

# **Die Wiege und der schwarze Hund an meiner Seite**

Ein Literaturvergleich der Ätiologie und Behandlungsmöglichkeiten der postpartalen  
Depression

Abschlussarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Bakkalaureus/  
oder Bakkalaura der Psychotherapiewissenschaft  
an der Sigmund Freud Privatuniversität Wien

eingereicht von  
Lisa Paulowitsch-Laskowski

Linz, im Dezember 2019

# Abstrakt

Die vorliegende Arbeit ist eine Literaturrecherche über Erklärungs- und Behandlungsmodelle der postpartalen Depression, mit einem anschließenden Resümee vor der historischen adlerianischen Theorie der Individualpsychologie. Das Ziel dieser Arbeit ist es, bei Menschen die im sozialen Bereich mit diesem Patientengut arbeiten, ein besseres Verständnis für die Bedürfnisse der erkrankten Person zu schaffen und die Notwendigkeit für eine an die PatientInnen individuell angepasste Therapie herauszustreichen.

Die Methode, die angewandt wurde um die verwendete Literatur zu generieren, war das Snow-Ball-Sampling. Im Anfangsteil der Arbeit werden allfällige Begriffe und Wortherkünfte wie Depression, Index-Zeitraum, ante-, peri-, und postpartaler Beginn aufgeschlüsselt. Um im vorgegebenen Rahmen der Bakkalaureatsarbeit zu bleiben, konzentriert sich diese Arbeit auf den Beginn der Depressionen in der postpartalen Zeit. Doch auch andere mögliche psychische Störungsbilder, wie Baby-Blues und Wochenbettpsychose werden kurz umrissen. Die derzeit gängigen Erklärungsmodelle der Ätiologie werden aufgezählt und beschrieben. In der Entstehung der Erkrankung geht man von multifaktoriellen Einflüssen aus. Das Auftreten der Störung kann sowohl endokrinologisch, neurobiologisch als auch psycho-sozial erklärt werden. Diese Erklärungsmodelle stehen in ihrer Wertigkeit gleichrangig nebeneinander. Für die Diagnostik werden psychologische Screeningtools, wie die Edinburgh Postpartal Depression Scale und die Postpartum Depressing Scale, verwendet. Die Behandlung kann einen medizinischen/pharmakologischen, einen interdisziplinären und einen psychotherapeutischen Schwerpunkt haben, doch Kombinationstherapien sind Monotherapien laut Studienergebnissen überlegen. Die Diagnose der postpartalen Depression wurde bereits von Alfred Adler 1933 beschrieben.

Zusammenfassend kann man sagen, dass bei der Diagnosestellung der/die PatientIn ganzheitlich, mit Einbezug seines/ihrer sozialen Umfeldes, betrachtet werden sollte. Bei der Behandlung hat sich eine Therapieform, die individuell an die derzeitigen Bedürfnisse dem/r PatientIn angepasst und die Mutter-Kind-Interaktion berücksichtigt, am effektivsten erwiesen.

# Abstract (English)

The present work is a literature research on explanatory and treatment models of postpartum depression, with a subsequent summary of the historical Adlerian in the context of the theory of individual psychology. The aim of this work is to create a better understanding of the needs of the sick person and to emphasize the need for a therapy that is individually tailored to the patient. The method that was used to generate the literature used was snowball sampling. In the beginning of the work, any terms and word origins such as depression, index period, ante-, peri-, and postpartum start are broken down. In order to remain within the given framework of the bachelor's thesis, this work focuses on the onset of depression in the postpartum period. But other possible mental disorders, such as baby blues and postpartum psychosis, are briefly outlined. The currently common explanatory models of etiology are listed and described. The development of the disease is based on multifactorial influences. The occurrence of the disorder can be explained endocrinologically, neurobiologically as well as psycho-socially. The value of these explanatory models is equally important. Psychological screening tools such as the Edinburgh Postpartal Depression Scale and the Postpartum Depressing Scale are used for diagnosis. Treatment may have a medical / pharmacological, interdisciplinary, and psychotherapeutic focus, but combination therapies are superior to monotherapy, according to the study results. The diagnosis of postpartum depression was already described by Alfred Adler in 1933.

In summary, one can say that the patient should be considered holistically, including his / her social environment, when making the diagnosis. The most effective method of treatment has proven to be a form of therapy that is individually adapted to the patient's current needs and takes into account the mother-child interaction.

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	3
Methodische Herangehensweise .....	4
Allgemeine Wortdefinitionen.....	5
Diagnosedefinitionen .....	6
Mögliche Störungsbilder im Partialzeitraum.....	8
Erklärungsmodelle der Ätiologie.....	11
Neurobiologisches Erklärungsmodell.....	11
(Neuro)Psychoendokrinologisches Erklärungsmodell .....	12
Psycho-soziales Erklärungsmodell .....	15
Diagnostik.....	18
Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten .....	21
Medikamentöse Therapie.....	21
Interdisziplinäre Präventions- und Behandlungsansätze.....	26
Stationäres Angebot Österreich .....	28
Ambulantes Angebot Österreich .....	30
Frühe Hilfen .....	31
Doula.....	33
Alternative Behandlungsmethoden .....	34
Psychotherapeutische Behandlungsmethoden.....	35
Interpersonelle Therapie.....	37
Kognitive Verhaltenstherapie .....	37
Tiefenpsychologisch/psychodynamische Therapie.....	38
Resümee vor dem Hintergrund der historischen individualpsychologischen Theorien nach Alfred Adler .....	44
Conclusio .....	48

Literaturverzeichnis .....	51
Internetquellen .....	56
Abbildungsverzeichnis .....	57

# Einleitung

Ein Kind ist sichtbar gewordene Liebe, sagte der Dichter Novalis.

Nur eine Mutter weiß allein, was Lieben heißt und glücklich sein, sprach der Forscher Adelbert von Chamisso.

Geboren wird nicht nur das Kind durch die Mutter, sondern auch die Mutter durch das Kind, weiß die Schriftstellerin Gertrud von le Fort.

Dies sind Sprüche mit denen frischgebackene Eltern ihrem Umfeld mitteilen, dass sie ein Kind bekommen haben. Diese Sprüche sind voller Hoffnung und Zukunft. Im letzten Spruch steckt jedoch ein Hinweis: Nicht nur der Säugling wird geboren, er macht die Frau zur Mutter. „Zwischen Weiblichkeit und Mutterschaft, Wunsch und Wirklichkeit, zwischen lasterhafter Frau und tugendhaft-bescheidener Mutter beschreibt der Begriff ‚Mütterlichkeit‘ allzu oft die Sehnsucht nach der ‚Ursprünglichkeit‘ einer harmonischen Welt, mit der Darstellung von Mutterschaft und naturmäßiger Einfachheit“ (Moser 2018, S. 21).

Es scheint, dass die Geburt eines Kindes das Schönste und gleichzeitig das Einschneidendste Lebensereignis für eine Frau und ihren Partner sein kann. Es fordert immense Anpassungsfähigkeit und Einfühlungsvermögen, von den BetreuerInnen, in ein Lebewesen, dass sich nicht anders zu artikulieren weiß als zu schreien und auf sich selbst gestellt nicht lebensfähig wäre. „Alle Babys haben andere Bedürfnisse und Prioritäten als ihre Mütter und ganz andere Vorstellungen darüber, wann ihre Mütter sie tragen, beziehungsweise ihre Umsorgung an eine andere Person delegieren oder ihnen überhaupt keine Aufmerksamkeit zuwenden sollten“ (Blaffer Hrdy 2010, S 393).

Die Evolution hat den Menschen über Jahrtausende bis zu seinem derzeitigen Entwicklungsstand geformt. Durch verschiedene, später noch genauer erläuterte Hormonkaskaden sollte es zu einer, vom Säugling als symbiotisch erlebten Verbindung, von ihm und der Mutter kommen. Was aber passiert, wenn dieser „natürliche“ Vorgang durch verschiedene äußere und innerpsychische Vorgänge erschwert und verunmöglicht wird?

Wir wissen seit dem Kinderpsychiater und Psychoanalytiker Bowlby, dass das Verhalten der Mutter bzw. Bezugsperson dem Neugeborenen gegenüber, den lebenslangen Bindungstyp festlegt. In diesen ersten Lebensmonaten werden für das spätere Leben (eines Menschen) entscheidende Weichen gestellt. In dem Familienmodell der westlichen Gesellschaft hängt immer noch sehr viel von der Mutter ab. Doch wie kommen die werdenden und frisch gebackenen Mütter mit diesen Anforderungen zurecht? Wie erleben die Frauen die vulnerable Zeit des Wochenbettes? Wird ihnen in dieser Zeit ermöglicht sich hauptsächlich um ihr Neugeborenes zu kümmern oder lasten auch die alltäglichen Pflichten des Haushaltes auf ihr? „[...] Das Wochenbett hat in den vergangenen Jahren- im Gegensatz zu Schwangerschaft und Mutterschaft-einen deutlichen Bedeutungsverlust erfahren, der sich im Verschwinden von hilfreichen Strukturen und Traditionen in dieser Zeit niederschlägt“ (Schuster 2012, S 152).

Laut eines Artikels aus dem Jahr 2010 orten die Psychiaterinnen Dorsch und Rohde, eine Zunahme der depressiven Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten. „Die perinatal auftretenden Depressionen, von denen 10-15% der Frauen nach der Entbindung [...] sowie deren Partner und Kinder betroffen sind, zeigen dabei beispielhaft, welchen Einfluss kulturelle und gesellschaftliche Bedingungen im Sinne einer multifaktoriellen Genese der Erkrankung haben können. Zu nennen sind hier etwa Veränderungen im familiären und sozialen Umfeld mit der Reduktion auf Kleinfamilien, spezielle Planung der wenigen Schwangerschaften im Leben von Frauen sowie hohe eigene Ansprüche an ein besonderes Mutterbild, nicht zuletzt durch die Darstellung der Mutterschaft in den Medien“ (Dorsch 2010, S 28). Und auch der Depressionsbericht Österreich, herausgegeben vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz im April 2019, bestätigt eine allgemeine Zunahme der depressiven Erkrankungen in Österreich.

## Methodische Herangehensweise

Ich habe meine Recherche mit Stichworteingaben bei „Google“ begonnen. Gesucht wurde mit den Stichwörtern: Geburt, Depression, Mutterschaft, postpartale Depression, Schwangerschaft. Diese ersten Literaturergebnisse wurden sortiert nach passender und für die Bakkalaureatsarbeit nützlichen Artikeln oder Büchern. Nach dem Einlesen in das Thema, kam ich über „Snow-ball-sampling“ zu der in der Arbeit zitierten Literatur.

Weitere Recherche erfolgte über die Suchfunktion auf der Internetseite des Springer-Verlags - mit den Stichwörtern: Postpartal, Geburt, Depression, Hormone, Oxytocin, Behandlung, Risikofaktoren. Auch hier wurde nach dem Snow-ball-sampling-Prinzip aussortiert.

Auch auf den Plattformen google scholar, psydoc, researche gate und pep-web suchte ich nach aktueller und passender Literatur, sowohl im deutschsprachigen als auch im englischsprachigen Raum.

Insgesamt laß ich ca. 30 Artikel und wissenschaftliche Arbeiten und 13 Bücher zu dem Thema passend.

Ich habe im Verlauf meiner Recherche viel Literatur gefunden, die sich mit den Auswirkungen der postpartalen auf die Entwicklung des Kindes beschäftigt. Deshalb legt meine Arbeit das Hauptaugenmerk auf das Befinden der (frischgebackenen) Mutter. Ich möchte hier die bereits bestehende Literatur zur Entstehung und zur Behandlung der postpartalen Depression vergleichen und am Ende der Arbeit unter den historischen Gesichtspunkten der adlerianischen Schule betrachten und mit Zitaten von Alfred Adler belegen.

Diese Arbeit soll angehenden PsychotherapeutInnen und anderen sozialen Berufsgruppen einen kompakten Überblick über die Erkrankung, ihre Symptome und Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten geben. Es kann dabei helfen die Situation besser einzuschätzen und sich in das Gefühlsleben der Mutter hinein zu versetzen.

## Allgemeine Wortdefinitionen

Das Wort *Depression* leitet sich aus dem Lateinischen - *deprimere* heißt *herab-* oder *niederdrücken* ab.

Die Bezeichnung *postpartal* stammt ebenfalls aus dem lateinischen Wortschatz und bedeutet ins Deutsche übersetzt *nach der Geburt*. Ein Synonym dazu ist *Postnatal*, welches *nach der Entbindung* bedeutet, das hauptsächlich im englischsprachigen Raum verwendet wird. Diese depressiven bzw. psychischen Störungen treten in einem so genannten Index-Zeitraum bis sechs Wochen (ICD-10) nach der Geburt auf. „Sehr häufig wird aber der

postpartale Index-Zeitraum auch auf das gesamte erste postnatale Jahr erweitert“ (Kampfhammer 2019, S. 59).

Hier ist von einem antepartalen Beginn (lat.: *ante* = *vor*) und einem peripartalen Beginn (griech.: *peri* = *um...herum*) zu unterscheiden. Beide Begriffe legen den Beginn der depressiven Symptome in der Schwangerschaft oder vor der Geburt fest.

Antepartale Depressionen werden leicht übersehen, da die Symptome und körperlichen Missbefindlichkeiten auch aus dem physiologischen Zustand der Schwangerschaft entstehen könnten. Jedoch benötigt diese Diagnose eine differente Therapie als die postpartale Depression. Die Auswirkungen auf den Fötus gestalten sich in einer Vorprogrammierung bezüglich der Herabsetzung der Stress-Resilienz.

## Diagnosedefinitionen

Die WHO definiert Depression folgendermaßen:

„Eine Depression ist eine weit verbreitete psychische Störung, die durch Traurigkeit, Interesselosigkeit und Verlust an Genussfähigkeit, Schuldgefühle und geringes Selbstwertgefühl, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Müdigkeit und Konzentrationsschwächen gekennzeichnet sein kann. Sie kann über längere Zeit oder wiederkehrend auftreten und die Fähigkeit einer Person zu arbeiten, zu lernen oder einfach zu leben beeinträchtigen. Im schlimmsten Fall kann eine Depression zum Suizid führen. Milde Formen können ohne Medikamente behandelt werden, mittlere bis schwere Fälle müssen jedoch medikamentös bzw. durch professionelle Gesprächstherapie behandelt werden“ (WHO am 1.6.2019).

In der Diagnostik stellt die Postpartale Definition keine eigene nosologische Entität dar. „Es handelt sich dabei um depressive Episoden, die nach der Geburt beginnen und mit den üblichen ICD – 10 Kriterien für affektive Störungen [...] klassifiziert werden“ (Dorn, 2018, S 95).

Diagnostische Kriterien nach ICD – 10:

1. Die depressive Episode sollte mindestens zwei Wochen dauern.

2. In der Anamnese keine manischen oder hypomanischen Symptome, die schwer genug wären die Kriterien für eine manische oder hypomanische Episode (F30) zu erfüllen.
3. Ausschlussvorbehalt: Die Episode ist nicht auf einem Missbrauch psychotroper Substanzen (F1) oder auf eine organische psychische Störung im Sinne des Abschnitt F0 zurückzuführen.

Es wird unterschieden zwischen einer leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) und einer schweren depressiven Episode ohne psychotischen (F32.2) (und mit psychotischen Symptomen (F32.3)). Die Unterscheidung zwischen den Schweregraden erfolgt erneut über bei der Patientin auftretende Symptome und in welcher Anzahl diese vorhanden sind.

Weiters gibt es noch die Klassifizierung des ICD-10 mit F33.x, die die rezidivierende depressive Störung beschreibt.

„Durch den Zusatz O99.3 (psychische Krankheiten sowie Krankheiten des Nervensystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren) kann die Verbindung zum Wochenbett dokumentiert werden. Als eine Art Restkategorie gilt die ICD-10 Kategorie F53 (psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, andernorts nicht klassifiziert) für Probleme, die innerhalb von sechs Wochen nach der Geburt beginnen [...]“ (Dorn, 2018, S 95).

