_innen. Sozialarbeiter_innen versuchen in ihrem Berufsalltag die Betroffenen- und die Angehörigenarbeit zu stimulieren, aber auch Rückhand der Netzwerkpartner_innen zu sein, um bei Problemen rechtzeitig mit zu intervenieren.

Aus dem Schwangerschaftskonfliktgesetz, kurz SchKG, lässt sich ableiten, dass Sozialarbeiter_innen in der Hilfe für Betroffene einer Schwangerschafts- und Wochenbettdepression feste Aufgaben übernehmen und erfüllen sollten. Im SchKG besagt §2 Beratung, dass jeder Mensch das Recht hat bei Fragen der Familienplanung, Verhütung usw. sich in einer Beratungsstelle beraten zu lassen. Somit nehmen Sozialarbeiter_innen eine konstante Anlaufstelle zur Begleitung und Unterstützung von Betroffenen und ihren Angehörigen ein.

8. Anhangsverzeichnis

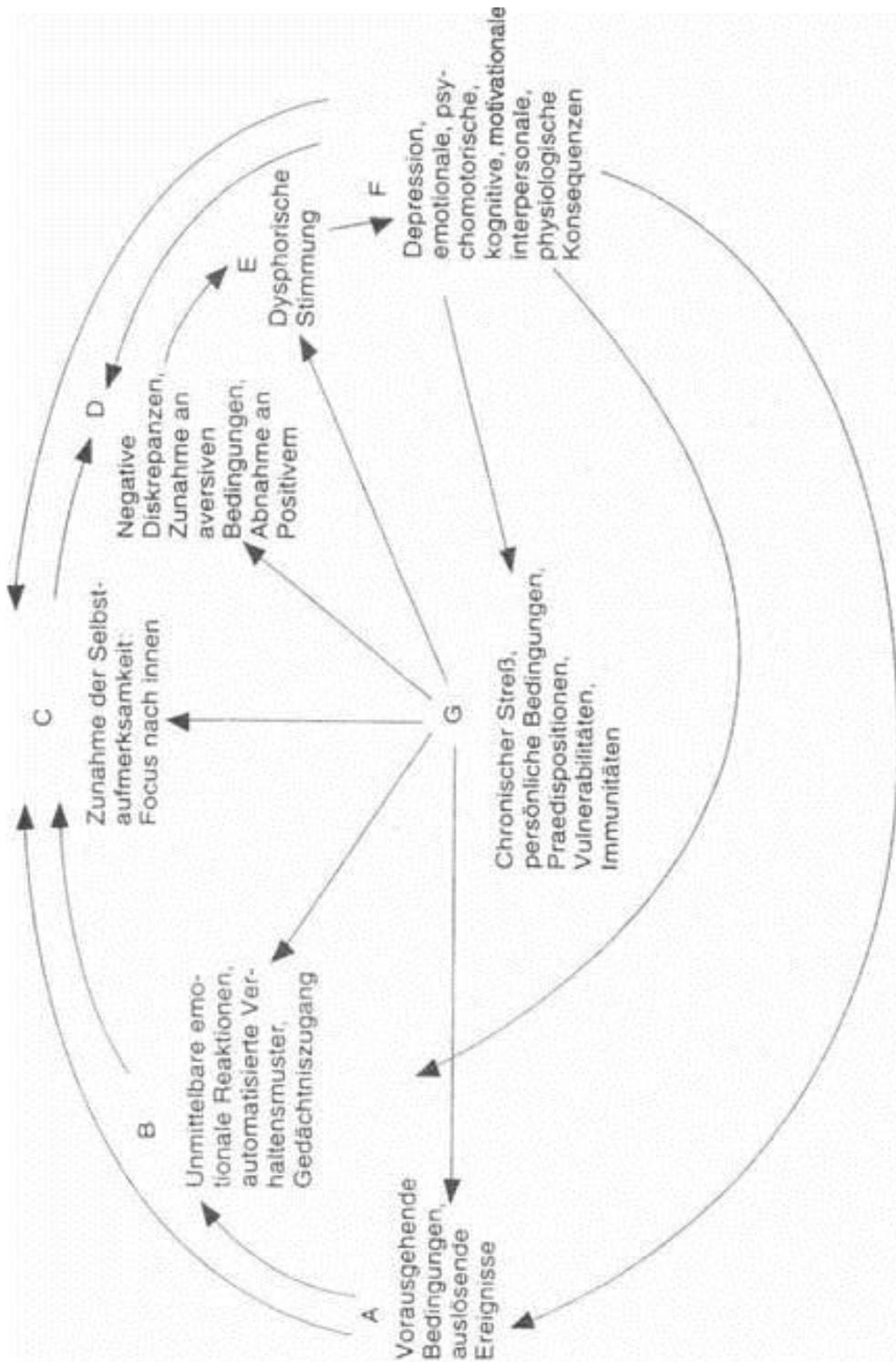
Anhang 1	Spirale der postpartalen Depression
Anhang 2	multifaktorielles Depressionsmodell
Anhang 3	Fragebogen zum Kohärenzgefühl
Anhang 4	EPDS Test
Anhang 5	Fragebogen von Lazarus zur Beurteilung der Klienten_innen-Therapeuten_innen-Beziehung
Anhang 6	Beispiel Beziehungsgestaltende Gesprächsführung
Anhang 7	abwärts- und aufwärtsgerichtete Depressionsspirale
Anhang 8	Wochenplan
Anhang 9	Protokoll negativer Gedanken
Anhang 10	Trainingsabfolge PMR
Anhang 11	Gelbe Karte
Anhang 12	Gesprächsleitfaden zur psychosozialen Situation
Anhang 13	Notfallplan
Anhang 14	Land- und Seekarte der Befindlichkeiten

Anhang 1



Rohde, A. (2014): Postnatale Depressionen und andere psychische Probleme. Ein Ratgeber für betroffene Frauen und Angehörige. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 44.

Anhang 2



Hautzinger, M.; Stark, W.; Treiber, R. (2000): Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Behandlungsanleitungen und Materialien. 5. vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim. Beltz. S. 15.

Selbsttest »Stimmung nach der Geburt« (EPDS)

In den letzten 7 Tagen

(oder in den Tagen seit der Geburt, wenn diese weniger als 7 Tage her ist):

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

- so wie ich es immer konnte
- 1** nicht ganz so wie sonst immer
- 2** deutlich weniger als früher
- 3** überhaupt nicht

2) konnte ich mich so richtig auf etwas freuen

- so wie immer
- 1** etwas weniger als sonst
- 2** deutlich weniger als früher
- 3** kaum

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

- 3** ja, meistens
- 2** ja, manchmal
- 1** nein, nicht so oft
- nein, niemals

4) war ich aus wichtigen Gründen ängstlich und besorgt

- nein, überhaupt nicht
- 1** selten
- 2** ja, manchmal
- 3** ja, häufig

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

- 3** ja, oft
- 2** ja, manchmal
- 1** nein, nicht oft
- nein, überhaupt nicht

6) überforderten mich verschiedene Umstände

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

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

- 3 ja, die meiste Zeit
- 2 ja, manchmal
- 1 nein, nicht sehr oft
- 0 nein, überhaupt nicht

8) habe ich mich traurig und schlecht gefühlt

- 3 ja, die meiste Zeit
- 2 ja, manchmal
- 1 selten
- 0 nein, überhaupt nicht

9) war ich so unglücklich, dass ich geweint habe

- 3 ja, die ganze Zeit
- 2 ja, manchmal
- 1 nur gelegentlich
- 0 nein, niemals

10) überkam mich der Gedanke, mir selbst Schaden zuzufügen

- 3 ja, ziemlich oft
- 2 manchmal
- 1 kaum
- 0 niemals

Bewertung:

Nach Zusammenzählen der Zahlen kann der Wert zwischen 0 und 30 liegen.

Liegt der **Wert bei 12 oder niedriger**, könnte es sich um vorübergehende, leichte depressive Symptome handeln. Am besten noch etwas abwarten und den Test nach einer Woche wiederholen.

Liegt der **Wert über 12** oder sogar deutlich über 12, möglichst einen Arzt oder eine Psychotherapeutin zu Rate ziehen, die eine genauere Depressionsdiagnostik durchführen können.

Liegt der **Wert um 20 oder höher**, ist dringend zu empfehlen, sich Unterstützung zu suchen. Eine Depression oder eine verwandte Erkrankung, die mit depressiven Symptomen einhergeht, ist ziemlich wahrscheinlich.

Rohde, A. (2014): Postnatale Depressionen und andere psychische Probleme. Ein Ratgeber für betroffene Frauen und Angehörige. 1. Auflage. Stuttgart. Kohlhammer. S. 25.

Anhang 5

1. Ich fühle mich bei meinem Therapeuten wohl.
 1 2 3 4 5
2. Der Therapeut scheint sich mit mir wohlfühlen.
 1 2 3 4 5
3. Der Therapeut ist flexibel und offen für neue Ideen.
 1 2 3 4 5
4. Der Therapeut hat einen angenehmen Charakter.
 1 2 3 4 5
5. Der Therapeut antwortet auf meine Fragen, statt mich zu fragen, was ich meine.
 1 2 3 4 5
6. Der Therapeut drückt sich für mich sprachlich verständlich aus.
 1 2 3 4 5
7. Der Therapeut sagt Dinge, mit denen ich etwas anfangen kann.
 1 2 3 4 5
8. Der Therapeut ermutigt mich zu eigener kritischer Meinung, auch wenn sie von seiner Meinung abweicht. Er sieht dies nicht als Äußerung des Widerstands.
 1 2 3 4 5
9. Der Therapeut will Menschen kontaktieren, die wichtig für mich sind.
 1 2 3 4 5

10. Der Therapeut schaut nicht ständig auf die Uhr; er verlängert manchmal die Sitzung, ohne dies gesondert in Rechnung zu stellen.

1 2 3 4 5

11. Bei rechtzeitiger Terminabsage erfolgt keine Rechnungstellung.

1 2 3 4 5

12. Im Allgemeinen fühle ich mich nach meinen Therapiesitzungen besser und schätze mich selbst mehr.

1 2 3 4 5

(Van Verhulst 2001)

Jede Frage wird folgendermaßen bewertet:

1 = nie oder gar nicht,

2 = selten

3 = manchmal, es ist akzeptabel

4 = meistens ja, recht gut

5 = immer, sehr

Schließlich werden die Bewertungsziffern aller Fragen addiert.

Buijssen, H. (2011): Depression. Helfen und sich nicht verlieren. ein Ratgeber für Freunde und Familie. 1. Auflage. Weinheim. Basel. Beltz. S. 134 f.

Anhang 6

- Berater_in: Guten Tag, wie kann ich Ihnen helfen?
- Klientin: Ich habe das Gefühl, dass ich der Aufgabe als Mutter nicht gewachsen bin. Egal was ich mache, es ist immer falsch. Ich kann mein Kind nicht beruhigen, wenn es schreit und nachts finde ich keinen Schlaf, weil ich Angst habe, wenn ich einschlafe mein Kind wieder aufwacht und mich fordert.
- Berater_in: Sie sagen Sie sind der Mutterrolle nicht gewachsen und das Sie nachts aus Angst nicht schlafen.
- Klientin: Ja, ich habe Angst, dass wenn ich schlafe ich mein Kind nicht schreien höre. Mein Mann geht arbeiten und ich will nicht, dass er nachts nicht schlafen kann und sich um das Kind kümmert, weil ich nicht wach werde.
- Berater_in: Sie sagen ihr Mann arbeitet tagsüber und er soll nachts gut schlafen. Welche weitere Unterstützung haben Sie bei der Versorgung ihres Kindes?
- Klientin: Mein Mann hat sich sofort gefreut als ich ihm sagte, dass ich schwanger bin. Er machte Pläne, damit wir gemeinsam zu Hause sind und uns beide um unserer Kind kümmern können. Kurz vor der Geburt wurde er befördert und kann somit nicht zu Hause bleiben. Meine Eltern wohnen sehr weit weg und können uns immer nur kurz besuchen. Die Eltern meines Mannes gehen noch arbeiten.
- Berater_in: Wie geht es Ihnen mit dieser Situation?
- Klientin: Ich freue mich für meinen Mann. Schließlich hat er so lange für die Beförderung gearbeitet. Ich habe nur das Gefühl, dass ich das Kind nicht gut versorge und vieles falsche mache. Ich habe Angst, dass meinem Kind etwas fehlt.