Es ist wichtig, dass man versteht, dass auch wenn die PPD (postpartale Depression) viele Gemeinsamkeiten mit der „allgemeinen“ (major depression disorder) Depression hat, es in der Darstellung der Symptome doch einen einzigartigen physiologischen Zeitraum im Leben einer Frau betrifft (Brummelte, 2016, S 154).

„Depressive Erkrankungen werden heute als multifaktorielles Geschehen gesehen, zu dessen Entstehung neurobiologische, psychische und soziale Faktoren in komplexer Wechselwirkung beitragen. Ausschließlich biologische, psychologische oder soziale Erklärungsmodelle gelten mittlerweile als obsolet“ (Depressionsbericht Österreich 2019, S 13).

Laut einem Literaturüberblick über die Studien der letzten zehn Jahre (Moore et al 2019) zählt die postpartale Depression zu den häufigsten Komplikationen bei einer Geburt, Betroffen können alle sozio-ökonomischen Schichten sein.

## Mögliche Störungsbilder im Partalzeitraum

Es gilt den nur kurz währenden Baby-Blues von der manifesten postpartalen Depression (PPD) abzugrenzen. Bei der postpartalen Dysphorie (auch Heultage genannt) handelt es sich um ein Stimmungstief das nur wenige Tage hält und sich nach der Regulierung des hormonellen Systems wieder von allein verschwindet. Es besteht jedoch das Risiko, dass sich bei fehlender Unterstützung und fehlendem Verständnis des Umfeldes eine Depression daraus entwickelt.

### Abgrenzung der verschiedenen Störungsbildern im Zeitraum der Schwangerschaft und Geburt

(angelehnt an Dorsch 2010, S 28 und mit Informationen ergänzt)

<b>Störungsbilder</b>	<b>Symptomatik</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Therapie</b>
<u>Antepartale Depression</u>	Hohe Assoziation mit Angstsymptomen Müdigkeit, Libidoverlust, Schlafstörungen	10-15% der schwangeren Frauen Auftreten meist in 2./3.Trimester	Medikation nach Nutzen-Risiko-Abschätzung Psychotherapie Psychoedukation bezüglich Geburt und Säuglingspflege
<u>„Baby Blues“</u> („ <u>Postpartum Blues</u> “ oder <u>“Heultage“</u> )	Affektive Labilität, rascher Wechsel zwischen Euphorie und Weinen Etwa dritter bis fünften postpartalen Tag, selbstlimitierender Verlauf	50-80% der Frauen nach der Entbindung	Keine spezifische Therapie erforderlich, sensibler Umgang mit der Patientin
<u>Postpartale Depression</u>	Breites Spektrum depressiver Symptomatik	10-30% der Frauen nach der	In Abhängigkeit von der Ausprägung und

	<p>(Niedergeschlagenheit, Konzentrationsschwäche, Gefühl der Gefühllosigkeit, Lust- und Interesselosigkeit, Schlafstörungen, Antriebs- und Appetitminderung, Ängstlichkeit bis zu Panikattacken, Zwangssymptome, körperliche Symptome, lebensmüde Gedanken bis hin zu manifester Suizidalität). Inhaltlich meist Bezug zur Mutterschaft mit Insuffizienz- und Schuldgefühlen. Beginn oft schleichend innerhalb der ersten Wochen/Monate postpartum</p>	<p>Entbindung, je nach Kriterien des Diagnosemanuals (Erstgebärende überrepräsentiert) Ca. bei 8% der Väter nach der Entbindung</p>	<p>Symptomkostellation: bei leichter Ausprägung supportive Therapie, ansonsten antidepressive Therapie (Medikation, ggf. Psychotherapie)</p>
<p><u>Postpartale Psychose/ bipolare Störungen</u></p>	<p>Alle Psychosen kommen vor, meist akute Psychose mit „buntem“ klinischem Bild, oft manische Symptomkonstellation Beginn überwiegend abrupt, 75% innerhalb der ersten zwei Wochen postpartal</p>	<p>0,1-0,2% der Frauen nach der Entbindung</p>	<p>Entsprechend dem klinischen Bild, meist Neuroleptika</p>

<u>Traumatisch erlebte Entbindung</u>	Geburtssituation wurde als traumatisch erlebt, Wiedererleben in Intrusionen, „Flashbacks“, Albträume. Als Folge nicht selten Vermeidungsverhalten, sozialer Rückzug, Gefühl innerer Stumpfheit, Gereiztheit, erhöhte Schreckhaftigkeit, Depressivität. Auch Reaktualisierung früherer traumatischer Erfahrungen möglich (z.B. sexueller Missbrauch)	1-2% aller Frauen nach der Entbindung	Nachbesprechung des Geburtserlebens. Bei Vollbild einer PTBS traumaspezifische Psychotherapie. Bei depress. Begleitsymptomatik antidepressive Behandlung (Antidepressiva und Psychotherapie)
---------------------------------------	---	---------------------------------------	--

Laut dem Psychiater Kampfhammer (2019) gibt es verschiedene klinische Pränanztypen der nicht-psychotischen postpartalen Depression:

- Den Insuffizienz-Typus, wobei die Gefühle der Überforderung vorherrschen, das Gefühl als Mutter zu Versagen und das Gefühl der Gefühllosigkeit.
- Den Zwangs-Typus, bei dem die Gedanken dem Baby zu schaden oder es zu töten sich obsessiv und quälend aufdrängen. Hier kommt es oft zu Vermeidungsverhalten den mütterlichen Aufgaben gegenüber auf Grund der Schuld- und Schamgefühle.
- Den Panik-Typus, der sich maßlos um das Wohlergehen des Kindes sorgt.

Wobei er anmerkt, dass bei den ersten zwei Pränanztypen der Zwang und die Angst so im Vordergrund stehen können, dass es nötig wird hier eine eigenständige, zusätzliche Diagnose zu vergeben. Auch subjektiv traumatische Erlebnisse bei der Geburt können zu psychischen Symptomen führen und werden mit der neu konzipierten Diagnose postpartale posttraumatische Belastungsstörung, erfasst (Kampfhammer 2019, S 59-60).

In dieser Bakkalaureatsarbeit möchte ich mich auf den Beginn der Depression postpartum konzentrieren, da es sonst den Umfang der Arbeit sprengen würde.

## Erklärungsmodelle der Ätiologie

Im Lauf der letzten Jahre wurde versucht die Entstehung postpartaler Depressionen mit verschiedenen Modellen zu erklären. Wie bereits oben erwähnt handelt es sich kaum um ein solitäres Geschehen, sondern um eine multifaktorielle Genese. Jedes dieser Erklärungsmodelle hat nebeneinander seine Berechtigung und doch stößt jedes an seine Grenzen, da die ganzheitliche Ätiologie nur unzureichend mit naturwissenschaftlichen (quantitativen) Mitteln zu erklären ist.

### Neurobiologisches Erklärungsmodell

Die Neurobiologie (von griech. *neuron* = Nerv, *bios* = Leben, *logos* = Kunde) ist eine junge Wissenschaft und beschäftigt sich mit der Erforschung des Nervensystems mittels der Methoden der Biologie.

Es gilt durch Studien gesichert, dass eine Depression mit Veränderungen in verschiedenen Gehirnregionen, vor allem dem limbischen System, einhergeht. Diese strukturellen Veränderungen können sich auf den gesamten menschlichen Organismus auswirken und führen so zu einer Multi-System-Erkrankung (Kraus, Lanzenberger, Kasper, S 64).

Es kommt zu einem Ungleichgewicht der Neurotransmitter Serotonin, Dopamin und Noradrenalin, dieses Modell wird in der scientific community auch Monoamin-Hypothese genannt. Das serotonerge System ist am besten untersucht und wirkt modulierend auf die Amygdala und den Hippocampus. Durch die Bildgebung mittels einer PET (Positronenemissionstomographie) konnte gezeigt werden, dass bei einer depressiven Erkrankung die Wiederaufnahme von Serotonin aus dem synaptischen Spalt reduziert ist.

Mittels Magnetresonanz- und Computertomographie konnte nachgewiesen werden, dass bei PatientInnen mit Depressionen, so auch bei postpartalen, die Gehirnplastizität nachlässt, sowie Veränderungen in den neuronalen Netzwerken stattfinden. Betroffen sind vor allem die Regionen für Emotionen, Belohnung, Aufmerksamkeit, Lernen, Körperwahrnehmungen und vegetative Funktionen. Diese Gehirnveränderungen erschweren im Fall der postpartalen Depression die schnelle Neuanpassung an die

veränderte Situation mit dem Säugling und die neu hinzu gekommene Beziehungsgestaltung, in Form einer Triade, in der Partnerschaft.

Auch bei der Depression geht man von einer genetischen Vulnerabilität aus. Es gibt allerdings noch zu wenig statistisch signifikante Genomstudien. In hypothesenbasierten Untersuchungen an Kandidatengenen (z.B. monoaminerge Neurotransmitter oder Wachstumshormone), in einer Kombination mit bildgebenden Methoden (MRT, PET), konnten erste Hinweise auf „Varianten von vulnerabilitätsfördernden Genen in Zusammenhang mit negativen Umweltfaktoren gefunden werden“ (Kraus, Lanzenberger, Kasper 2018, S. 68).

Durch die Symptome der Depression, welche einen psychischen Stressor darstellt, können proinflammatorische Zytokine im Zentralnervensystem (ZNS) von den Gliazellen freigesetzt werden. Wird dieser Zustand über längere Zeit aufrechterhalten, kann dieser zu entzündlichen Prozessen im Zellbereich und zu irreversiblen Schäden an Neuronen führen.

Durch innerlichen, chronischen Stress kommt es zu einer Veränderung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HPA). Durch diese Störung ist der Rückkopplungsmechanismus behindert und dies führt zu vermehrter Cortisolausschüttung ins Blut über die Nebennierenrinde.

## **(Neuro)Psychoendokrinologisches Erklärungsmodell**

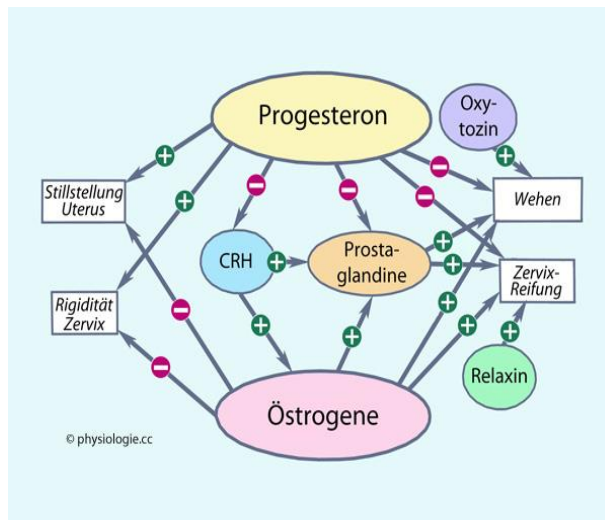
Die Neuroendokrinologie beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen dem Nervensystem und dem Hormonsystem. Die Psychoendokrinologie stellt zusätzlich noch die Zusammenhänge zwischen der Psyche, dem Nervensystem und dem Hormonsystem her.

Um die postpartale Depression in ihrer Gesamtheit zu verstehen, hier ein kurzer Überblick über die natürlichen endokrinologischen Veränderungen in der Schwangerschaft und postpartal Zeit geben.

Im Verlauf der Schwangerschaft durchläuft der Körper der Frau verschiedenen innerphysische Veränderungen. Diese werden durch unterschiedliche endokrinologische Sekrete ausgelöst, manche sind Peptide, andere zählen zur Gruppe der Steroide und wirken als Hormon.

### Abbildung 1:

Endokrine Veränderungen während Schwangerschaft und Geburt:



Zentrale Stellung für die Erhaltung der Schwangerschaft sowie den Geburtsvorgang hat die Balance zwischen Östrogen- und Progesteroneffekten. Weitere wichtige hormonelle Faktoren modulieren und ergänzen dieses Gleichgewicht

+ = anregende, - = hemmende Wirkung

**CRH:** Corticotrophin-Releasinghormon (Kota et al. 2013, S 50-59)

Peptide sind Moleküle, die aus unter 100 Aminosäuren (AS) aufgebaut sind. Proteine bestehen aus über 100 AS. Sie sind lipophil und dadurch schwer wasserlöslich. Zu den Peptiden, die Schwangerschaft und Geburt betreffen und beeinflussen, zählen z.B. Oxytocin, Prolaktin. Die Lipophilie ermöglicht den Molekülen leichter durch die Zellmembran diffundieren zu können, um an die passenden Rezeptoren anzudocken und die jeweilige Reaktion im Körper durch die Hormonausschüttung zu bewirken.

Oxytocin besteht aus neun Aminosäuren, beeinflusst die psychische Stimmungslage und ist zuständig für die Kontraktion der glatten Muskulatur (z.B. Gebärmutter während der Geburt), die Laktation und soziale Verhaltensweisen. In Studien (Feldman et al, Levine et al. 2007) konnte nachgewiesen werden, dass ein erhöhter Oxytocinspiegel während der Schwangerschaft und eine gute Mutter-Kind-Bindung korrelieren.

Prolaktin wird synthetisiert vom Hypophysenvorderlappen und fördert das Wachstum der Brustdrüsen und die Milchproduktion. Es wirkt inhibierend auf den Cortisol-Regelkreis.

Steroidhormone sind Steroide die als Hormon wirken. Sie sind ebenfalls lipophil und können nach den Rezeptoren kategorisiert werden, an die sie andocken. Beim Menschen (und anderen Säugetieren) sind fünf Arten zu unterscheiden: Glucocorticoide,

Mineralocorticoide, Androgene, Estrogene und Gestagene. Durch die Fettlöslichkeit können sie direkt in die Zelle gelangen und sich an den Rezeptor binden.

Progesteron wird auch Gelbkörperhormon genannt und während der Gravidität von der Plazenta gebildet. Es ist in der Schwangerschaft bis zu 20-fach erhöht und bewirkt, dass die Gebärmuttermuskulatur ruhiggestellt ist. Nach der Geburt, mit Auswurf der Plazenta, kommt es zu einem schnellen Abfall.

Die Estrogene, dazu zählen Östrogen, Estrol und Estriol, sind Sexualhormone. Sie werden bei der Frau in der Schwangerschaft hauptsächlich in den Eierstöcken gebildet, aber auch in der Plazenta und der Nebennierenrinde. Die Konzentration im Blut ist 200-300-mal höher während Schwangerschaft und sinkt drastisch nach der Geburt.

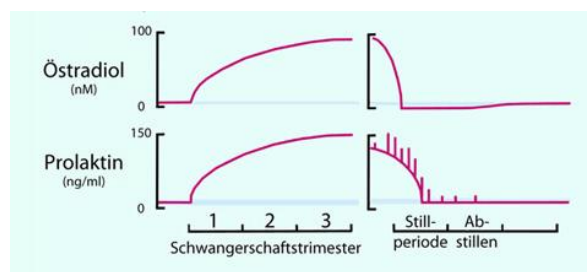


Abbildung 2:

Physiologische Veränderungen im **Blutplasma** präpartal (rechts) und postpartal (links). Die blauen Flächen geben die Normbereiche

Nichtschwangerer an. Es werden die Veränderungen des Östradiol- und Prolaktinspiegels prä- und postpartal gezeigt. Die pulsatilen Ausschüttungen von z.B. Parathyroid hormone-related Protein und Prolaktin sind angedeutet (Kovacs 2007).

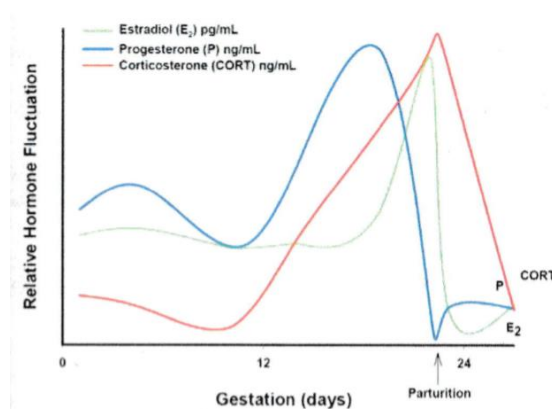


Abbildung 3:

Hormonveränderungen während der Schwangerschaft und nach der Geburt (Brummelte 2016, S 154)

Nach der Geburt fallen alle Hormone zurück auf den Ursprungswert. Bis auf das Prolaktin, dieses bleibt während des Stillens leicht erhöht.