- Berater_in: Ich versuche mir gerade eine Situation vorzustellen in der Sie überfordert sind und glaube, dass es auch Situationen gibt die Sie erfolgreich gemeistert haben. Wie war das bei Ihnen?
- Klientin: Als unser Kind auf die Welt kam, hatte ich Probleme beim Stillen. Mit meiner Hebamme habe ich geübt und ich konnte nach einiger Zeit unser Kind ohne Hilfe stillen. Ich fühlte mich stolz und war glücklich, dass ich dafür sorgen konnte, das mein Kind etwas zu Essen bekommt.
- Berater_in: Ich verstehe es so, dass Sie Glück und Stolz empfanden. Vorhin erzählten Sie mir, dass ihr Mann und ihre Schwiegereltern berufstätig sind und ihre Eltern weit entfernt wohnen. Wenn Sie sich einmal vorstellen noch andere Unterstützung zu bekommen, welche wäre das?
- Klientin: Eine Freundin von mir kommt manchmal vorbei und spielt dann auch gerne mit meinem Kind. Eine andere Freundin ist gerade im 6. Monat schwanger. Leider kommt sie nicht vorbei, weil sie oft im Krankenhaus ist.
- Berater_in: Sie sagen, dass ihre Freundin manchmal vorbei kommt und sie unterstützt. Was halten Sie davon, wenn Sie regelmäßig mit ihrem Kind und ihrer Freundin etwas unternehmen?
- Klientin: Ich würde sie fragen, ob sie mich zur Krabbelgruppe begleitet. Leider weiß ich nicht, ob es solch ein Angebot in meiner Nähe gibt und allein würde ich dort nicht hingehen.
- Berater_in: Ich habe hier einen Flyer, indem sind alle Krabbelgruppen der Stadt aufgelistet sind. Wenn Sie sich vorstellen, dass Sie morgen bei der Krabbelgruppe sind, was würde dort passieren?
- Klientin: Ich würde zusammen mit meiner Freundin hingehen und mir erst einmal alles anschauen. Wenn es mir dort gefällt, werde ich regelmäßig hingehen. Dann kann ich mich dort mit anderen Eltern unterhalten und mir Tipps zu bestimmten Situationen holen oder ich

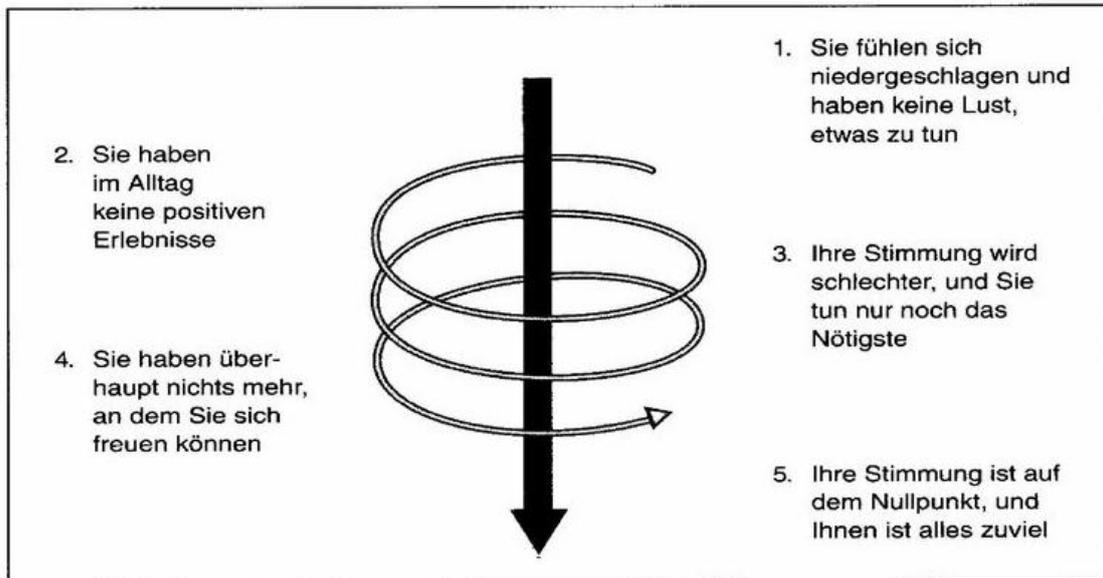
gebe anderen Eltern Ratschläge. Vielleicht kann sich auch mein Mann für diese Zeit freistellen lassen, damit wir gemeinsam mit unserem Kind etwas unternehmen.

Berater_in: Dann gebe ich Ihnen diesen Flyer mit und sie können sich eine Krabbelgruppe aussuchen.

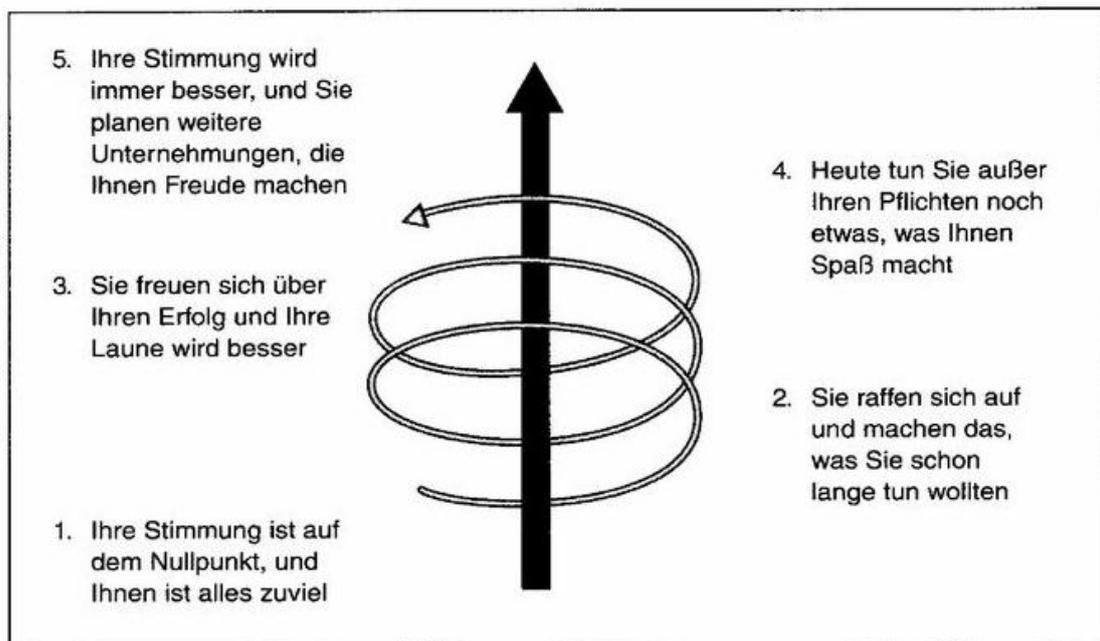
Sie können mich jederzeit kontaktieren oder wiederkommen.

vgl. **Weinberger, S.** (2013): Klientenzentrierte Gesprächsführung. Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe. 14. überarbeitete Auflage. Weinheim. Basel. Beltz Juventa. S. 101 ff.

Anhang 7



Abwärtsgerichtete Depressionsspirale



Aufwärtsgerichtete Depressionsspirale

Hautzinger, Martin (1998): Depression. Fortschritte der Psychotherapie. Manuale für die Praxis. Band 4. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe. S. 85.