## Psycho-soziales Erklärungsmodell

Diese Tabelle (2) zählt die Risikofaktoren auf, die die Entstehung von Depressionen rund um die Gravidität und die Geburt begünstigen.

Tabelle 2:

<p><u>Antepartale Depression</u></p> <p>Im klinisch-pathologischen Bild unterscheiden sie sich nicht von typischen Depressionen in anderen Lebensabschnitten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>× Fehlende/mangelnde Unterstützung durch den Partner und das soziale Netzwerk</li> <li>× Traumatische Expositionen und häusliche Gewalt</li> <li>× Positive Erhebung für psychische Störungen im Vorfeld (Vor allem Depression und Ängste)</li> <li>× Ungeplante/unerwünschte Schwangerschaft</li> <li>× Negative Lebensereignisse</li> <li>× Subjektiv hoher Stress</li> <li>× Frühere Komplikationen und Verluste in vorangegangenen Schwangerschaften</li> </ul>
<p><u>Postpartale Depression</u></p> <p>Im klinisch-pathologischen Bild unterscheiden sie sich nicht von typischen Depressionen in anderen Lebensabschnitten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>× Die Umstände der Mutterschaft (ungewünscht, ungeplant)</li> <li>× Probleme und Konflikte in der eigenen Mutter-Kind-Beziehung</li> <li>× Mangelhafte/fehlende Ressourcen im sozialen Umfeld und der Partnerschaft, Beziehungsprobleme</li> <li>× Häusliche Gewalt</li> <li>× Früherer Missbrauch</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>× Negative/Stressvolle Lebensereignisse</li> <li>× Migrantenstatus</li> <li>× Depression/depressive Stimmung in der Schwangerschaft</li> <li>× Angstsymptomatik während Schwangerschaft</li> <li>× Vorangegangene frühere Depression</li> <li>× Frühgeburt, geringes Geburtsgewicht (niedrige Evidenz)</li> <li>× Erstgebärend</li> <li>× IVF</li> <li>× Spätgebärend</li> </ul>
--	---

Die Postpartale Depression kann auch als Psychosomatische Erkrankung betrachtet werden, da sie mit den vier Betrachtungsebenen des psychosomatischen Krankheitsverständnisses ganzheitlich verstanden werden kann.

Tabelle 3 (nach Weidner 2012, S 23):

<u>Die biologische Ebene</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Körper als physikalisch-chemisch-biologisches System</li> <li>• Die Krankheit als Dysregulation des biologischen Systems</li> </ul>
<u>Die Ebene des erlebenden Subjekts</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biografie</li> <li>• Selbstbewusstheit</li> <li>• Identität</li> <li>• Unbewusstheit</li> <li>• Zukunftsorientierung</li> <li>• Verstehen und Empathie für das Objekt</li> </ul>

<u>Die Ebene des Beziehungssystems des Subjekts (interpersonelle Ebene)</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frühe, verinnerlichte Beziehung</li> <li>• Wiederholung von früheren Beziehungen</li> <li>• Übertragung/Gegenübertragung</li> <li>• Bindungssysteme</li> <li>• Handhabung von interaktionellen Systemen (Paar, Familie)</li> </ul>
<u>Die Soziokulturelle Ebene</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesellschaftliche Bedingungen für die Entstehung von Krankheit und für die Auffassung vom Körper</li> </ul>

Diese Aufschlüsselung der einzelnen Risikofaktoren könnte als Erklärung dienen, weshalb auch Adoptivmütter und Väter eine postpartale Depression entwickeln können.

# Diagnostik

Es werden verschiedene Screenigtools verwendet, um eine Verdachtsdiagnose abzuklären:

- Edinburg Postpartum Depression Scale (EPDS), welcher im folgenden Text genauer beschreiben wird
- Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)  
Dieser besteht aus 35 Items, die speziell auf die postpartale Zeit abgestimmt wurden. Er ermöglicht eine genauere symptomatische Bestimmung.
- Pregnancy Risk Questionnaire (PRQ) mit 18 angepassten Items an den antepartalen Zeitraum

Auch allgemeine Depressions-Screeningtools werden für die Diagnostik bei PPD verwendet:

- Beck Depression Inventory-II (BDI-II)
- General Health Questionnaire-12 (GHQ-12)
- Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D)
- Patient Health Questionnaires versions 2, 8, 9

In einem Artikel von Utko et al. (2018) wird angeraten mehrere Tests in Kombination durchzuführen, um die Diagnose zu festigen.

## EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)

Dies ist ein 10 Items umfassender Fragebogen, der von den Frauen selbstständig auszufüllen ist und eine grobe Einschätzung erlaubt. Er soll das klinische Bild ergänzen und hilfreich bei der Entscheidung von weiterem Vorgehen sein.

Er kann auch hilfreich sein beim Ansprechen von verschiedenen für die Frauen/Mütter eventuell schambehafteten und abgewehrten Gefühlen.

Tabelle 4 (nach Dorn 2018, S 97):

<b>Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)</b>	
In den letzten 7 Tagen (oder in den Tagen nach der Geburt, wenn diese weniger als 7 Tage her ist)	
<b>1. Konnte ich lachen und das Leben von der sonnigen Seite her sehen</b>	
<input type="radio"/> So wie ich es immer konnte (0) <input type="radio"/> Nicht ganz so wie sonst immer	<input type="radio"/> Deutlich weniger als früher (2) <input type="radio"/> Überhaupt nicht (3)
<b>2. Konnte ich mich so richtig auf etwas freuen</b>	
<input type="radio"/> So wie immer (0) <input type="radio"/> Etwas weniger als sonst (1)	<input type="radio"/> Deutlich weniger als früher (2) <input type="radio"/> Kaum (3)
<b>3. Fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas schief lief</b>	
<input type="radio"/> Ja, meistens (3) <input type="radio"/> Ja, manchmal (2)	<input type="radio"/> Nein, nicht so oft (1) <input type="radio"/> Nein, niemals (0)
<b>4. War ich aus nichtigen Gründen ängstlich und besorgt</b>	
<input type="radio"/> Nein, überhaupt nicht (0) <input type="radio"/> Selten (1)	<input type="radio"/> Ja, manchmal (2) <input type="radio"/> Ja, häufig (3)
<b>5. Erschrak ich leicht bzw. reagierte panisch aus unerfindlichen Gründen</b>	
<input type="radio"/> Ja oft (3) <input type="radio"/> Ja manchmal (2)	<input type="radio"/> Nein, nicht oft (1) <input type="radio"/> Nein, überhaupt nicht (0)
<b>6. Überforderten mich verschiedene Umstände</b>	
<input type="radio"/> Ja die meiste Zeit war ich nicht in der Lage, damit fertig zu werden (3) <input type="radio"/> Ja, manchmal konnte ich nicht damit fertig werden (2) <input type="radio"/> Nein, die meiste Zeit konnte ich gut damit fertig werden (1) <input type="radio"/> Nein, ich wurde so gut wie immer damit fertig (0)	
<b>7. War ich so unglücklich, dass ich nicht schlafen konnte</b>	
<input type="radio"/> Ja, die meiste Zeit (3) <input type="radio"/> Ja, Manchmal (2)	<input type="radio"/> Nein, nicht sehr oft (1) <input type="radio"/> Nein, überhaupt nicht (0)
<b>8. Habe ich mich traurig und schlecht gefühlt</b>	
<input type="radio"/> Ja, die meiste Zeit (3) <input type="radio"/> Ja, Manchmal (2)	<input type="radio"/> Nein, nicht sehr oft (1) <input type="radio"/> Nein, überhaupt nicht (0)
<b>9. War ich so unglücklich, dass ich geweint habe</b>	
<input type="radio"/> Ja, die ganze Zeit (3)	<input type="radio"/> Nur gelegentlich (1)

○ Ja, Manchmal (2)	○ Nein, niemals (0)
<b>10. Überkam mich der Gedanke, mir selbst Schaden zuzufügen</b>	
○ Ja, ziemlich oft (3)	○ Kaum (1)
○ Manchmal (2)	○ Niemals (0)
<p><b>Auswertung:</b></p> <p>Nach zusammenzählen der Zahlen kann der Wert zwischen 0 und 30 liegen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liegt der Wert bei 12 oder niedriger → eventuell vorübergehende leichte depressive Symptome</li> <li>• Liegt der Wert über 12 muss eine genauere Depressionsdiagnostik erfolgen (ev. mit der Hamilton Depression Rate Scale)</li> <li>• Liegt der Wert um die 20 und höher ist dringend zu empfehlen, die Patientin einem Facharzt der Psychiatrie zu überweisen. Das Vorliegen einer Depression oder einer verwandten Störung ist wahrscheinlich.</li> </ul>	

## Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten

Es existieren verschiedene Behandlungs- und Therapieansätze für postpartale Depressionen. „In der Akuttherapie weisen Antidepressiva und psychotherapeutische Interventionen eine ähnliche moderate Wirkstärke auf.“ Adjuvante Therapien aus Medikamenten und Psychotherapie sind wirksamer als die jeweilige Monotherapie (Depressionsbericht Österreich 2019, S 16). „Eine spezifische psychotherapeutische Behandlung von postpartalen Depressionen steht bisher nicht zur Verfügung“ (Dorn 2018, S 97). Durch die hohe Chronifizierungsgefahr wird ein regelmäßiges psychiatrisches und psychotherapeutisches Monitoring empfohlen.

### Medikamentöse Therapie

In der Schwangerschaft und der Stillzeit ist bei einer medikamentösen Behandlung der Risiko-Nutzen-Faktor zu bedenken. Es gilt einerseits zwischen einer Gefährdung von Mutter und Kind durch die unbehandelte psychische Erkrankung und andererseits durch die Exposition der Medikamente abzuwägen. Da Schwangerschaften auch ungeplant entstehen können, gilt es bei laufender Medikation, bei einer psychischen Vorerkrankung, einen Facharzt aufzusuchen und nach Rücksprache die Medikation auszuschleichen oder umzustellen. Wichtig ist auch die Mutter mit in den Entscheidungsprozess, der weiteren medikamentösen Behandlung, einzubeziehen. Kombinationstherapien mit anderen Medikamenten sollten unbedingt vermieden werden. Es sollte auch der Wunsch der Mutter berücksichtigt werden, ob sie ihr Kind stillen will oder nicht. Denn das Stillen des Säuglings kann das Bonding zwischen Mutter und Kind stärken. „Über ein transientes Entzugssymptom nach der Geburt herrscht weitgehend Einigkeit. Es gilt als erwiesen, dass bei Neugeborenen nach mütterlicher Psychopharmakaeinnahme in der Schwangerschaft mit einem erniedrigtem Muskeltonus, Trinkunwilligkeit, Zittern, Hypoglykämie und respiratorischen Anpassungsschwierigkeiten gerechnet werden muss“ (Gawlki 2011, S 228).

Bei Psychopharmaka wird hinsichtlich ihrer Teratogenität, ihrer Perinatalsyndrome (Perinataltoxizität) und den postpartalen Entwicklungs- und Verhaltensstörungen unterschieden (Benkert 2012, S 278-280).

Die Charité in Berlin hat eine eigene Homepage gestaltet, auf der sich werdende Mütter und Angehörige über Psychopharmaka und deren Teratogenität in der Schwangerschaft informieren können ([www.embryotox.de](http://www.embryotox.de)).

Es ist zwar kein Psychopharmakon speziell für die Indikation der Schwangerschaft und Stillzeit zugelassen, aber bei SSRIs liegt laut neusten Studiendaten kein teratogenes Risiko vor.

Die Studienlage zeigt, dass bei leichten bis mittelgradigen Depressionen, in der Index-Zeit eine Psychotherapie bei Veränderungsbereitschaft und Einsichts- und Reflexionsfähigkeit der PatientInnen, die geeignetste Methode der Wahl ist.

Mittelschwere bis schwere Depressionen stellen allerdings häufig eine Indikation für Antidepressiva dar.

Antidepressivum	Beurteilung
<b>Trizyklika</b>	
Amitriptylin	+++
Amitriptylinoxid	+++
Clomipramin	++
Desipramin	+++
Doxepin	++
Imipramin	+++
Nortriptylin	+++
Opipramol	++
Trimipramin	++
<b>Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-hemmer (SSRI)</b>	
Citalopram	+++
Escitalopram	0
Fluoxetin	++
Fluvoxamin	++
Paroxetin	+
Sertralin	+++
<b>Sonstige Antidepressiva</b>	
Bupropion	+
Duloxetin	0
Johanniskraut	0
Maprotilin	+
Mianserin	+
Mirtazapin	++
Moclobemid	–
Tranylcypromin	–
Reboxetin	0
Venlafaxin	++

+++ = Mittel der 1. Wahl; ++ = Mittel der 2. Wahl;  
 + = vertretbar; 0 = unzureichende Datenlage; –  
 = nicht empfohlen

Abbildung 4 von Dr.  
N. Bergemann (2009)

**Trizyklika** (TZA) sind Antidepressiva der ersten Generation. Diese hemmen die Wiederaufnahme von Serotonin und Noradrenalin, wirken aber auch auf Rezeptoren im Zentralnervensystem (ZNS) und im peripheren Nervensystem, woraus die breiten Nebenwirkungen resultieren. Die Leitsubstanzen dieser Gruppen sind Imipramin, Desipramin und Amityplin. Durch die drei unterschiedlichen Wirkstoffe ergibt sich das Dreikomponentenschema nach dem Schweizer Psychiater Paul Kielholz

(depressionslösend und psychomotorisch entweder dämpfend, neutral oder antriebssteigernd). Als Nebenwirkungen sind Störungen des vegetativen Systems bekannt. Bei Verwendung in der Schwangerschaft konnte in verschiedenen Studien in den Jahren zwischen 2002-2007 keine teratogene Wirkung signifikant erfasst werden. Auf Grund der langjährigen Erfahrung in der Verwendung von Trizyklika in der Schwangerschaft, bezeichnet es der Psychiater N. Bergemann (siehe Tabelle 4) als Mittel der ersten Wahl. Allerdings konnte ein erhöhter Bedarf von Überstellungen an Neonatologien bei disponierten Neugeborenen festgestellt werden. Die Säuglinge litten an verschiedenen neonatalen Symptomkomplexen, wie Respiratory Distress Syndrom, niedriges Geburtsgewicht, endokrine und metabolische Unstimmigkeiten. Während der Laktationszeit geht ein Teil des Wirkstoffes in die Muttermilch über. Hier ist immer ein/e Facharzt/ärztin aufzusuchen und mit diesem/r der Nutzen und das Risiko für Mutter und Kind abzuwägen. Es ist verschiedenes zu beachten, z.B. die Pharmakokinetik des Wirkstoffes, in welcher Dosierung es eingenommen wird, Konzentration in der Muttermilch, ...

**Tretrazyklika** stellen eine Weiterentwicklung der Trizyklika dar. Die bekanntesten Vertreter sind Mianserin und Maprotilin, im weiteren Sinne auch Vilofaxin auf Grund der unterschiedlichen Baustruktur des Wirkstoffes. Nebenwirkungen betreffen das kardiogene System, sichtbar durch Veränderungen im EKG. Bei Maprotilin können sich auch trizyklisch-ähnlichen Nebenwirkungen zeigen. Für die Verwendung in der Schwangerschaft und Stillzeit liegen derzeit nur wenige Daten vor.

**Selektive Serotonin Reuptake Inhibitoren (SSRI)** hemmen die Wiederaufnahme im synaptischen Spalt, dadurch kommt es ebenda zu einer Konzentrationserhöhung von Serotonin.

Zu den Leitsubstanzen zählen Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Citalopram, Sertralin und Escitalopram.

Die Nebenwirkungen sind im Vergleich zu den Tri- und Tretrazyklika geringer. Es können Beschwerden wie Nausea, Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen und sexuelle Dysfunktionen auftreten.

Vergleicht man Studien zur Einnahme von SSRIs in der Schwangerschaft und Stillzeit im Zeitraum zwischen 2005-2007, kommen diese zu dem Ergebnis, dass Medikamente dieser Gruppe keine toxische Wirkung auf den Embryo haben.

Allerdings kann es bei den Substanzen Paroxetin und Sertralin bei einer erhöhten Dosis (<25mg/d) zu einem erhöhten Risiko für fetalen Malformationen führen und kardiale Defekte begünstigen.

### **Reversible und irreversible Monoamin-Oxidase-Hemmer (MAO-I)**

Dieser Wirkstoff beschränkt sich auf die Hemmung der Monoaminoxidase-A, einem Enzym des ZNS, das als Aufgabe den Abbau von Serotonin und Noradrenalin hat. Dadurch steigt allerdings die Konzentration von Tyramin, welches Kontraktionen der glatten Muskulatur (z.B. Gefäße, Myometrium der Gebärmutter, ...) hervorrufen kann.

### **Thymoleptika mit dualem Wirkmechanismus:**

- Noradrenerge und spezifische serotonerge Antidepressiva (NaSSA)  
z.B: Mirtazepin  
Zu den unerwünschten Wirkungen zählen hier Gewichtszunahme und Blutbildveränderungen der Leukozyten.
- Serotonin-Noradrenalin-Reuptake Inhibitoren (SNRI)  
z.B: Venlafloxin, Milnaciprin, Duloxetine  
Dieses Medikament verursacht SSRI ähnliche Nebenwirkungen sowie vermehrtes Schwitzen und selten eine Hypertonie.
- Duale serotonerge Antidepressiva (DSA)  
z.B: Trazodon und Nevfazodon  
Priapismus und orthostatische Hypertension sind die zu erwartenden Nebenwirkungen.

**Noradrenalin- Dopamin-Reuptake Inhibitoren (NDRI)** mit dem Wirkstoff Bupropion (auch Wellbutrin) reduzieren die Wiederaufnahme von Noradrenalin und Dopamin aus dem synaptischen Spalt.

**Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (NARI)** hemmen die Aufnahme von Noradrenalin in die Synapse, z.B. Reboxetin. Als Nebenwirkungen treten vermehrtes Schwitzen, Schwindel und kardiovaskuläre Erkrankungen auf.

Um die Liste der zurzeit gängigen Antidepressiva zu vervollständigen werden hier auch die Serotonin-Antagonist und Reuptake Inhibitor (SARI), die Melatonerge Antidepressiva und die Multimodale Serotoninmodulator, wie z.B. Vortioxetin angeführt. Für diese Art

der Antidepressiva gibt es derzeit keine Studien, die die Verwendung in der Schwangerschaft und Laktationszeit untersuchen.

Eine Metastudie von Mah et al. (2013) zeigte, dass die nasale Gabe bei postpartal depressiven Müttern von **Oxytocin**, als pharmakologische Unterstützung, zu einer verbesserten Mutter-Kind-Beziehung und beschützendem Verhalten führte.

Von der Gabe von **Benzodiazepinen** ist im 1. Trimester abzuraten, da es Fruchtschädigend wirken kann. Ab dem 2. Trimester sind keine Komplikationen bekannt. Es sollte jedoch bei der Geburt damit gerechnet werden, dass der Säugling beeinträchtigt von der Benzodiazepinwirkung (Lethargie, Sedierung, Trinkschwierigkeiten) ist, da sein Stoffwechsel noch nicht ausreichend funktioniert. Der Psychiater Benkert rät generell von einer Gabe von Non-Benzodiazepinhypnothika ab, da für den Gebrauch in der Schwangerschaft und Stillzeit nur wenige Daten vorliegen und somit ein sicherer Gebrauch nicht gewährleistet ist. Es ist bei gestillten Kindern der Allgemeinzustand zu beobachten und bei etwaigen Veränderungen wie übermäßige Schläfrigkeit, Trinkschwäche, Unruhe, ... ein/e Arzt/Ärztin aufzusuchen.

Von der Anwendung von **Antikonvulsiva, Antipsychotika und Lithium** in der Schwangerschaft, vor allem im 1. Trimester und kurz vor der Entbindung, wird abgeraten. Sollte es ohne Medikation nicht möglich sein, dann nur unter engmaschiger fachärztlicher Kontrolle und mit der am geringst möglichen Dosierung.

Eine andere Herangehensweise in der medikamentösen Therapie stellt die **Hormontherapie** mit Östrogen und Progesteron dar. Sie kann sowohl präventiv bei Prädisposition durch psychische Vorerkrankungen, als auch interventionell angewandt werden. Wie oben bereits erwähnt, fällt die Konzentration von bestimmten Hormonen nach der Geburt radikal ab. Man geht davon aus, wenn man diesen Hormonabfall verlangsamt, die Schwere der postpartalen Depression abzufedern. Allerdings besteht die Gefahr, dass nach dem Ende der Hormonbehandlung, eine Remission der Depression stattfindet.

Eine weitere Methode der medikamentösen Behandlung bei unipolaren schweren Depressionen stellt der Einsatz eines **Sertoninmodulators und -stimulators** dar. Der Wirkstoff Vortioxetin wird mit dem Handelsnamen Brindellix angeboten. Es wird von einer Einnahme in der Gravidität und Laktationszeit dringend abgeraten, da es 24 h nach

der Geburt zu lebensbedrohlichen Symptomen (z.B. Pulmonale Hypertonie: dadurch Hypoxie und Zyanose und verflachte, schnelle Atmung) beim Neugeborenen führen kann.

## Interdisziplinäre Präventions- und Behandlungsansätze

Im März 2015 wurde von der damaligen österreichischen Gesundheitsministerin Sabine Oberhauser ein Beratungsfolder konzipiert, der im März 2017 aktualisiert wurde. Es werden alle in Österreich vorhandenen Anlaufstellen für Mütter oder Väter mit psychischen Krisen genannt. Die Betroffenen/Mütter werden direkt angesprochen und somit die eventuell vorhandene Scham, sich Hilfe zu suchen, zu verringern versucht. Da es aufzeigt, dass man nicht als Einzige von den depressiven Verstimmungen während der Schwangerschaft und/oder nach der Geburt betroffen ist. Ebenso hilfreich können hier Bekenntnisse von Personen des öffentlichen Lebens sein, wie z.B. das Buch der Schauspielerin Brook Shields „Ich würde dich so gerne lieben. Über die große Traurigkeit nach der Geburt“.

Von Vorteil für die Betroffenen, sowohl Mütter als auch deren Angehörige ist eine niederschwellige, leicht zugängliche, individuelle und intensive Betreuung über einen längeren Zeitraum. In Deutschland gibt es dafür das Modell der Familienhebamme, in Österreich wird diese Hebamme nicht von den Krankenkassen übernommen. Eine große Entlastung können auch Haushaltshilfen darstellen, die für einen bestimmten Zeitraum alltägliche Dinge im Haushalt übernehmen, wie kochen und schon vorhandene Kinder betreuen. Kommen zu der postpartalen Depression noch weitere Faktoren, die die Situation in der Familie erschweren, z.B. bei Anpassungsproblemen des Babys oder Schreibabys, sollte an geeignete Ambulanzen überwiesen werden oder interdisziplinär zusammengearbeitet werden.

Für Deutschland konzipierte der 1996 gegründete, gemeinnützige Verein „Schatten und Licht“ eine Homepage (<https://www.schatten-und-licht.de/index.php/de/>). Auf dieser Seite sind alle in Deutschland vorhandenen psychiatrischen Mutter-Kind Einrichtungen aufgelistet. Die Webseite bietet Betroffenen auch Hilfestellung bei der Suche nach der geeigneten Einrichtung, z.B. welche Behandlungsschwerpunkte eine Klinik bietet.

In Deutschland befasst sich der Fachverband für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Thema der Konzeptualisierung von Behandlungsmethoden für postpartale Depression. Der deutsche Behandlungsstandard richtet sich nach der S3-Leitlinie für unipolare Depressionen. Einsehbar unter der Internetadresse: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/nvl-005l\\_S3\\_Unipolare\\_Depression\\_2017-05.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf) (am 3.11.2019)

Ein Artikel der deutschen Psychologin Corinna Reck aus dem Jahr 2007 beschreibt das integrative Behandlungsmodell an der Psychiatrischen Klinik Heidelberg. Seit 2001 gibt es eine Behandlungseinrichtung für Mütter und ihren Kindern mit postpartalen Störungsbildern. Es stellt eine Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der allgemeinen Psychiatrie dar. Mütter können sowohl stationär als auch teilstationär aufgenommen werden. „Das Modell orientiert sich an dem interaktionellen, integrativen Ansatz von Mechthild Papousek und George Downing. Die therapeutische Arbeit setzt unter Integration sowohl verhaltenstherapeutischer als auch interaktionsorientierter Elemente im ‚Hier und Jetzt‘ an, unter Berücksichtigung der vorsprachlichen, nonverbalen Ebene des Austausches zwischen Mutter und Kind“ (Reck 2004, S 1072). Die Beteiligung der Väter und anderer Angehöriger ist erwünscht. „Vorbedingung für eine differenzierte und umfassende Behandlung ist die sorgfältige Diagnostik und Festlegung einer integrativen Behandlungsstrategie für die Mutter, das Kind und die Mutter-Kind-Beziehung“ (Reck 2007, S 242). Auf Grund der veränderten Lebenssituation richtet Prof. Reck den Blick in der Therapie auf die Versagensängste der Mutter. Diese zweifelt ihre Selbstwirksamkeit in der neuen Rolle an. Sie empfindet sich selbst als schlechte Mutter, da sie negative Gefühle dem Kind gegenüber hegt, auch weil es zu dysfunktionalen Gedanken in interaktionellen Kontexten kommt. Bei nicht depressiven Müttern gestaltet sich die wechselwirkende Interaktion mit dem Säugling flexibel. Es kommt zu einem Wechsel zwischen koordinierten, welche von positiven Affekten auf beiden Seiten begleitet werden, und zu unkoordinierten Verhaltensweisen, welche mit negativen Affekten besetzt sind. Die Verhaltensregulation der Mutter erfolgt unbewusst. Das Kind kann dadurch am Modell der Mutter Regulationsmöglichkeiten erlernen, welche die Grundlage für „ein auf prozeduraler Ebene gespeichertes, implizites Beziehungswissen“ bilden (Reck 2007, S 236). Da es der depressiven Mutter an Selbstregulationsoptionen fehlt, überträgt sie das auf ihr Kind. Bei diesem entstehen Unsicherheiten und Irritationen und oft eine unsichere Bindungsqualität. Der Säugling

bekommt ein Gefühl der Hilflosigkeit und Ineffektivität, wobei die Psychologin Reck annimmt, dass es zu einer Vulnerabilität bezüglich depressiver Störungen führt (Konzept der erlernten Hilflosigkeit). Diese sich wiederholenden Situationen führen zu teufelskreisartigen Verflechtungen zwischen Mutter und Kind.

Sie führt eine Studie von Field et al aus dem Jahr 1997 an, die sich bereits damals mit dem Einfluss von psychotherapeutischer Behandlung von depressiven Müttern und ihren Kindern befasst. Als besonders wirksam zeigten sich Behandlungsmethoden die genau auf die individuelle Symptomatik abgestimmt waren. „Bei Müttern mit einer eher gehemmten depressiven Symptomatik mit Antriebsstörungen und eingeschränkter emotionaler Schwingungsfähigkeit kann in wenigen Sitzungen durch die Unterstützung ihres Kontaktaufnahmeverhaltens eine Steigerung kindlicher Initiativen sowie der Blickkontaktaufnahme erreicht und somit das Prinzip der ‚positiven Gegenseitigkeit‘ zwischen Mutter und Kind etabliert werden. Steht dagegen eine agitierte Symptomatik im Vordergrund, richtet sich der Fokus des ‚interactional coachings‘ zumeist auf intrusive mütterliche Verhaltensweisen“ (Reck 2007, S 239-240).

Eine weitere Therapiemethode stellt die videogestützte Mutter-Kind-Therapie dar. Hier werden kurze Interaktions-Sequenzen mitgefilmt und danach in Therapiesitzungen besprochen.

## Stationäres Angebot Österreich

In Österreich gibt es im Vergleich zu Deutschland nur sehr wenige Spezialstationen, in denen Mutter und Kind gemeinsam stationär aufgenommen werden. Während des Krankenhausaufenthaltes werden spezifische Therapien, die die Bindung zwischen Mutter und Kind inkludieren, angeboten.

Im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien gibt es eine Station für perinatale Psychiatrie, die in die Abteilung der Sozialpsychiatrie eingegliedert ist. Kooperationen gibt es mit der Jugendwohlfahrt, der Geburtshilfe und Neonatologie. Es werden die Patientinnen mit ihrem Kind aufgenommen. In besonders schweren Fällen, in denen die Betreuung des Säuglings durch die Mutter nicht gewährleistet werden kann, rät man zu einer Begleitperson. Diese, im besten Fall der Vater, verbleibt ebenfalls stationär. Eine Zuweisung zur Aufnahme erfolgt über gynäkologische oder psychiatrische Ambulanzen, den niedergelassenen Bereich, Hebammen, Jugendwohlfahrt und PsychotherapeutInnen.

Vor der Aufnahme erfolgt eine ambulante Besprechung mit der Patientin und ihren Angehörigen. Es erfolgt eine diagnostische Abklärung zur Einschätzung des Schweregrads der Störung. Seit dem Beginn 2004 kam es zu 119 Mutter/Vater-Kind-Aufnahmen, da es in Akutphasen (Psychosen) nicht auch noch zu einer belastenden Trennung kommen sollte. Neben der Behandlung der psychiatrischen Störung liegt das Hauptaugenmerk auf der Mutter-Kind-Beziehung und der Bindung. Es werden psychotherapeutischen Einzelgesprächen zweimal pro Woche, eine verhaltenstherapeutische Mutter-Kind-Gruppe sowie eine Pflegegruppe mit Still- und Ernährungsberatung, Tipps zur Säuglingspflege und Babymassage, angeboten. Ein wesentlicher therapeutischer Ansatz ist von Beginn an die Miteinbeziehung von Partnern und engsten Angehörigen zur Förderung familiärer Ressourcen. Es werden spezifische Rollenkonflikte, Stressoren und Bewältigungsstrategien bearbeitet und entwicklungspsychologische Kenntnisse vermittelt. Das multiprofessionelle Behandlungsteam besteht aus DGKS/P, Säuglingsschwestern/pfleger, klinischen PsychologInnen, PhysiotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, ErgotherapeutInnen und ÄrztInnen (nach <https://archiv.aerzte-exklusiv.at/news/article/kompetenzzentrum-perinatale-psychiatrie.html>, am 13.10.2019).

In Graz in der Landesklinik Süd befindet sich eine weitere Mutter-Kind-Station. Eine gemeinsame Aufnahme erfolgt bis zum 1. Lebensjahr des Kindes. Die Behandlung erfolgt in Einzel- und Gruppentherapie mit Einbezug der Bezugspersonen der Mutter. Die therapeutische Herangehensweise deckt sich mit der der Wiener Mutter-Kind-Station.