Anhang 8

Wochenplan von _____ bis _____							
Uhrzeit	Montag	Diens- tag	Mitt- woch	Donners- tag	Freitag	Samstag	Sonntag
7 – 8	Auf- stehen	Auf- stehen	Auf- stehen	Auf- stehen	Auf- stehen	Auf- stehen	Auf- stehen
8 – 9	Frühstück	Früh- stück	Früh- stück	Früh- stück	Früh- stück	Früh- stück	Früh- stück
9 – 10	Arzt- besuch	Kind stillen	Krabbel- gruppe	Kind stillen	Kind stillen	Kind stillen	Kind stillen
10 – 11	Kind stillen	Spazie- ren	Spazie- ren	Baby- schwim- men	Spazie- ren	Schwim- men mit Familie	Ausflug mit Pick- nick
11 – 12	Kochen	Kochen	Kochen	Kochen	Kochen		
12 – 13	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag	Mittag	
13 – 14	Mittags- ruhe	Mittags- ruhe	Mittags- ruhe	Mittags- ruhe	Mittags- ruhe	Mittags- ruhe	Mittags- ruhe
14 – 15	Kind stillen	Kind stillen	Kind stillen	Kind stillen	Kind stillen	Kind stillen	Kind stillen
15 – 16	Beratungs- gespräch	Spielen mit Kind	Oma und Opa besu- chen	Yoga	Spielen mit Kind	Spazie- ren	Besuch von Freunden
16 – 17	Kochen	Kochen		Spazie- ren	Besuch von Freun- den		
17 – 18	Abend- essen	Abend- essen		Abend- essen	Kind stillen	Kino und Abend- essen mit dem Partner	
18 – 19	Kind stillen	Kind stillen		Kind stillen			
19 – 20	Kind ins Bett bringen	Kind ins Bett bringen	Kind ins Bett bringen	Kind ins Bett bringen	Kind ins Bett bringen	Kind ins Bett bringen	
20 – 21	Buch lesen	Musik hören	Telefo- nieren	Fern- sehen	Fern- sehen		Buch lesen
21 – 22	ins Bett gehen	ins Bett gehen	ins Bett gehen	ins Bett gehen	ins Bett gehen		ins Bett gehen

vgl. **Hautzinger, M.** (o.J.): Depressionen und Burnout. Erkennen, Erklären, Behandeln. https://www.uni-hildesheim.de/media/fb1/psychologie/ZFG/Praesentationen_Konferenz/Kognitive_Verhaltenstherapie_bei_Burnout__Depression_-_Hautzinger.pdf. letzter Zugriff am 24.07.17.

Anhang 9

Sobald Sie ein unangenehmes Gefühl oder eine unangenehme Stimmung erleben, sollten Sie hier die Situation bzw. das Ergebnis festhalten, das dem Gefühl bzw. der Stimmung vorausging.

Danach notieren Sie Ihre automatischen Gedanken.

Datum	Situations-Beschreibung	Gefühl	Automatische Gedanken	Rationalere Gedanken	Ergebnis
	Aktuelle Ereignisse, die zu unangenehmen Gefühlen führen; Gedanken, Tagträume usw.	Genau angeben (Angst, Wut usw.) Einschätzen von 0-100%	Die automatischen, negativen Gedanken angeben, die dem Gefühl vorausgingen	Rationale Reaktion auf automatische Gedanken aufschreiben	Gefühle nach den rationaleren Gedanken angeben und einschätzen

Hautzinger, Martin (1998): Depression. Fortschritte der Psychotherapie. Manuale für die Praxis. Band 4. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe. S. 62

Anhang 10

1. Armübungen

Instruktionen¹

- a) Beugen Sie die linke/rechte Hand nach hinten, so daß die Fingerspitzen nach oben deuten
- b) Beugen Sie die linke/rechte Hand nach vorn, so daß die Fingerspitzen auf den Boden deuten
- c) Winkeln Sie den linken/rechten Ellenbogen an
- d) Drücken Sie das linke/rechte Handgelenk auf die Stuhllehne

Kontrahierte Muskelgruppen

- Dorsale Gruppe der Unterarmmuskulatur (Handstrecker)
- Palmare Gruppe der Unterarmmuskulatur (Handbeuger)
- Oberarmmuskulatur (Armbeuger; z.B. m. biceps brachii)
- Oberarmmuskulatur (Armstrecker; z.B. m. triceps brachii)

2. Beinübungen

Instruktionen

- a) Beugen Sie den rechten/linken Fuß nach oben, so daß die Zehenspitzen zur Decke deuten
- b) Pressen Sie die Zehenspitzen des rechten/linken Fußes gegen den Boden
- c) Heben Sie Ihren linken/rechten Fuß an, ohne den Oberschenkel zu bewegen
- d) Drücken Sie die Fersen des linken/rechten Fußes nach hinten, ohne den Oberschenkel zu bewegen
- e) Drücken Sie den gesamten linken/rechten Fuß auf den Boden
- f) Ziehen Sie den linken/rechten Oberschenkel an, und lassen Sie den Fuß locker herunterhängen

Kontrahierte Muskelgruppen

- Vordere Gruppe der Unterschenkelmuskulatur (z.B. m. tibialis anterior)
- Wadenmuskeln (z.B. m. gastrocnemius)
- Ventrale Gruppe der Oberschenkelmuskulatur (z.B. m. quadriceps femoris)
- Dorsale Gruppe der Oberschenkelmuskulatur (z.B. m. biceps femoris)
- Gesäßmuskulatur (m. gluteus maximus) und die ventrale Gruppe der Oberschenkelmuskulatur (s.o.)
- Hüftbeuger (m. iliopsoas; m. rectus femoris)

3. Übungen im Rumpfbereich

Instruktionen

- a) Ziehen Sie den Bauch ein
- b) Setzen Sie sich aufrecht hin, und machen Sie ein leichtes Hohlkreuz
- c) Halten Sie die Luft an, beobachten Sie die Spannung in Ihrer Brust*
- d) Drücken Sie die Schultern nach hinten
- e/f) Heben Sie den e)linken/f)rechten Arm und führen Sie ihn vor der Brust nach e)rechts/f)links
- g) Heben Sie die Schultern an

Kontrahierte Muskelgruppen

- Bauchmuskulatur (z.B. m. transversus abdominis)
- Rückenmuskulatur (z.B. m. erector spinae)
- Zwischenrippenmuskulatur und Zwerchfell
- Schultermuskulatur (z.B. mittlerer Trapeziusteil)
- Brustmuskulatur (z.B. m. pectoralis major)
- Schultermuskulatur (z.B. oberer Trapeziusteil)

* Während der Entspannungsphase wird die Person darauf hingewiesen, sich ihrer Atmung zu überlassen.