## Ambulantes Angebot Österreich

Das Wilhelminen Spital betreibt im Pavillon 13 am Otto-Wagner-Areal seit 2004 eine Spezialambulanz für perinatale Psychiatrie und bietet folgende Angebote für Mütter und Väter in psychischen Krisen an:

- Ärztlich diagnostisches Erstgespräch, in dem das Behandlungssetting individuell entwickelt wird
- Beratungsgespräche für psychisch erkrankte Patientinnen mit Kinderwunsch
- Angehörigenberatung
- Unterstützung bei sozialen Problemen
- Wöchentliche Mutter-Kind-Gruppe
- Enge Kooperation mit der psychiatrischen Universitätsklinik bei stationärer Mutter/Kind Aufnahme
- Zusammenarbeit mit der Säuglingspsychosomatik der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde Wilhelminenspital
- Enge Netzwerkarbeit mit anderen unterstützenden Einrichtungen

Auch vom Wilhelminen Spital betrieben, findet sich in Pavillon 20 die FEM-Elternambulanz (Gesundheitszentrum für Eltern, Frauen und Mädchen), eine Spezialambulanz für psychische Krisen rund um die Schwangerschaft. Sie dient dem Zweck der Prävention und Behandlung von psychischen Erkrankungen während oder nach der Schwangerschaft. Angeboten werden Krisenintervention, Orientierungsgespräche, Diagnostik, Entlastungsgespräche, Kurzbegleitung im ambulanten Rahmen, Psychoedukation über mögliche psychische Erkrankungen, auch in der Muttersprache (deutsch, türkisch, polnisch, farsi) der PatientInnen. Die Beratung ist kostenlos. Überweisungen erfolgen durch die Schwangerenambulanz des AKH Wien und durch direkte ärztliche Empfehlung nach der Geburt (allenfalls Terminvereinbarung noch während des Spitalsaufenthaltes). Die Vordiagnostik erfolgt durch den Fragebogen EPDS. Aber auch die betroffene Frau kann dort selbstständig, ohne Überweisung, vorstellig werden.

Die Stadt Wien hat eine eigens kreierte Homepage (<https://psychische-hilfe.wien.gv.at/site/beratung-behandlung-therapie-schwangere-junge-eltern/>) auf der

alle Wiener Anlaufstellen bei psychischen Krisen in der Schwangerschaft aufgezählt sind. Hierunter finden sich als Anlaufstellen die Frühen Hilfen, Mutter-Kind-Zentren, Notfallnummern und ein Verweis zur Liste der PsychotherapeutInnen.

## Frühe Hilfen

Es gibt Programme, die bereits vor der manifesten Erkrankung der Mutter greifen, bei bekannten vorbelastenden Risikofaktoren. Hier sind zum Beispiel in Österreich die Frühen Hilfen anzuführen. Dieses Programm unterstützt (werdende) Eltern in den Herausforderungen der frühen Kindheit von 0-6 Jahren, um gute Rahmenbedingungen für die Kinder und soziale und gesundheitliche Chancengleichheit zu schaffen. Es ist eine finanzielle Kooperation vom Land Österreich und der OÖ Gebietskrankenkassa. Die bundesweite Abstimmung und Vernetzung der regionalen Gruppen erfolgten durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen. Dieses sichert auch die Qualität und die Effizienz der Umsetzung und fördert den Wissenstransfer und die Öffentlichkeitsarbeit.

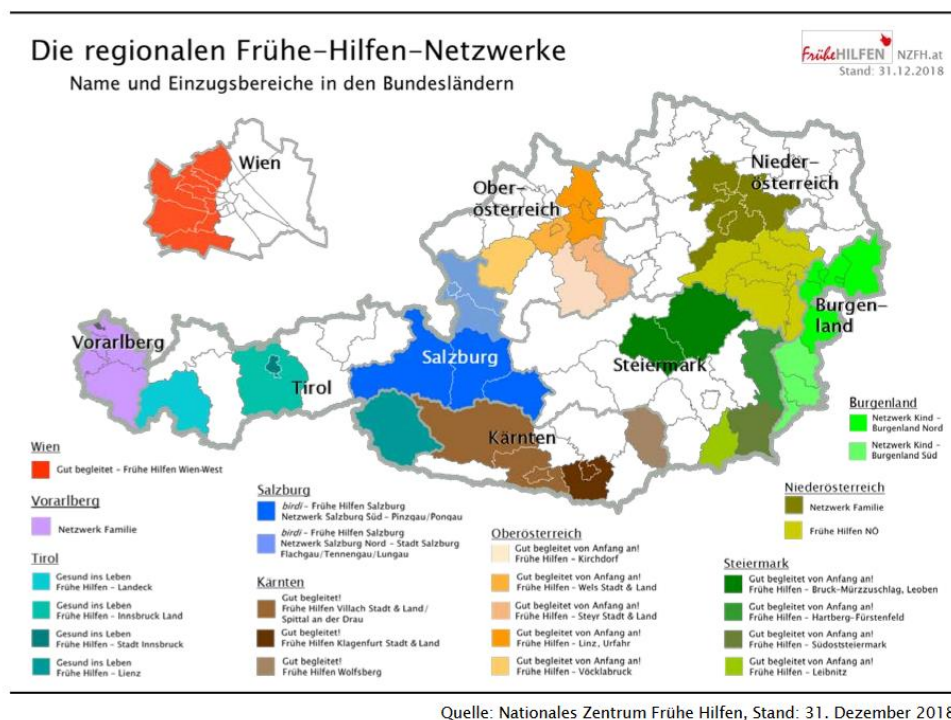


Abbildung 5 (Marbler 2019, S 2):

In den regionalen Gruppen der Bundesländer erfolgt eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen (SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen, DGKS/P, Hebammen, BehindertenfachbetreuerInnen,

FrühförderInnen, ...), die niederschwellig direkt in den Familien eingesetzt werden. Die FamilienbegleiterInnen greifen die aktuellen Bedürfnisse der Familien auf und unterstützen sie. Dazu zählen z.B. Hilfe bei Arztbesuchen, ev. Dolmetschen, Unterstützung mit dem Kind, Psychoedukation im Umgang mit Säuglingen. Es ist möglich, postpartale psychische Erkrankungen rechtzeitig zu erkennen und die Mutter oder den Vater an die zuständige Stelle zu überweisen. Die vorhandenen Ressourcen der Mutter werden hervorgehoben und gestärkt.

Quellberufe der Familienbegleiterinnen

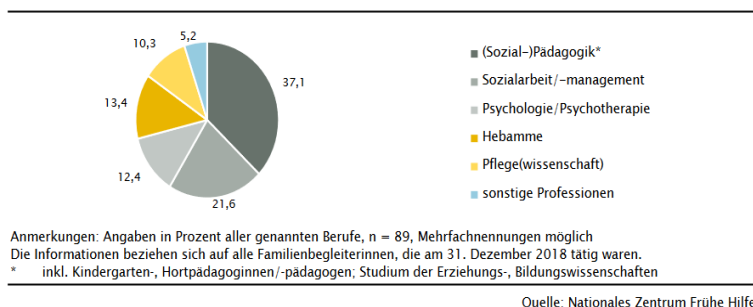


Abbildung 6  
 (Marbler 2019, S 5):

Laut dem Jahresbericht, der vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz in Auftrag gegeben worden ist, wurden im Jahr 2018 2.222 Familien begleitet, davon wurde ca. die Hälfte der Begleitungen abgeschlossen. Es fanden 25% der Kontaktaufnahmen noch in der Schwangerschaft statt und mehr als 30% der jüngsten Kinder in den Familien waren noch keine 3 Monate alt.

„Entsprechend der Zielsetzung wurden Familien mit diversen sozialen, psychischen und/oder medizinischen Belastungen erreicht. Die Hälfte der Familien war armutsgefährdet, je ein Drittel der Mütter hatte Migrationshintergrund oder maximal Pflichtschulabschluss, ein Fünftel ist Alleinerziehend und bei zehn Prozent der Mütter gab es Anzeichen einer postpartalen Depression. Fast ein Fünftel der Kinder waren Frühgeburten und zehn Prozent Mehrlingsgeburten. Die Familien wurden durchschnittlich (Median) sechs Monate lang begleitet“ (Marbler 2019, S III). Die meisten Kontaktaufnahmen wurden in Oberösterreich (n= 387) gemacht.

## Doula

Der Begriff *Doula* kommt aus dem Altgriechischen und bedeutet *Dienerin, Sklavin, Magd* – im übertragenden Sinn ist wohl die „Dienerin der Frau“ gemeint. Sie ist eine nichtmedizinische Helferin, die die Gebärende, die Hebamme und/oder den Arzt/die Ärztin unterstützt. Im englischsprachigen Raum sind sie seit den 70er Jahren, als es in den USA zu einem Hebammenmangel kam, Tradition. Sie bieten durch ihre Anwesenheit Sicherheit für die werdende Mutter, sie ersetzen in manchen Fällen die „erfahrene, weise Frau oder auch Mutter der Mutter“ und können dadurch eine präventive Schutzfunktion haben bezüglich dem Auftreten von peri- und postpartalen Depressionen.

1995 veröffentlichten die Pädiater Dr. Marshall Klaus und Dr. John Kennell das Buch „The Doula“ in dem sie durch Bonding-Studien aus 25 Jahren mit 5000 Probandinnen belegen, dass mit einer Doulabegleitung während der Geburt die Kaiserschnitttrate um bis zu 50% sinkt. Weiters verringert sich die Wehenzeit, es verkürzt sich die Geburtsdauer um 25%, die Oxytozin-Verabreichung kann um 40% sinken und die medikamentöse Schmerzbekämpfung um 30%. Der Einsatz der Geburtszange dezimiert sich um 30% und die Nachfrage nach einer PDA sinkt um 60%.

Das Konzept der Doula sieht vor, dass sie die Mutter bereits während der Schwangerschaft und darüber hinaus bei der Geburt und im Wochenbett begleitet. Sie steht als Ansprechperson für Fragen die Geburt, die Säuglingspflege und -betreuung zur Verfügung. Der seit 2006 bestehende Verein DiA (Doulas in Austria) bietet auf seiner Homepage Informationen das Thema betreffend an. Die Ausbildung der Frauen (in Österreich) beinhaltet ein einjähriges Training bei dem Verein ELYSIA, der von einer Privatperson gegründet wurde und geleitet wird. In der Trainingszeit sind 6 Module, die sich jeweils über ein Wochenende erstrecken, zu besuchen, Fachliteratur im Selbststudium zu lesen und zusätzlich finden Selbsterfahrungsseminare statt.

Nach der einjährigen Ausbildung kann die Doula eine Zertifizierung erlangen. Für diese muss sie bei einem Geburtsvorbereitungskurs und einem Stillkurs hospitieren, drei Geburtsbegleitungen mit mindestens einem Kaiserschnitt nachweisen können. Aus den Themenbereichen Schwangerschaft, Stillzeit, Geburt, Wochenbett ist Pflicht- und Wahlliteratur zu lesen und zu exzerpieren. Den Abschluss bildet eine schriftliche Arbeit oder ein Referat über ein gewähltes Thema in das man sich vertiefen möchte.

Doulas arbeiten nach einem Verhaltens- und Ethikkodex. Darin verpflichtet sie sich der Verschwiegenheit und Wahrung der Privatsphäre der Familie Dritten gegenüber. Weiters verpflichtet sie sich, dass sie die Mutter bzw. die Familie in den Mittelpunkt ihres Interesses stellt, das die Bezahlung auf die finanzielle Lage der Frau abgestimmt und fair und begründbare bezüglich der erbrachten Leistungen ist (im Bedarfsfall sogar ehrenamtlich). Auch die Zuverlässigkeit und Verfügbarkeit der Betreuerin wird zu allen Zeitpunkten rund um die Schwangerschaft und Geburt zugesichert. Ein weiterer wichtiger Punkt ist der respektvolle Umgang mit KollegInnen und allen anderen Berufsgruppen der Geburtshilfe (Ärzte/Ärztinnen, DGKS/P, Hebammen, ...). Sie verpflichtet sich, keine Geburten im Alleingang durchzuführen und Eltern auch darüber aufzuklären. Die Doula dient der Unterstützung von mütterlichem und kindlichem Wohlergehen.

Zusätzlich werden regelmäßig Fortbildungen und Vernetzungstreffen abgehalten, um bestehendes Wissen zu erweitern und den Erfahrungsaustausch untereinander zu fördern.

## Alternative Behandlungsmethoden

Milgrom et al. (2015) untersuchen in ihrer Metastudie zusätzlich nichtpharmazeutische Behandlungsmethoden, wie die Elektrokrampftherapie, gezielte Aufnahme von Omega 3 Fettsäuren, Lichttherapie, Akupunktur und Massage, anhand von vorhandenen empirischen Studien. Alle belegten eine Besserung der depressiven Symptome bei den Schwangeren und Müttern.

Die Elektrokrampftherapie wird nur postpartal angewandt und meist bei PatientInnen, die auf herkömmliche medikamentöse oder psychotherapeutische Behandlung kaum ansprechen.

Das „nondirective counseling“ aus dem englischen Raum entspricht der Psychoedukation im deutschsprachigen Raum. Die Gespräche mit der Patientin sind empathisch, wertfrei und unterstützend.

Die Unterstützung von Familienangehörigen, dem Partner oder dem sozialen Umfeld wirkt sich auf die Verbesserung von depressiven Symptomen ebenfalls positiv aus.

Andere alternative Behandlungsmethoden beschreibt die Psychiaterin Kittel-Schneider in ihrem Artikel aus 2016 in der Zeitschrift Nervenarzt. Sie führt die repetitive, transkranielle Magnetstimulation an. Hier werden „nichtinvasiv kortikale Neuronen durch rasch

aufeinanderfolgende magnetische Einzelimpulse stimuliert“. Außerdem auch die transkranielle Gleichstromtherapie, Bewegungstherapie und die Vagusnervstimulation, welche hauptsächlich bei therapieresistenten PatientInnen durchgeführt wird. Es gilt als belegt, dass körperliche Betätigung die depressive Symptomatik reduziert.

## Psychotherapeutische Behandlungsmethoden

Die psychotherapeutische Behandlung der depressiven Mutter mit ihrem Neugeborenen kann sowohl in einem stationär eingegliederten Rahmen, als auch ambulant stattfinden. Welche Art der Aufnahme gewählt wird, hängt auch davon ab, ob es (prä-) suizidale Tendenzen gab. Wichtig für eine erfolgreiche Psychotherapie bei postpartalen Depressionen ist, dass der Säugling mit eingebunden wird. Es ist eines der Hauptaugenmerke auf eine gelungene Mutter-Kind-Beziehung zu richten. Die verschiedenen Fachrichtungen der Psychotherapie haben unterschiedliche Herangehensweisen an die Behandlung der postpartalen Depression.

Im Kapitel Diagnosedefinitionen werden die operationalisierte Diagnosenbeschreibung des ICD 10 angeführt. Diese Art der Diagnosekriterien haben den Vorteil, dass sie systematisch sind und leicht anzuwenden sind und damit international vergleichbar werden. „Gravierender sind aber die Nachteile durch die bloße Deskription, also durch die Tatsache der völligen Vernachlässigung der Beschreibung und Analyse des hinter der Oberfläche stehenden Kräftespiels von bewussten und unbewussten Motivationen, Emotionen und kognitiven Prozessen, überhaupt der Dynamik des psychischen Geschehens“ (Mentzos 2011, S 20).

Die prospektive Langzeitstudie von Birsch et al. aus dem Jahr 2006 untersucht die Auswirkungen von postpartal depressiven Müttern auf deren Kinder. Das Ergebnis ermöglicht auch Rückschlüsse auf eine mögliche Behandlungsstrategie für die betroffenen Mütter. Aus der Untersuchung geht hervor, dass postpartal depressive Mütter oft selbst, als Kinder, Opfer von pathologischen Beziehungsmustern waren. Somit ist eine gelingende Behandlung erst möglich, wenn eine gute Patientin-TherapeutInnen-Beziehung aufgebaut worden ist. Weiters ist zu beachten, dass Mütter aus Hochrisikogruppen (mehrere Risikofaktoren summieren sich hier) vermehrt Zuwendung und mehrfache Aufforderungen seitens Bezugspersonen brauchen, um sich an Präventiv- und Therapieprogrammen zu beteiligen. Es kann also hervorgehoben werden, dass bei

der Begleitung und Behandlung dieser Klientinnengruppe Vertrauen und Respekt in der therapeutischen Beziehung eine immense Rolle spielen.

In der Literatur werden meist verschiedene Fachrichtungen der Psychotherapie verglichen, so auch in der Arbeit aus 2015, von der Psychologin Milgrom. Sie stellt die Wirksamkeit von medikamentöser Behandlung, der von psychotherapeutischer Behandlung bei ante-, peri- und/oder postpartalen Depressionen gegenüber. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass beide Methoden ähnliche Effektstärken erreichen. In diesem Artikel werden ebenfalls verschiedene Methoden der nichtmedikamentösen Therapie aufgezählt und anhand von aktuellen Studien im englischsprachigen Raum verglichen, die später im Text noch beschrieben werden.

Leider wurde die psychotherapeutische Behandlung in manchen Studien, die in der Recherche von Milgrom et al. analysiert wurden, nicht von psychoanalytisch ausgebildeten PsychotherapeutInnen durchgeführt, sondern von in die Materie mittels kurzer Schulung eingeführten SozialarbeiterInnen, Hebammen, DGKS/P oder PsychologInnen. Somit ist in manchen Fällen die Qualität der psychotherapeutischen Behandlung in Frage zu stellen.

Copper et al. (2003) führten eine große Studie über die Effekte von verschiedenen psychologischen bzw. psychotherapeutischen Behandlungsstrategien durch. Insgesamt wurden 193 Frauen mit der Diagnose postpartale Depression in randomisierte Gruppen unterteilt. Sie erhielten zwischen 8-18 Wochen „normale“ Versorgung (TAU= treatment as usual, d.h. wie im englischen Gesundheitssystem vorgesehen = Kontrollgruppe), „Nondirective counselling“, Kognitive Verhaltenstherapie und psychodynamische Psychotherapie. Evaluationszeitpunkte – von Müttern und Kindern – waren zu Beginn der Studie nach 4, 5, 18 und 60 Monaten. Die Conclusio dieser Studie ist, dass alle drei Methoden zu einer Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung führten. Die Testung nach 18 Monaten kam zu dem Ergebnis, dass vor allem die Methode der Psychoedukation zu einer sensibleren Reaktion den Bedürfnissen des Kindes gegenüber führte. Bei der letzten Überprüfung nach 5 Jahren, konnten allerdings keine Veränderung der Reaktion der Mutter bei Problemen mit dem Kind oder der kognitiven Entwicklung des Kindes, gegenüber der Kontrollgruppe, festgestellt werden.

## Interpersonelle Therapie

Die Interpersonelle Therapie (IPT) findet man im englischsprachigen Raum. Diese Therapieform wurde speziell für die unipolare Depression entwickelt und für PatientInnen mit postpartaler Depression modifiziert. Sie richtet den Fokus auf vier, von PatientInnen ausgewählten Problemen. Es stellt eine Kurztherapie im Rahmen von 12-20 Wochen dar. Bei der Behandlung von Störungen wird davon ausgegangen, dass sich Depressionen in bestimmten sozialen Kontexten entwickeln.

Bei der IPT stehen die Mutter-Kind-Beziehung, die Paarbeziehung von Mutter und Vater und der Weg zurück in die Arbeitswelt nach der Karenzzeit im Vordergrund. Empirische Studien belegen die gute Wirksamkeit bei schweren Depressionen, somit wird diese Therapieform auch bei der postpartalen Depression empfohlen. Der Psychologieprofessor O'Hara (2000) beschreibt in seiner Studie darüber hinaus die signifikante Verbesserung in der sozialen Anpassung.

## Kognitive Verhaltenstherapie

In der Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) hilft der/die TherapeutIn der Patientin, bestimmte negative Verhaltensweisen zu identifizieren und modifizieren, bessere Copingstrategien zu entwickeln und somit negativen Stress zu vermeiden. Diese Therapieform lieferte die besten Ergebnisse in den Studien, verglichen mit der Monotherapie mit Sertralin. Je früher mit der Therapie begonnen wird, eventuell bereits wenige Tage postpartum, umso besser ist die Prognose. In einer Metaanalyse aus dem Jahr 2011 über 27 Studien, untersuchten Sockol et al. die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie bezüglich der Behandlung von peri- und postpartaler Depression. Die Autorin kommt zu dem Ergebnis, dass die Effektstärke von KVT dem der Psychopharmaka leicht überlegen ist, aber die IPT wiederum effektiver als die KVT ist.

Zu den Kognitiven Verhaltenstherapeutischen Methoden zählt auch die Mindfulness-Based Cognitiv Therapie. Für die Prävention von Rückfällen bei unipolarer Depression entwickelt, vereint diese Methode Teile der KVT und des Programmes der Achtsamkeitsbasierten Stressreduktion (Mindfull-Based Stress Reduction).

## Tiefenpsychologisch/psychodynamische Therapie

Zu den tiefenpsychologischen oder psychodynamischen Verfahren zählen die klassische Psychoanalyse mit all ihren Untergruppierungen und die Individualpsychologie nach Alfred Adler.

Kittel-Schneider beschreibt in ihrer Arbeit psychoanalytische und tiefenpsychologische Verfahren zur Behandlung der postpartalen Depression. Die psychoanalytischen Therapien waren in den herangezogenen Studien als Kurztherapien geplant. Zum Beispiel die Studie von Nanzer et al. aus dem Jahr 2012, in der eine kleine, nicht randomisierter Gruppe von Probanden mit insgesamt 129 Patienten, 40 davon mit einem erhöhten EPDS-Wert ( $> 13$  Punkte), ausgewählt wurde. Es fanden jeweils zwei therapeutische Gespräche antepartal und postpartal statt. Das Ergebnis war eine Verbesserung der depressiven Symptomatik und der Mutter-Kind-Beziehung. Allerdings wird die Aussagekraft dieser Studie gemindert, durch die nicht erkrankte und nicht behandelte Kontrollgruppe. „Die Reduktion der mütterlichen Symptome geht allerdings nicht immer mit einer verbesserten Mutter-Kind-Interaktion und mit einem verbesserten Outcome für das Kind einher, weshalb die Entwicklung sogenannter dyadischer Psychotherapieformen sinnvoll erscheint“ (Kittel-Schneider 2016, S 972).

Der amerikanische Psychiater und Psychoanalytiker Blum befasst sich in seinem Artikel aus 2007 speziell mit der Psychodynamik der Mutter im Fall einer postpartale-depressiven Störung. Er fasst einige Studien, die die Wirksamkeit psychoanalytischer Behandlung bei postpartaler Depression untersuchen, zusammen. Wie es scheint wurde das Thema zwar gelegentlich gestreift und aufgegriffen, aber nie in differenzierten Studien erforscht. Blum führt hier die Untersuchungen von verschiedenen PsychotherapeutInnen an: So stellt 1950 der Psychoanalytiker Orens die These des auftauchenden weiblichen Kastrationskonflikts dar, basierend auf einer Fallgeschichte. Harold Blum analysiert 1978 in einer seiner Veröffentlichungen die Mutter-Tochter-Beziehung, die durch traumatische Ereignisse erschwert wurde. Er hebt die verstrickten Konflikte der Trennung, Individualisierung und der psychosexuellen Entwicklung hervor. Die Psychoanalytikerin Halberstadt-Freud beschreibt 1993 einen Fall einer postpartal depressiven Patientin und stellt die Hypothese auf, dass es sich um eine ungelöste symbiotische Illusion bezüglich der eigenen Mutter handeln könnte. Menos und Wilson machten 1997 eine empirische

Studie mit der Hypothese, dass postpartal depressive Frauen in der Affekttoleranz regredieren und auch im Gefühlsausdruck und in der Selbstwirksamkeit auf kindliche Entwicklungsstufen zurückgreifen.

Blum selbst identifiziert nach seiner langjährigen Erfahrung in der Behandlung von postpartal depressiven Müttern drei Konflikte, die seiner Meinung nach in unterschiedlicher Prominenz auftauchen können, meist aber mindesten zwei davon. Dies ist der Mutterschaftskonflikt, der Abhängigkeitskonflikt und der Konflikt im Umgang mit Aggressionen und Ärger.

- Für den Abhängigkeitskonflikt kreiert er im englischen den Begriff der Counterdependence. Dieser soll verdeutlicht, dass es ein ambivalentes Gefühl in der Mutter gibt. Jede Frau die für ihr Kind sorgt, will auch selbst das Gefühl haben, umsorgt zu werden. Jeder hat aus der Kindheit übrig gebliebene Reste des Wunsches, umsorgt zu werden ohne etwas dafür zu tun, in sich beherbergt. Sieht die Mutter alle Versorgungswünsche ihres Säuglings erfüllt, könnte ein Gefühl des Neides aufkommen. Durch die Geburt und Mutterschaft können alte, unerfüllte Bedürfnisse reaktiviert werden. Wenn sich die Mutter ihre eigenen Gefühle dem Kind gegenüber eingestehen und akzeptieren kann, dass sie es ist, die Fürsorge geben muss und das Baby abhängig von ihr und ihrer Reaktion ist, entwickelt sich keine Störung. Manche Menschen wehren allerdings den Wunsch nach Abhängigkeit und Versorgung stark ab („Ich brauche niemanden der für mich sorgt, ich Sorge für andere“) so dass, wenn es zu einer Überforderung im sich-um-jemanden-kümmern führt, das konstruierte System der Counterdependence zusammenbricht. Die eigenen unerfüllten Bedürfnisse werden zu groß. Besonders gefährdet sieht Blum hier perfektionistische Frauen, die von außen wirken, als könnten sie jede Situation meistern. In solchen Fällen von einer Erkrankung an postpartaler Depression sind meist sowohl die Patientin als auch der behandelnde Arzt überrascht vom seelischen Zusammenbruch. Die zweite gefährdete Gruppe ortet er in sozial und familiär schlecht integrierten Frauen. Diese haben im Bedarfsfall niemanden der ihre Bedürfnisse erfüllt, umsorgt zu werden.
- Der Ausdruck von aggressiven Gefühlen dem Kind oder der Familie gegenüber ist sozial nicht erwünscht. Betroffenen Patientinnen können ihre Wut oder den Ärger nicht verbalisieren, da sie meinen, nicht das Recht zu diesen Emotionen zu

haben. Diese Situation führt zu Schuldgefühlen und Furcht vor der Aggression. Die negativen Gefühle können sich leicht auf das Neugeborene fokussieren, da es das Leben der Mutter auf den Kopf gestellt hat. Sie bekommt seinetwegen wenig Schlaf und auch andere, sonst gewohnte Befriedigungen sind ihr über einen kurzen Zeitraum wegen des Babys verwehrt. Wieder hängt es davon ab, ob die Mutter diese Gefühle in sich integrieren kann oder nicht. Die Aggression kann im besten Fall dazu genutzt werden, (sich selbst) Hilfe zu holen. Bei starken Schuldgefühlen oder einer zu großen Hemmung der Aggression, können Ängste auftauchen, dass dem Kind etwas zustößt oder man es sogar selbst verletzt. Dies kann zu einem Teufelskreis aus Aggressionen und Schuldgefühlen führen, der wiederum schwere Depression bis hin zu suizidalen Gedanken nach sich ziehen kann. Blum stellt die Hypothese auf, dass diese Frauen über ein sehr strenges Über-Ich verfügen und hohe Erwartungen an sich selbst stellen. Diese Frauen beschützen ihre Umwelt vor ihrer Aggression. Aus Angst vor dem Kontrollverlust steigt der innere Druck. Der/die TherapeutIn könnte hier der Mutter helfen ihre Aggressionen zu spüren, sie zu akzeptieren und auszusprechen.

- Wie anfangs erwähnt, haben viele Frauen mit postpartaler Depression eine problematische Beziehung zur eigenen Mutter. Daraus resultiert der von Blum angeführte Mutterschaftskonflikt. Die frischgebackene Mutter hat kein positives Bild in sich, wie sich eine liebende, empathische Mutter ihrem Kind gegenüber verhält. Die Patientin hat den Anspruch an sich, niemals wie die eigene Mutter zu werden, und mit großen (inneren) Anstrengungen schafft sie es meist auch. Dieser Konflikt kann laut Blums Artikel auch im offensichtlichen Konflikt zwischen dem Bedürfnis sich um das Kind zu kümmern und wieder zurück in die Arbeitswelt zu kehren zum Ausdruck kommen. Dies widerspiegelt den Loyalitätskonflikt, der sich im „Aufgeben oder Verraten müssen des einen oder anderen Objekts“ darstellt (Mentzos 2011, S 31).

Die Konflikte im Umgang mit Aggressionen, Schuldthematiken und internalisierte negative, elterliche Beziehungsmuster sind aus der Beforschung der unipolaren Depressionen auch bekannt. Doch Blum hebt die Counterdependence als eigen für die postpartale Depression hervor. Sollte dieser Konflikt für den/die behandelnde/n AnalytikerIn bemerkbar sein, ist dieser unbedingt anzusprechen, da es sonst eine Therapie erschweren bis verunmöglichen kann. Für die Patientin ist es schwer, Hilfe anzunehmen,

auch von dem/r PsychotherapeutIn. Wie andere Experten auf dem Gebiet, betont auch Blum, wie wichtig es ist, den Bedürfnissen der Patientin bei der Therapie von postpartaler Depression zu folgen. Er meint, je spezifischer eine Therapie abgestimmt ist, umso besser seien die Ergebnisse aber er empfiehlt, die drei Konflikte nicht direktiv zu behandeln.

Die drei von Blum beschriebenen Konflikte könnte man mit den drei Insuffizienztypen von Dr. Kapfhammer vergleichen. Der Insuffizienztypus hätte den Mutterschaftskonflikt als Grundlage. Der Zwangstypus wehrt das Gefühl der Abhängigkeit ab und sichert sich mit strikten Regeln. Und der Paniktypus hat wahrscheinlich Probleme, seine Aggressionen wahrzunehmen und zu artikulieren.

Die Psychoanalytiker Stern und seine Frau, die Kinderpsychiaterin Bruschweiler-Stern vertreten ebenfalls den Standpunkt, „dass die traditionellen psychologischen Modelle den Einfluss der Mutterschaft auf die seelischen Strukturen einer Frau nicht erfassen“ (Stern nach Moser 2018, S 12)) Moser greift diese Hypothese in ihrem Buch „Postpartale Depression und weibliche Identität“ auf und nähert sich der Behandlung von postpartalen Depressionen an Hand von psychoanalytischen Hypothesen nach Sigmund Freud, Jacques Lacan und Françoise Dolto. Sie hält „es dafür wesentlich, die Definition der Sexualität, der Weiblichkeit, der Mutterschaft festzuschreiben und die Dynamik zwischen Mutter und Kind, zwischen Mutter und Großmutter, wie auch die Arten der psychischen Transmission zu erforschen, mit denen die Mutter gewordene Tochter in der übertragenen Generationsfolge ihre geschlechtliche Identität annimmt“ (Moser 2018, S 21). Sie weist auch darauf hin, dass die Depression in oder um die Schwangerschaft in der öffentlichen Wahrnehmung sehr konfliktbehaftet ist. Da diese Art der Störung aber auch Auswirkungen auf das Umfeld der Mutter hat, sollte die gesamte Gesellschaft auch zur Lösung des Problems beitragen. „Die Bedeutung einer postpartalen Dekompensation wird [ihres] Erachtens bestenfalls erahnt und nicht in den Diskurs von Betroffenen gesucht und gehört“ (Moser 2018, S 163). Wie auch andere PsychoanalytikerInnen, findet sie, dass der übliche Umgang in psychiatrischen Einrichtungen mit der postpartalen Depression die unbewussten Konflikte vernachlässigt. Es werde die „Struktur des Begehrens inkohärenter Konflikte kodifiziert und pathologisiert und so eine Psychopathologie des alltäglichen Lebens psychiatrisiert [...]“. Ihrer Meinung nach stellt sich die Psychoanalyse somit der modernen Diagnostik entgegen, da die Klassifikation des Leidens dem Subjekt sein Leiden raubt (Moser 2018, S 168). Weiter schreibt sie: „Alle

psychiatrischen oder sozialen Ansätze zum Verständnis der PPD sind als Behandlungsform begrenzt, wenn sie sich darauf beschränken, nur die sozialen Lücken zu füllen“ (Moser 2018, S. 169).

„In den Modellen zur Konzeptualisierung der Weiblichkeit wird nach wie vor eine hormonelle Determiniertheit als prägendes Merkmal eines femininen Wesens herausgestellt“. Sie führt als Beispiele die Diagnosen des Babyblues und des prämenstrualen Symptoms an. „Dennoch manifestiert sich nach der Geburt eine psychische Labilität, die sie durch „Kausalität physiologischer Prägung“ nicht ausreichend erklärt sieht (Moser 2018, S 169).