4. Nackenübungen

Instruktionen

- a) Drücken Sie den Kopf nach hinten (gegen einen externen Widerstand)
- b) Drücken Sie den Kopf auf die Brust (gegen einen externen Widerstand)
- c)/d) Beugen Sie den Kopf nach c) links/
d) rechts

Kontrahierte Muskelgruppen

Nackenmuskulatur
Prävertebrale Muskeln und Mm. scaleni
Tiefe Nackenmuskulatur

5. Übungen der Augenregion

Instruktionen

- a) Ziehen Sie die Augenbrauen nach oben, so daß auf der Stirn horizontale Falten entstehen
- b) Ziehen Sie die Augenbrauen zusammen, so daß auf der Stirn vertikale Falten entstehen
- c) Schließen Sie fest die Augen
- d) Schauen Sie, ohne den Kopf zu beugen, nach links, rechts, oben, unten, geradeaus

Kontrahierte Muskelgruppen

Stirnmuskulatur (z. B. m. occipito frontalis)
Gesichtsmuskulatur (m. corrugator supercilii)
Gesichtsmuskulatur (m. orbicularis oculi)
Augenmuskulatur

Diese Übungen werden mit geschlossenen Augenlidern durchgeführt

6. Visualisationsübungen

In diesen Übungen soll sich der Proband Bewegungen visualisierter Objekte vorstellen. Solche Imaginationen sind mit mikroskopischen Augenbewegungen assoziiert. Die Probanden sollen daher die schwachen Kontraktionen der Augenmuskulatur während dieser Imaginationsübungen wahrnehmen lernen. Zuerst werden horizontale (z. B. Imagination eines vorbeifahrenden Autos, Zuges etc.), dann vertikale (z. B. Vorstellung, daß man zu der Spitze eines Baumes oder Turmes hinaufblickt) und schließlich komplexe (z. B. Vorstellung eines flüchtenden, hakenschlagenden Hasen) Augenbewegungen ausgelöst. Diese Übungen werden zunächst mit geschlossenen, dann mit geöffneten Augen durchgeführt.

7. Übungen der Sprechwerkzeuge

Instruktionen

- a) Schließen Sie den Mund, und beißen Sie die Backenzähne aufeinander
- b) Öffnen sie den Mund
- c) Zeigen Sie Ihre Zähne, lächeln Sie
- d) Spitzen Sie Ihre Lippen (Kußmund)
- e) Drücken Sie die Zunge nach vorn gegen die Zähne
- f) Drücken Sie die Zunge nach hinten gegen den Gaumen

Kontrahierte Muskelgruppen

Kaumuskulatur (z. B. m. masseter)
Mundbodenmuskulatur (z. B. m. mylohyoideus)
Gesichtsmuskeln (z. B. m. zygomaticus)
Gesichtsmuskeln (z. B. m. orbicularis oris)
Zungenmuskeln (z. B. m. genioglossus)
Zungenmuskeln (z. B. m. styloglossus)

Hamm; A. (1993): Progressive Muskelentspannung. In: Vaitl, D. und Petermann, F. (Hrsg.): Handbuch der Entspannungsverfahren. Grundlagen und Methoden. Band 1. Weinheim. Beltz. S. 245–271. S. 247f.



**Dies ist Ihre
GELBE KARTE**

Prof. Dr. Johannes Herwig-Lempp

*Dipl.-Sozialpädagoge
Systemischer Sozialarbeiter*
- Ausbildung
- Beratung
- Supervision
- Fortbildung

*Ammerdorfer Weg 115
06128 Halle (Saale)
T: 0345/ 54 84 680
M: 0179/ 199 39 49*

*johannes@herwig-lempp.de
www.herwig-lempp.de*

*Hochschule Merseburg
Fachbereich
Soziale Arbeit, Medien, Kultur
Eberhard-Leibnitz-Str. 2
06217 Merseburg
T: 03461/ 46-22 31
F: 03461/ 46-22 41*

Wenn Sie...

- unzufrieden sind,
- sich unwohl fühlen,
- sich über mich ärgern,
- sich missverstanden fühlen,
- sich unfair behandelt fühlen,
- auf eine Frage nicht antworten möchten,
- eine Pause oder Unterbrechung wünschen,

dann...

*zögern Sie bitte nicht, mir Ihre Wünsche,
Bedürfnisse, Verärgerungen oder Beschwerden
mitzuteilen, denn nur wenn ich davon weiß,
kann ich auch darauf eingehen. Vielen Dank!*

*Beschwerden erleichtern die
Zusammenarbeit!*

Herwig-Lempp, J. (2017): Beschwerden. Beschwerden erleichtern die Zusammenarbeit. <http://www.herwig-lempp.de/beschwerden/>. letzter Zugriff am 17.07.2017.



Gesprächleitfaden zur psychosozialen Situation

Ch. Homstein, E. Hohm, P. Trautmann-Villalba, E. Wild, R. Wunderlich, N. Baranski

Name:

Datum:

1. Alter und Schwangerschaft		Wie sehr hat Sie das belastet?					
	ja	nein	sehr	ziemlich	wenig	nicht	
1.1.	Alter der Mutter beim 1. Kind < 20 Jahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
1.2.	Waren Sie während der Schwangerschaft regelmäßig bei den Vorsorgeuntersuchungen? (kodiere Mehrere fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen ab 2. Trimenon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
1.3.	Alter der Kinder (kodiere rasche Schwangerschaftsfolge < 1 Jahr)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
1.4.	War diese oder eine frühere Schwangerschaft sehr belastend (z.B. Kind unerwünscht, lange unerfüllter Kinderwunsch)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
1.5.	Sind Sie alleinerziehend?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2. Unterstützung		ja	häufig	selten	nein		
2.1.	Haben Sie nach der Geburt Unterstützung im Alltag (z.B. Großeltern)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
2.2.	Gibt es jemanden, mit dem Sie über Ihre Gefühle und Sorgen sprechen können (z.B. Freunde)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
2.3.	Fühlen Sie sich von Ihrem Partner ausreichend unterstützt (z.B. wenn traurig)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
3. Belastungen (im letzten Jahr oder schon Lange)		nein	ja	Wie sehr hat Sie das belastet?			
				sehr	ziemlich	wenig	nicht
3.1.	Ist eine für Sie wichtige Beziehung zerbrochen (z.B. Trennung, Scheidung, Todesfall)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2.	Haben Sie schwere Konflikte mit Ihrem Partner?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.3.	Gab es schwere Auseinandersetzungen/ Tätlichkeiten mit Ihren wichtigsten Bezugspersonen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.4.	Wie ist Ihre berufliche Situation? (kodiere lange Arbeitslosigkeit, häufige Arbeitsplatzwechsel, Unzufriedenheit mit der Arbeit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.5.	Haben Sie oft nur das Notwendigste zum Leben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.6.	Gab es irgendein anderes für Sie wichtiges Ereignis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(bitte notieren)				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Persönlichkeit				ja	nein		
5.1.	Erwarten Sie immer sehr viel von sich selbst? (Neigung sich zu überfordern)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
5.2.	Haben oder hatten Sie manchmal solche Anspannungen, dass Sie sich selbst weh tun?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
6. Psychische Gesundheit				nein	ja		
6.1.	Hatten Sie jemals in Ihrem Leben eine <u>schwere psychische Erkrankung</u> ? Eine Depression, Manie, Psychose (z.B. Schizophrenie) oder Suchterkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
a. Welcher Art?							
6.2.	Sind Sie zur Zeit oder waren Sie früher wegen psychischen Problemen in Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nein	zur Zeit	ja	
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	