Moser zieht „[eine] Verbindung zwischen Weiblichkeit, Verlust und Depression und zielt auf die These einer strukturellen Depression innerhalb der weiblichen-mütterlichen Entwicklung [ab]. Es entsteht dadurch ein Konflikt zwischen abhängig-symbiotischen Bestrebungen und autonomer Bemächtigung“ (2018, S 179).

In der Auseinandersetzung mit der französischen Philosophin Elisabeth Badinter, welche sich „mit der Geschichte des Mythos von der Natürlichkeit der Mutterliebe“ auseinandersetzte und aufzeigte, dass sie ein ambivalentes Gefühl darstellt. Wenn ein Verhalten von der derzeit gängigen Gesellschaftsnorm als abweichend wahrgenommen wird, wird es pathologisiert. „Sieht man aber die Mutterliebe als ein menschliches Gefühl neben anderen an, dann kann man sie wie alle anderen Gefühle als verletzlich und unvollkommen betrachten“ (Moser 2018, S 248). Die Autorin geht davon aus, dass sich Muttergefühle über den Zeitraum der gesamten Schwangerschaft entwickeln können und auch zuweilen noch längere Zeit darüber hinaus benötigen könnte. „Daher kann die Mutterschaft nicht instinktiv sein, sondern sie ist biographisch“ (Moser 2018, S 248).

Der Psychoanalytiker Stern spricht in seinem Buch die Mutterschaftskonstellationen aus dem Jahr 2006 von speziellen Themen in der Mutterschaft:

1. Das Thema des Lebens und des Wachstums

Die Mutter stellt sich die Frage: Kann ich mein Kind am Leben erhalten? Die Mutter hat Angst vor plötzlichem Tod des Säuglings und vor dem Versagen der biologischen Vitalität und der Kreativität in ihr selbst.

2. Das Thema der primären Bezogenheit

Hier wird die Frage gestellt, ob die Mutter ihr Kind liebt, ob sie es überhaupt lieben kann. Und ob sie das Kind auch zurückliebt und sie es auch wahrhaftig

wahrnimmt. Eigene negative Kindheitserfahrungen können den Bindungsprozess beeinflussen.

### 3. Das Thema der unterstützenden Matrix

Die Mutter strebt es an ein schützendes Netzwerk für sich und ihren Nachwuchs zu schaffen. Hier spielen vor allem die Unterstützung und Anerkennung durch wertgeschätzte, kompetente Personen, wie die eigene Mutter eine große Rolle. Durch sie sollte die Wissensweitergabe erfolgen. Es kommt auch zu einer Reaktivierung der früheren Mutter-Kind-Beziehung. Ein Nichtvorhandensein kann als Depressionsauslöser fungieren.

### 4. Das Thema der Reorganisation

Nach der Geburt des Kindes kommt es zu einer Transformation der Selbstidentität. Hat die Mutter selbst schlechte Erfahrungen in der Kindheit gemacht, kann die Angst vor einer Wiederholung und vor der transgenerationalen Weitergabe auftauchen. Die bisher wirksamen Abwehrmechanismen versagen wegen der Rollenveränderung von der Tochter zur Mutter.

Aus diesen Themen ergeben sich für Stern die Behandlungsschwerpunkte in der Psychotherapie.

# Resümee vor dem Hintergrund der historischen individualpsychologischen Theorien nach Alfred Adler

Während der Beschäftigung mit der vorhandenen Literatur trat umso mehr hervor, wie wichtig die holistische Betrachtung und Behandlung der postpartalen Depression ist. Auch Adler legte viel Wert auf die Unteilbarkeit des Individuums, wie der Name der von ihm gegründeten psychotherapeutischen Schule verrät. Das Wort *Individuum* kommt aus dem Lateinischen und bedeutet *Unteilbares*. Individualpsychologie ist somit die Lehre des Seelenlebens der unteilbaren Entität. Zu den Teilen des Individuums gehört auch das soziale Umfeld in dem es aufwächst.

Wie die oben erwähnte Psychoanalytikerin Moser, betont auch Alfred Adler wie wichtig der Einbezug des sozialen Umfeldes bei der Behandlung ist: „Unsere Individualpsychologie lehrt das menschliche Seelenleben als versuchte Stellungnahme zu den Forderungen des sozialen Lebens begreifen“ (1912, S 7).

Alfred Adler berichtet in seiner Schrift aus dem Jahr 1912 über die Fallgeschichte einer 32-jährigen Frau, die ihn während der Schwangerschaft wegen starken Angstzuständen aufsucht. Die Ehe der Frau besteht bereits seit acht Jahren und blieb bis dahin kinderlos. Die Patientin empfand eine große Ambivalenz der Schwangerschaft gegenüber, da sie sich wohl nach einem Kind sehnte, aber auch Ängste vor der Schwangerschaft, der Geburt und dem Mutterdasein hatte. Der erste Angstanfall fand statt, als ihr Gatte wie üblich eine seiner Geschäftsreisen antreten wollte. Der Ehemann hatte auf diesen Reisen immer wieder von der Ehefrau gebilligten, außerehelichen Geschlechtsverkehr. Nachts kam es immer wieder zu so schweren Angstzuständen, dass sie ihren Mann brauchte, um wieder zur Ruhe zu kommen. Durch die Anfälle unterband sie, auf subtile Art, die Reisen und den außerehelichen Geschlechtsverkehr. Adlers Deutung zu den Angstzuständen ist, dass die Patientin sich durch die Schwangerschaft in die vollkommene Verweiblichung gedrängt fühlt und sich dadurch minderwertig empfindet. Auf diese Minderwertigkeit reagiert sie mit dem Konstrukt der Angst. Vor der Gravidität war sie bereits mit der weiblichen Rolle unzufrieden und strebte nach Manngleichheit. Diese erreichte sie durch die Herrschaft über die Mutter, die ältere Schwester und ihren Gatten. Ihre eigene

Sexualität entwertete sie und erlaubte deshalb ihrem Gatten Seitensprünge. Die Angstzustände konnten in der Schwangerschaft durch die Behandlung von Adler behoben werden. Auf die schwierige Schwangerschaft folgte jedoch eine schwere Geburt. Die vorhandenen Kompensationsmechanismen reichten nun nicht mehr aus, um die gefühlte Minderwertigkeit abzuwehren und somit kam es zu einem erneuten Arrangement mit der Angst. Wenige Wochen nach der Geburt klagte sie erneut über Mattigkeit, Angstzustände und Depressionen.

Adler stellt das Ergebnis seiner Analyse wie folgt dar: Er meinte, dass die Patientin im Sinne ihres männlichen Protestes handle und sich durch die Symptome vor einer zweiten Schwangerschaft zu schützen versuchte. Der Gatte bekam die „Fleissaufgabe [...] jederzeit bedacht zu sein, dass er den Willen seiner Frau nicht verletzte“ (Adler 1912, S 245). Die Liebe zwischen den Schwestern beschreibt er als „zu groß“ aber notwendig, um sich wechselseitig beherrschen zu können. Die Schwangerschaft der Patientin ermöglichte der älteren Schwester die Beherrschung aufzukündigen. Dadurch ergab sich eine Senkung des Machtniveaus auf die die Patientin mit der unbewussten Konstruktion der Angst reagiert.

Adler beschreibt auch die Beziehung zur Mutter der Schwestern. Diese litt an „anfallsweiser Dipsomanie (periodisches Auftreten von Trunksucht) und trank dabei ungeheure“ Mengen an Alkohol. Die Patientin berichtete von einem denkbar schlechten Familienleben und es offenbart sich eine „nervöse Familientradition“, in der jeder versuchte, den anderen zu beherrschen. Die Schwestern hatten deshalb kein gutes Verhältnis mit der Mutter und wenden sich vermehrt dem Vater zu. Dieser ist ein gebildeter Mann mit einer angesehenen Arbeit. Die ältere Schwester wurde als Liebling des Vaters empfunden. Durch die alkoholranke Mutter hatte die Patientin kein Bild von einer liebevollen Mutter. Laut Adler bildete die Patientin die (unbewusste) Fiktion aus, in der sie sich in einen Mann verwandeln wollte. Dies konnte aber nur auf Umwegen erreicht werden, nämlich durch „List, scheinbare Nachgiebigkeit und Anlehnung mit folgender Fesselung der Umgebung“ (Adler 1912, S 246).

Adler beschreibt hier den Verlauf einer postpartalen Depression mit in der Schwangerschaft beginnenden Symptomen, aus der Sicht seiner Zeit. Dieses Fallbeispiel lässt sich teilweise in die heutige Zeit übertragen. Denn auch heute kann man, im Aufkommen der Störung in der Index-Zeit nach der Entbindung und im Verhalten der postpartal depressiven Frau, einen „männlichen Protest“ gegen das noch immer gängige

Rollenmodell unserer westlichen Kultur sehen. Dies wird auch von Adler selbst beschrieben: „Im fortgeschrittenen Stadium erzeugt der männliche Protest unter anderem folgende Symptome: [...] nervöse Erkrankungen, die häufig mit den Menses, mit Schwangerschaft und Geburt [...] im Zusammenhang stehen“ (Adler 1930 zitiert nach Ansbacher 1982, S 67). „Mit männlichem Protest ist eine kulturbedingte Gleichsetzung von Weiblichkeit mit Minderwertigkeit als festgehaltene Erfahrung aus der Kindheit gemeint“ (Schmidt 1985, S 271). Auch wenn die Frau vor der Schwangerschaft berufstätig war, kommt es nach der Geburt des ersten Kindes, meist zur Rollenverteilung im patriarchal geformten Modell. Der Mann/Vater ist Ernährer und Geldverdiener in der Familie, die Mutter bleibt daheim und versorgt das Neugeborene. In Österreich begünstigt der nach wie vor vorhandene Gehaltsunterschied zwischen Männern und Frauen diese Aufteilung. Durch die schlechte Abdeckung von Kinderbetreuungsplätzen in Österreich für unter 3-Jährige, verfestigt sich die Rolle der Frau als Hausfrau und Mutter, die wenn, nur Teilzeit arbeiten gehen kann. Die Frau fühlt sich in ihrer weiblichen, von der Gesellschaft kaum gewürdigten Position der fürsorgenden Mutter minderwertig. Diesem Gefühl könnten der Vater und Ehemann und auch das Umfeld der Mutter entgegenwirken, indem die Arbeit der Frau im Haus und mit dem Säugling, als wertvoll empfunden und geschätzt wird. Im idealen Fall kommt es zu einem Gleichgewicht oder Gleichheit bei der Aufteilung der Versorgungspflichten. „Gleichheit ist nur dann möglich, wenn beide Partner die Einstellung haben. Jeder von beiden sollte das Bestreben haben, das Leben des anderen zu erleichtern und zu bereichern“ (Adler, zitiert nach Ansbacher 1982, S 396).

Steigert sich das Gefühl der Minderwertigkeit in der Mutter, wird sie versuchen es unbewusst abzuwehren. „Alle neurotischen Symptome haben die Aufgabe, das Persönlichkeitsgefühl des Patienten und damit auch den [Lebensstil], in [den] er hineingewachsen ist, zu sichern. Um sich dem Leben gewachsen zu erweisen, erwachsen dem Nervösen auch alle die nötigen Arrangements und nervöse Symptome, als ein Notbehelf, als ein übergroß geratener Sicherungskoeffizient gegenüber den Gefahren, die er in seinem Minderwertigkeitsgefühl beim Ausbau seiner Zukunftspläne erwartet und unaufhörlich zu verhüten trachtet“ (Adler 1913, zitiert nach Ansbacher 1982, S 251). Anhand eines Fallbeispiels im Buch Über den nervösen Charakter zählt Adler seine Ansicht der Sicherungsschemata gegen die Mutterpflichten auf. Sie können sich in feindseligem, zuweilen sadistischem Benehmen dem Kind gegenüber, in rascher

Ermüdbarkeit und Ungeduld in Gesellschaft mit Kindern, Schlaflosigkeit, Reinlichkeitsexzessen, Gehörsüberempfindlichkeit bei Nacht und leichtem Erwachen des Nachts äußern. (nach Adler 1912, S 158)

In der Bindungstheorie von Bowlby (mit dem erlerntem Bindungstypus) findet sich ein weiterer Bezug zur Theorie der Individualpsychologie in der Annahme Adlers, dass sich aus dem angeborenem Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes das Gemeinschaftsgefühl entwickelt. Dieses lernt das Kind am Modell der Mutter. „Adler begreift die erste Beziehung des Säuglings als wechselseitig.“ Die Mutter ist auf die wechselseitige Mitarbeit des Säuglings angewiesen (Pap 2011, S 185). „Deshalb betont Adler, dass die psychische Gesundheit der Mutter, ihre Mentalität bzw. die Breite ihrer Lebensauffassung, für die früheste Entwicklung des Kindes von großer Bedeutung seien“ (Adler zitiert nach Pap 2011, S 187).

Adler geht von einem, durch im bisherigen Leben gemachten Erfahrungen, geformten Lebensstil aus. Er definiert Lebensstil als eine zielgerichtete Aktivität, eine subjektive Bestimmung der Handlungen und betont die Einzigartigkeit und Einheit des Individuums (Ansbacher 1985, S 253).

Auch der österreichische Psychiater Lehofer zieht im Depressionsbericht Österreichs aus 2019 zur Beschreibung der ganzheitlichen Diagnostik den Begriff des Lebensstils heran. Er sagt: „Neben genetischen und biographisch-psychologischen Faktoren können Lebensstilfaktoren Einfluss auf die Entstehung, Aufrechterhaltung und therapeutischen Beeinflussbarkeit von Depressionen haben. Unter allen depressiogenen Faktoren sind Lebensstilfaktoren am wenigsten untersucht“ (2010, S 81). Allerdings wird mit dieser Art von Lebensstil wohl gemeint sein, dass man zu einem „einheitlichen, widerspruchsfreien Gesamtbild der betreffenden Person“ gelangt, wie ihn die Klinische Psychologie gebraucht (Ansbacher 1985, S 260).

Leider finden sich in Adlers Schriften keine Anmerkungen, wie die psychische Gesundheit der frischgebackenen Mutter gefördert oder verbessert werden könnte.

## Conclusio

In der Literatur sind wenige direkte Interventionen beschrieben. Auf Grund der Ergebnisse dieser Arbeit lassen sich folgende Empfehlungen ableiten.

Die alleinige Kategorisierung der Diagnose und Therapie nach Alter, Geschlecht, Hormonstatus und Anzahl der Kinder reicht nicht aus, um der Therapie der Erkrankung postpartale Depression gerecht zu werden. Es bräuchte, meiner Meinung, ein Berücksichtigen der folgenden Aspekte in der Therapie:

1. Das Thema der Fürsorge: Mit der Geburt des Kindes verändert sich für die Mutter das Leben gravierend. Sie hat in manchen Fällen das Gefühl alleine gelassen zu werden mit der Versorgung und Verantwortung dem Säugling gegenüber. Manchmal handelt es sich um eine Fiktion der Mutter, die nicht der realen Situation entspricht. In diesem Fall könnte es helfen, Angehörige, wie die Großmutter oder den Kindesvater, in die Behandlung zu integrieren. Es könnten in einem sicheren Rahmen die Ängste der erkrankten Frau besprochen und mögliche Lösungen gemeinsam erarbeitet werden.  
Ist die Mutter sozial tatsächlich kaum integriert, sei es jetzt in eine eigene Familie oder in einem Netzwerk an Freunden, könnte man als PsychotherapeutIn Möglichkeiten aufzeigen, in Kontakt mit anderen, die sich in einer ähnlichen Situation befinden, zu kommen. Hierfür eignen sich Mutter-Kind-Gruppen, in der sich Mütter austauschen und fachlichen Rat in Anspruch nehmen können.
2. Das Thema der Angst: Die Mutter empfindet eine große Minderwertigkeit und hat dadurch wenig Selbstwert. Es können Unsicherheiten entstehen, dem Kind auch die benötigte Pflege und Liebe angedeihen zu lassen. In der Therapie würde der/die TherapeutIn versuchen den Selbstwert und die Selbstwirksamkeit zu stärken. Der Mutter vermitteln, dass sie ihren Intuitionen dem Kind gegenüber vertrauen sollte und sie bestärken in den Dingen, die sie richtig bzw. gut macht mit dem Baby. Auch hier kann der Besuch von Mutter-Kind-Gruppen von Vorteil sein, da auch andere nicht erkrankte Frauen Unsicherheiten haben können, bei der Versorgung des ersten oder eines für die Mutter „schwierigen“ Kindes.
3. Das Thema der negativen Gefühle: Emotionen sind unschuldig und deshalb können auch dem eigenen Baby gegenüber, Gefühle wie Ablehnung oder Neid

auftreten. Hier sollte man als TherapeutIn die Frage stellen, woher diese Affekte kommen. Hatte die Mutter eine schwierige Kindheit und/oder selbst eine schlechte Mutter-Kind-Beziehung? Eigene schwierige Erlebnisse in der Kindheit sollten besprochen werden, auch wenn das Gefühl der Scham hier sicher einen großen Widerstand leisten wird. Diese Gefühle sind meist unbewusst aber sie haben die Berechtigung hier zu sein. In der therapeutischen Sitzung können und dürfen sie ausgesprochen werden.