6.3. Haben Sie sich jemals länger als 2 Wochen <u>ängstlich, traurig, niedergeschlagen</u> oder <u>energieelos</u> gefühlt?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
a. Hatten Sie diese Gefühle in Zusammenhang mit einer Schwangerschaft oder Geburt?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
6.4. Haben Sie schon einmal daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
6.5. Gab es einmal eine Zeit (länger als 4 Wochen), in der Sie so viel <u>Alkohol</u> (Wein, Bier oder Likör) getrunken haben, dass Ihre Leistung beeinträchtigt wurde oder Sie sich in Gefahr gebracht haben?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
a. Haben sie während der Schwangerschaft den Konsum unverändert beibehalten?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
6.6. Haben Sie während der Schwangerschaft geraucht?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
6.7. Haben Sie eine längere Zeitspanne (länger als 4 Wochen) <u>Drogen</u> genommen?	nein <input type="radio"/>	zur Zeit <input type="radio"/>	früher <input type="radio"/>	
Welche?				
6.8. Gibt es jemanden in Ihrer Familie (Herkunffamilie, Partner), der irgendwann einmal schwere psychische Probleme oder Probleme mit Alkohol oder Drogen hatte?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nicht sicher <input type="radio"/>	
Wer?				
Welche?				
7. Misshandlung und Missbrauch				
7.1. Wurden Sie als Kind in irgendeiner Art und Weise verletzt, misshandelt oder missbraucht (körperlich, emotional, sexuell)?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
8. Gewalttätigkeit / Delinquenz				
8.1. Sind Sie schon von Ihrem Partner oder von einer anderen Ihnen vertrauten Person geschlagen, verletzt oder verängstigt worden?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
8.2. Sind Sie schon mal so wütend geworden, dass Sie Ihren Partner geschlagen oder verletzt haben?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
8.3. Wurden Sie oder Ihr Partner jemals in einem Strafverfahren verurteilt?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
9. Soziales Umfeld				
9.1. Welchen Schulabschluss haben Sie? (Kodiere nur kein Abschluß)	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
9.2. Sind Sie mit Ihren Wohnungsverhältnissen unzufrieden? (keine Rückzugsmöglichkeit, mehrere Personen in einem Raum)	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
9.3. Haben Sie jemals Kontakt zum Jugendhilfesystem gehabt?				
a. Für sich selbst (Pflege, Adoption, Heim)	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
b. Für ihre Kinder (Pflege, Adoption, Heim, sozialpädiatrische Familienhilfe, u.Ä.)	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
10. Erhöhte Fürsorgeanforderungen des Kindes				
10.1	Frühgeburtlichkeit <input type="radio"/>	Mehrlinge <input type="radio"/>	Angeborene/neonatal erworbene Erkrankungen <input type="radio"/>	Sonstiges/Bemerkungen
11. Beobachtbare Auffälligkeiten (während des stationären Aufenthaltes)				
11.1. Ablehnende Äußerungen über das Kind	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
11.2. Kein Besuch	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
11.3. Mangelnde körperliche Hygiene	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
11.4. Gehobene Stimmung/Umtriebigkeit	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		
11.5. Seltsame, befremdende Ideen	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>		

2



Hornstein, Ch.; Hohm, E.; Trautmann-Villalba, P.; Wild, E.; Wunderlich, R.; Baranski, N. (2012): Gesprächsleitfaden zur psychosozialen Situation. In: Riecher-Rössler, A. (Hrsg.): Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Basel. S. 148f.

Notfallplan von XY

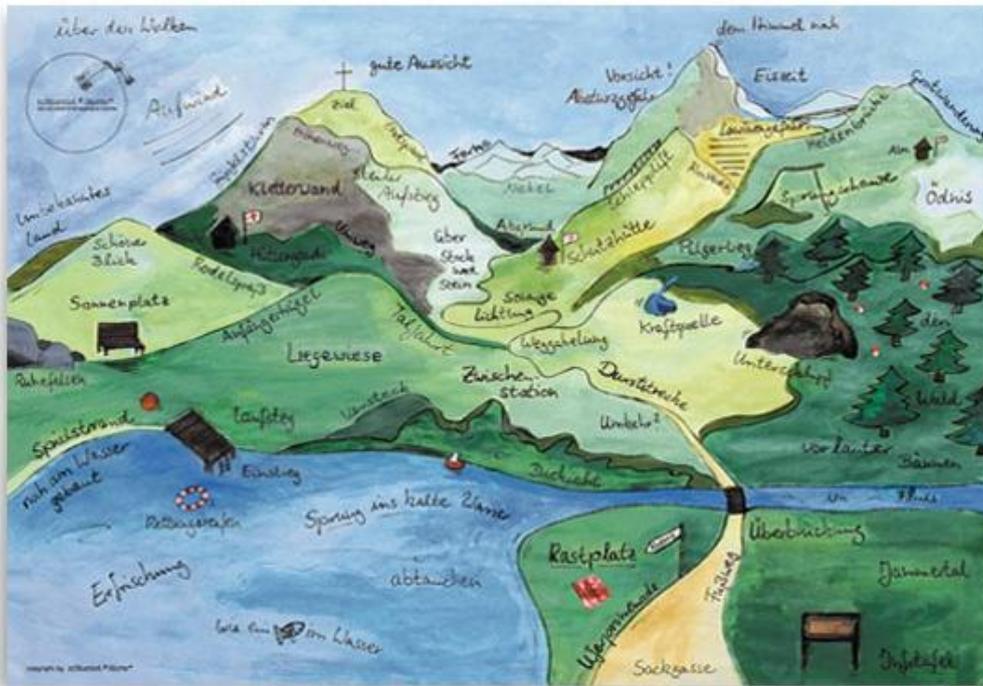
1. Schritt: STOPP

 Welche Gefühle habe ich gerade?

 Wie komme ich aus dieser Situation heraus?
2. Schritt: XY anrufen, Problem schildern, ein Treffen vereinbaren, um
 persönlich zu sprechen
3. Schritt: Termin mit dem_r Sozialarbeiter_in vereinbaren, Auswertung
 des Gespräches mit XY vornehmen, besprochene
 Interventionsmöglichkeiten durchführen, zum Beispiel:
 „Protokoll negativer Gedanken“ erneut führen
4. Schritt: Angenehme Tätigkeiten suchen, um Positives zu steigern
 Unangenehme Aufgaben pausieren, um Negatives zu mindern
5. Schritt: Termin mit meinem_r Arzt_Ärztin oder Therapeuten_in
 vereinbaren
6. Schritt: bei Nichterreichen des_der Arztes_Ärztin Telefonseelsorge
 anrufen: 0800-111-0111

vgl. **Hautzinger, M.** (o.J.): Depressionen und Burnout. Erkennen, Erklären, Behandeln.
https://www.uni-hildesheim.de/media/fb1/psychologie/ZFG/Praesentationen_Konferenz/Kognitive_Verhaltenstherapie_bei_Burnout___Depression_-_Hautzinger.pdf. letzter Zugriff am 24.07.17.

Anhang 14



schlüssel und blume shop (2017): Set Land- und Seekarte der Befindlichkeiten (groß). <https://shop.schlüsselundblume.de/ALLES/Set-Land-und-Seekarte-der-Befindlichkeiten-gross,363.html>. letzter Zugriff am 11.07.2017.

9. Literaturverzeichnis

Ballestrem, C. von; Weigle, C. (2012): Interdisziplinäre Zusammenarbeit bei peripartalen psychischen Erkrankungen. In: Riecher-Rössler, A. (Hrsg.): Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Basel. Karger. S. 111–115.

Brisch, K. (Hrsg.) (2017a): Was ist SAFE®?. <http://www.safe-programm.de/F%C3%BCr%20P%C3%A4dagogische%20Fachkr%C3%A4fte/SAFE%C2%AE/Was%20ist%20SAFE%C2%AE%3F.html>. letzter Zugriff am 12.07.17.

Brisch, K. (Hrsg.) (2017b): Inhalte von SAFE®. <http://www.safe-programm.de/F%C3%BCr%20P%C3%A4dagogische%20Fachkr%C3%A4fte/SAFE%C2%AE/Inhalte%20von%20SAFE%C2%AE.html>. letzter Zugriff am 12.07.17.

Brisch, K. (Hrsg.) (2017c): Informationen zum SAFE® - Mentorentraining. <http://www.safe-programm.de/F%C3%BCr%20P%C3%A4dagogische%20Fachkr%C3%A4fte/SAFE%C2%AE/SAFE%C2%AE-Ausbildung.html>. letzter Zugriff am 25.06.17.

Brisch, K. (Hrsg.) (2017d): SAFE. Ein Programm zur Förderung einer sicheren Bindung zwischen Eltern und Kind. http://www.safe-programm.de/files/flyer_safe_eltern_5.pdf. letzter Zugriff am 25.06.17.

Buijssen, H. (2011): Depression. Helfen und sich nicht verlieren. ein Ratgeber für Freunde und Familie. 1. Auflage. Weinheim. Basel. Beltz.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZGA) (Hrsg.) (2017a): Lexikon – Buchstabe P. pränatal. <https://www.familienplanung.de/service/lexikon/p/prae natal/>. letzter Zugriff am 04.08.2017

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZGA) (Hrsg.) (2017b): Lexikon – Buchstabe P. peripartal. <https://www.familienplanung.de/service/lexikon/p/peripartal/>. letzter Zugriff am 04.08.2017

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZGA) (Hrsg.) (2017c): Interview: „Das Wochenbett dauert 40 Tage“. <http://www.familienplanung.de/schwangerschaft/nach-der-geburt/das-wochenbett/interview-das-wochenbett-dauert-40-tage/>. letzter Zugriff am 26.07.2017.

Evangelische Konferenz für Telefonseelsorge; Offene Tür e.V. (Hrsg.) (o.J.): Die Telefonseelsorge ist online | Telefonseelsorge Deutschland. <http://www.telefonseelsorge.de/?q=node/10>. letzter Zugriff am 11.07.2017.

Franke, A. (2008): Modelle von Gesundheit und Krankheit. 1. Nachdruck. Bern. Huber.

Gregor, A.; Cierpka, M. (2013): Frühe Hilfen für Eltern: “Das Baby verstehen”. <http://www.familienhandbuch.de/unterstuetzungsangebote/beratung/fruehehilfenfuereltern.php>. letzter Zugriff am 25.06.17.

Hamm, A. (1993): Progressive Muskelentspannung. In: Vaitl, D. und Petermann, F. (Hrsg.): Handbuch der Entspannungsverfahren. Grundlagen und Methoden. Band 1. Weinheim. Beltz. S. 245–271.

Hautzinger, M. (1998): Depression. Fortschritte der Psychotherapie. Manuale für die Praxis. Band 4. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Hautzinger, M. (o.J.): Depressionen und Burnout. Erkennen, Erklären, Behandeln. https://www.uni-hildesheim.de/media/fb1/psychologie/ZFG/Praesentationen_Konferenz/Kognitive_Verhaltenstherapie_bei_Burnout___Depression_-_Hautzinger.pdf. letzter Zugriff am 24.07.17.

Hautzinger, M.; Bailer, J. (1996): Depression. In: Meermann, R.; Vandereycken, W. (Hrsg.): Verhaltenstherapeutische Psychosomatik. Klinik, Praxis, Grundversorgung. 2. Auflage. Stuttgart. Schattauer. S. 171–201.

Hautzinger, M.; Stark, W.; Treiber, R. (2000): Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Behandlungsanleitungen und Materialien. 5. vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim. Beltz.

Herwig-Lempp, J. (2017): Beschwerden. Beschwerden erleichtern die Zusammenarbeit. <http://www.herwig-lempp.de/beschwerden/>. letzter Zugriff am 17.07.2017.

Hesse, Andrea M. (2005): Wendepunkte - wie Frauen aus der Depression finden. Originalausgabe. Freiburg im Breisgau. Herder.

Hornstein, Ch.; Hohm, E.; Trautmann-Villalba, P.; Wild, E.; Wunderlich, R.; Baranski, N. (2012): Gesprächsleitfaden zur psychosozialen Situation. In: Riecher-Rössler, A. (Hrsg.): Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Basel. Karger. S. 148f.

Hornstein, Ch.; Wild, E.; Baranski, N.; Trautmann-Villalba, P.; Keppler, S. (2012): Präventionsnetz im Rhein-Neckar-Kreis - ein multiprofessionelles Kompetenznetz zur Unterstützung psychisch belasteter und jugendlicher Mütter. In: Riecher-Rössler, A. (Hrsg.): Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Basel. Karger, S. 133–140.

Kara, Stefanie (2014): Die Seele muss warten. <http://www.zeit.de/2014/28/psychotherapie-therapieplatz-wartezeit/komplettansicht?> letzter Zugriff am 28.07.2017.

Klatte, R.; Pabst, S.; Beermann, A.; Rosendahl, J. (2016): Wirksamkeit von körperorientiertem Yoga bei psychischen Störungen. Hg. v. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung. <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=175449>. letzter Zugriff am 17.07.2017.

- Lohmann, S.** (2007): Beziehungsgestaltung zwischen Hebamme und Frau. In: Bund Deutscher Hebammen (Hrsg.): Psychologie und Psychopathologie für Hebammen. Die Betreuung von Frauen mit psychischen Problemen. Stuttgart. Hippokrates. S. 90–99.
- Lorenz, R.** (2005): Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler. 2. durchgesehene Auflage. München. Reinhardt.
- Marcé Gesellschaft** (2017): Die Edinburgh Postnatale Depression Skala (EPDS). EPDS Richtlinie für Professionelle im Gesundheitswesen. <http://s522812237.online.de/wp-content/uploads/2015/04/FolieEPDS.pdf>. letzter Zugriff am 12.07.17.
- Max-Planck-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften e.V. (Hrsg.)** (2017): Biomarker für Risiko von Wochenbett-Depression. https://www.mpg.de/8167764/biomarker_wochenbett-depression. letzter Zugriff am 27.06.2017.
- MEDICLIN** (2017): Vulnerabilitäts-Stress-Modell. <http://www.mediclin.de/Zielgruppen/P-A/Patienten-und-Angehoeerige/Gesundheitslexikon/V/Vulnerabilitaets-Stress-Modell.aspx>. letzter Zugriff am 12.07.17.
- Monks - Ärzte im Netz GmbH** (2017): Psychosen - Ursachen. <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/stoerungen-erkrankungen/psychosen/ursachen/>. letzter Zugriff am 12.07.17.
- Oberndörfer, K.** (2007): Die wichtigsten psychischen Erkrankungen. In: Bund Deutscher Hebammen (Hrsg.): Psychologie und Psychopathologie für Hebammen. Die Betreuung von Frauen mit psychischen Problemen. Stuttgart. Hippokrates. S. 44–87.
- Polt, W.; Rimser, M.** (2006): Aufstellungen mit dem Systembrett. Interventionen für Coaching, Beratung und Therapie. 1. Auflage. Münster. Ökotopia.
- Rohde, A.** (2004): Rund um die Geburt eines Kindes: Depressionen, Ängste und andere psychische Probleme. Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und ihr soziales Umfeld. 1. Auflage. Stuttgart. Kohlhammer.
- Rohde, A.** (2014): Postnatale Depressionen und andere psychische Probleme. Ein Ratgeber für betroffene Frauen und Angehörige. 1. Auflage. Stuttgart. Kohlhammer.
- Rohde, A.; Dorsch, V.; Schaefer, Ch.** (2015): Psychisch krank und schwanger - geht das?. Ein Ratgeber zu Kinderwunsch, Schwangerschaft, Stillzeit und Psychopharmaka. 1. Auflage. Stuttgart. Kohlhammer.
- Schatten & Licht e. V. (Hg.)** (2017): Fachleute-Liste. http://www.schatten-und-licht.de/static_content/Listen/Liste%20der%20Fachleute.pdf. letzter Zugriff am 11.07.2017.

- schluessel und blume: shop** (2017): Set Land- und Seekarte der Befindlichkeiten (groß). <https://shop.schluesselundblume.de/ALLES/Set-Land-und-Seekarte-der-Befindlichkeiten-gross::363.html>. letzter Zugriff am 11.07.2017.
- Urbanek, C.** (2017): Affektive Erkrankungen. Hrsg. v. Charité - Universitätsmedizin Berlin. https://psychiatrie.charite.de/patienten/krankheitsbilder/krankheitsbilder/affektive_erkrankungen/. letzter Zugriff am 27.06.2017.
- Vaitl, D.** (1993): Autogenes Training. In: Vaitl, D. und Petermann, F. (Hrsg.): Handbuch der Entspannungsverfahren. Grundlagen und Methoden, Band 1. Weinheim. Beltz. S. 167–206.
- Vaitl, D.** (1993): Psychophysiologie der Entspannung. In: Vaitl, D. und Petermann, F. (Hrsg.): Handbuch der Entspannungsverfahren. Grundlagen und Methoden, Band 1. Weinheim. Beltz. S. 25–63.
- Vaitl, D.** (1993): Psychophysiologie der Interozeption. In: Vaitl, D. und Petermann, F. (Hrsg.): Handbuch der Entspannungsverfahren. Grundlagen und Methoden, Band 1. Weinheim. Beltz. S. 84–109.
- Weimer, D.** (2007): Psychische Störungen im Wochenbett. In: Bund Deutscher Hebammen (Hrsg.): Psychologie und Psychopathologie für Hebammen. Die Betreuung von Frauen mit psychischen Problemen. Stuttgart. Hippokrates. S. 250–309.
- Weinberger, S.** (2013): Klientenzentrierte Gesprächsführung. Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe. 14. überarbeitete Auflage. Weinheim. Basel. Beltz Juventa.
- Weller, C.** (2017): Seminar an der Hochschule Merseburg. 5. Semester. Modul 5/2 Schwangerschaft- und Schwangerschaftskonfliktberatung.
- Will, H.** (1998): Diagnose und Differentialdiagnose. In: Will, H.; Grabenstedt, Y.; Völkl, G.; Banck, G. (Hrsg.): Depression. Psychodynamik und Therapie. Stuttgart. Kohlhammer. S.52 - 75
- Wirsching, M.; Scheib, P.** (2002): Vom Erstkontakt zum Behandlungsabschluss. In: Wirsching, M. und Scheib, P. (Hrsg.): Paar- und Familientherapie. Berlin. Springer. S. 145–195.

10. Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen Hilfsmittel als angegeben verwendet habe. Insbesondere versichere ich, dass ich alle wörtlichen und sinngemäßen Übernahmen aus anderen Werken als solche kenntlich gemacht habe.

Ich erkläre weiterhin, dass die vorliegende Arbeit in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht im Rahmen eines anderen Prüfungsverfahrens eingereicht wurde.

Ort und Datum

Unterschrift

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen Hilfsmittel als angegeben verwendet habe. Insbesondere versichere ich, dass ich alle wörtlichen und sinngemäßen Übernahmen aus anderen Werken als solche kenntlich gemacht habe.

Ich erkläre weiterhin, dass die vorliegende Arbeit in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht im Rahmen eines anderen Prüfungsverfahrens eingereicht wurde.

Ort und Datum

Unterschrift