Aus Sicht als Individualpsychologin wäre eine tiefendynamische Psychotherapie, wie die Psychoanalyse oder Individualpsychologie, für die erkrankten Mütter am Förderlichsten. Es werden bei dieser Art der Therapie nicht gelöste Konflikte im Leben der Mutter aufgearbeitet und wenn möglich nachgereift, also wenn möglich und nötig aufdeckend arbeiten. Die eigene Mutter-Kind-Beziehung rückt in den Fokus und somit kann die frischgebackene Mutter ihre unbewussten Kompensationen aufdecken und überträgt sie nicht auf ihr Baby.

Weiters wäre biographische Arbeit empfehlenswert, wie auch Adler den Lebensstil zu identifizieren und tendenziöse Apperzeptionen aufzudecken. Wo sind neurotische Arrangements zu finden? Andere Fachrichtungen haben zwar ebenfalls Biographiearbeit in ihren Theorien verankert, zum Beispiel die Gestalttherapie und die Verhaltenstherapie, wenn sie mit der Schematherapie kombiniert wird, doch wird hier eher zudeckend gearbeitet. Die Exploration der Kindheitserfahrungen in den verschiedenen Methoden zeigt allerdings, dass die Psychotherapie im Allgemeinen individuell an den/die PatientInnen angepasst arbeitet.

Es wäre sinnvoll, die empfohlenen Behandlungsschwerpunkte und Hypothesen mit empirischen Studien zu überprüfen.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass eine direkte Verbindung zwischen der Hormonveränderung und der Vulnerabilität in der Schwangerschaft und postpartal bezüglich psychischer Störungen nicht gezogen werden kann, da auch Adoptivmütter und Väter erkranken können. Die postpartale Depression stellt zwar laut den Diagnosemanuale ICD und DSM keine eigenständige Erkrankung dar, jedoch sollte, wie in der vorliegenden Arbeit erläutert, die Behandlung individuell an die Bedürfnisse der Mutter und des Kindes angepasst werden. Sollten weitere Kinder vorhanden sein, wäre

eine flexible, für die Zeit der Therapie verfügbare Kinderbetreuung, vor allem bei größeren Organisationen wie Kliniken, von Vorteil. Bei ambulanten TherapeutInnen könnte eine angebotene Hilfestellung bezüglich der Kinderbetreuung auch ein Teil der Therapie sein, um Vertrauen in der TherapeutInnen-PatientInnen-Beziehung aufzubauen.

Um die Wichtigkeit dieses Themas noch einmal zu verdeutlichen, ein abschließendes Zitat von Alfred Adler aus dem Jahr 1933: „Wahrscheinlich verdanken wir dem mütterlichen Kontaktgefühl den größten Teil des menschlichen Gemeinschaftsgefühls“ (Bruder-Bezzel 1999, S 203).

# Literaturverzeichnis

Adler, Alfred (1922/2008): Vorwort der dritten Auflage. S 6-7. In: Über den nervösen Charakter. Hg: Witte, Karl-Heinz; Bruder-Bezzel, Almuth; Kühn, Rolf. 2. korrigierte Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Adler, Alfred (1912/2007): Persönlichkeit und neurotische Entwicklung. S 237-249. In: Persönlichkeit und neurotische Entwicklung. Frühe Schriften (1904-1912). Hg: Bruder-Bezzel, Almuth. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Adler, Alfred (1912/2008): I. Kapitel. Geiz-Misstrauen-Neid-Grausamkeit-Herabsetzende Kritik des Nervösen-Neurotische Apperzeption-Altersneurosen-Formen und Intensitätswandel der Fiktion-Organjargon. S 125-170. In: Über den Nervösen Charakter. Hg: Witte, Karl-Heinz; Bruder-Bezzel, Almuth; Kühn, Rolf. 2. korrigierte Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Ansbacher, Heinz, Ansbacher, Rowena (1982): Alfred Adlers Individualpsychologie. Eine systematische Darstellung seiner Lehre in Auszügen aus seinen Schriften. Dritte, ergänzte Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag

Ansbacher, Heinz (1985): Lebensstil. S 253-262. In: Wörterbuch der Individualpsychologie. Hg: Brunner, Reinhard; Kausen, Rudolf; Titze, Michael. München: Ernst Reinhardt Verlag

Benkert, Otto; Hautzinger, Martin; Graf-Morgenstern, Mechthild (2012): Psychopharmakologischer Leitfaden für Psychologen und Psychotherapeuten. 2. Vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer

Bergemann, Niels (2009): Antidepressiva in der Schwangerschaft. In: Speculum. Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 27/2, S 11-19

Verfügbar unter:

<https://www.kup.at/kup/pdf/7919.pdf> (am 21.8.2019)

Blaffer Hrdy, Sarah (2010): Mütter und Andere. Wie die Evolution uns zu sozialen Wesen gemacht hat. Berlin: Berlin Verlag

Blum, Harold (1978): Reconstruction in a case of postpartum depression. In: The Psychoanalytic Study of the Child 33, S 335-362

Blum, Lawrence (2007): Psychodynamics of Postpartum Depression. In: Psychoanalytic Psychology 24/1, S 45-62

Brisch, Karl Heinz; Hellbrügge, Theodor (2006): Kinder ohne Bindung. Klett-Cotta: Stuttgart.

Brisch, Karl Heinz; Grossmann, Klaus; Grossmann, Karin; Köhler, Lotte (2006): Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. Klett-Cotta: Stuttgart.

Bruder-Bezzel, Almuth (1999): Geschichte der Individualpsychologie. 2. Neu bearbeitet Auflage. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen

Brummelte, Susanne; Galea Liisa (2016): Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. In: Hormones and Behavior 77, S 153-166  
Verfügbar unter:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0018506X15300428>

<https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.08.008> (am 1.7.2019)

Cooper, Peter; Murray, Lynne; Wilson, Anji; Romanku, Helena (2003): Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of postpartum depression. In: British Journal of Psychiatry 182, S 412-419

Dorn, Almut; Mautner, Catrin (2018): Postpartale Depression. Interdisziplinäre Behandlung. In: Der Gynäkologe, 2, S 94-101

Dorsch, Valenka; Rohde, Anke (2010): Baby Blues oder postpartale Depression?, Seelisches Tief nach der Entbindung. In: MMW-Fortschritt der Medizin 48, S 27-31

Feldman, Ruth; Weller, Aron; Zagoory-Sharon, Orna; Levine, Ari (2007): Evidence for a Neuroendocrinological Foundation of Human Affiliation. Plasma Oxytocin Levels Across Pregnancy and the Postpartum Period Predict Mother-Infant Bonding. In: Psychological Science 18, S 965-970

Verfügbar unter:

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1111/j.1467-9280.2007.02010.x>

<https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.02010.x> (am 27.06.2019)

Gawlik, Stephanie; Reck, Corinna (2011): Erschöpfung und Depression in der Schwangerschaft. Hintergrund und therapeutische Behandlung. In: Psychotherapeut 3, S 224-230

Halberstadt-Freud, Henrika (1993): Postpartum depression and symbiotic illusion. In: Psychoanalytic Psychology 10, S 407-423

Janssen, Paul (2012): Krankheitskonzepte der Psychosomatischen Medizin. Psychodynamische/psychoanalytische Konzepte. S 23. In: Leitfaden Psychosomatische Frauenheilkunde. Hg: Weidner, Kerstin; Rauchfuß, Martina; Neises, Mechthild. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag

Kampfhammer, Hans-Peter (2019): Depressive Erkrankungen. Schwangerschaft und Wochenbett. S 59-61. In: Depressionsbericht Österreich. Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme. Hg: Nowotny, Monika; Kern, Daniela; Breyer, Elisabeth; Bengough, Theresa; Giebler, Robert. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Kittel-Schneider, Sarah; Reif, Alexander (2016): Behandlung psychischer Störungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Psychotherapie und andere nichtmedikamentöse Therapien. In: Nervenarzt 9, S 967-973

Kraus, Christoph; Lanzenberger, Rupert; Kasper, Siegfried (2019): Depressive Erkrankungen. Schwangerschaft und Wochenbett. S 64-69. In: Depressionsbericht Österreich. Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme. Hg: Nowotny, Monika; Kern, Daniela; Breyer, Elisabeth; Bengough, Theresa; Giebler, Robert. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Kühner, Christine (2016): Psychiatrische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Häufigkeit, Verlauf und klinische Diagnostik. In: Nervenarzt 87, S 926-936

Lehofer, Michael (2019): Lebensstilfaktoren. S 81-82. In: Depressionsbericht Österreich. Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme. Hg: Nowotny, Monika; Kern, Daniela; Breyer, Elisabeth; Bengough, Theresa; Giebler, Robert. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Levin, Ari; Zagoory-Sharon, Orna; Feldman, Ruth; Weller, Aron (2007): Oxytocin during pregnancy and early postpartum: Individual patterns and maternal–fetal attachment.

Verfügbar unter:

<http://library.allanschore.com/docs/OxytocinAttachLevine07.pdf>

Mah, Beth; Van Ijzendoorn, Marinus; Smith, Roger; Bakermans-Kranenburg, Marian (2013): Oxytocin in postnatally depressed mothers. Its influence on mood and expressed emotion. In: *Prog Neuropsychopharmacolgy Biological Psychiatry* 40, S 267-272

Marbler, Carina; Sagerschnig, Sophie; Winkler, Petra (2019): Frühe Hilfen. Zahlen, Daten und Fakten 2018. Gesundheit Österreich: Wien. S III

Verfügbar unter:

[https://www.fruehehilfen.at/fxdata/fruehehilfen/prod/media/downloads/Literatur/NZFHat\\_FRUeDOK\\_Jahresbericht\\_2018\\_0-Fehler\\_PDF.pdf](https://www.fruehehilfen.at/fxdata/fruehehilfen/prod/media/downloads/Literatur/NZFHat_FRUeDOK_Jahresbericht_2018_0-Fehler_PDF.pdf) (am 13.10.2019)

Mentzos, Stavros (2011): Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen. 5. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Milgrom, Jeanette; Gemmill, Alan; Ericksen, Jennifer; Burrwos, Graham; Buist, Anne; Reece, John (2015): Treatment of postnatal depression with cognitive behavioural therapy, sertraline and combination therapy. A randomised controlled trial. In: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 49/3, S 236–245

Verfügbar unter:

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0004867414565474> (am 5.9.2019)

Moore Simas, Tiffany; Huang, Ming-Yi; Patton, Cody; Reinhart, Marcia; Chawla, Anita; Clemson, Christine; Eldar-Lissai, Adi (2019): The humanistic burden of postpartum depression. A systematic literature review. In: *Current Medical Research and Opinion*, 35/3, S 383-393

Verfügbar unter:

<https://www.tandfonline.com/loi/icmo20>

<https://doi.org/10.1080/03007995.2018.1552039> (am 20.6.2019)

Moser, Catherine-Olivia (2018): Postpartale Depression und weibliche Identität. Psychoanalytische Perspektiven auf Mutterschaft. Bielefeld: transcript

Nowotny, Monika; Kern, Daniela; Breyer, Elisabeth; Bengough, Theresa; Giebler, Robert (Hg.) (2019): Depressionsbericht Österreich. Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

O'Hara, Michael; Stuart, Scott; Gorman, Laura; Wenzel, Amy (2000): Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. In: Arch Gen Psychiatry 57/11, S 1039-1045  
doi:10.1001/archpsyc.57.11.1039

Orens, Martin (1955): Setting a determination date-an impetus to analysis. In: Journal of the American Psychoanalytic Association 3, S 651-665

Pap, Gabriele (2011): Bindungstheorie und Individualpsychologie. S 183-194. In: Alfred Adler heute. Zur Aktualität der Individualpsychologie. Hg: Rieken, Bernd. Münster: Waxmann Verlag

Reck, Corinna; Fuchs, Thomas; Möhler, Eva; Downing, George; Mundt, Christoph (2004): Psychotherapie der postpartalen Depression. Mutter-Kind-Interaktion im Blickpunkt. In: Nervenarzt 11, S 1068-1073

Reck, Corinna (2007): Postpartale Depression: Mögliche Auswirkungen auf die frühe Mutter-Kind-Interaktion und Ansätze zur psychotherapeutischen Behandlung. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 56/3, S 234-244

Rose, Gilbert (1962): Unconscious birth fantasies in the ninth month of treatment. In: Journal of the American Psychoanalytic Association 10, S 677-688

Schmidt, Rainer: Männlicher Protest. S 271-274. In: Wörterbuch der Individualpsychologie. Hg: Brunner, Reinhard; Kausen, Rudolf; Titze, Michael. München: Ernst Reinhardt Verlag

Schuster, Dorothea (2012): Schwangerschaft und Postpartalzeit. S 152. In: Leitfaden Psychosomatische Frauenheilkunde. Hg: Weidner, Kerstin; Rauchfuß, Martina; Neises, Mechthild. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag

Sockol, Laura; Epperson, Neill; Barber, Jacques (2011): A meta-analysis of treatments for perinatal depression. In: Clin Psychol Rev.  
Verfügbar unter:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4108991/>

Stern, Daniel (2006): Die Mutterschaftskonstellation. Zweite Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta

Ukatu, Nneamaka; Clare, Camille; Brulja, Mary (2018): Postpartum Depression Screening Tools. A Review. In: Psychosomatics 59/3, S 211-219

Verfügbar unter:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033318217302256?via%3Dihub>

<https://doi.org/10.1016/j.psych.2017.11.005> (am 1.7.2019)

## Internetquellen

Autor, Unbekannt (2019): Weltgesundheitsorganisation. Regionalbüro für Europa.

Verfügbar unter:

<http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition> (am 1.6.2019)

Schmid-Siegel, Brigitte (2016): Ärzte exklusiv.

Verfügbar unter:

<https://archiv.aerzte-exklusiv.at/news/article/kompetenzzentrum-perinatale-psychiatrie.html> (am 13.10.2019)

Autor, Unbekannt (2015): S3-Leitlinie.Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression. Langfassung. 2. Auflage. Version 5. Hg: DGPPN, BÄK, KBV, AWMF.

Verfügbar unter:

[https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/nvl-005l\\_S3\\_Unipolare\\_Depression\\_2017-05.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf) (am 3.11.2019)

DOI: 10.6101/AZQ/000364. [www.depression.versorgungsleitlinien.de](http://www.depression.versorgungsleitlinien.de)

# Abbildungsverzeichnis

Kovacs, Christopher: Maternal Mineral and Bone Metabolism During Pregnancy, Lactation, and Post-Weaning Recovery.

Verfügbar unter:

<http://physiologie.cc/XIII.5.htm>

DOI:10.1152/physrev.00027.2015 (am 27.06.2019)

Brummelte, Susanne; Galea, Liisa. (2016): Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. In: Hormones and Behavior 77, S 153-166.

Verfügbar unter:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0018506X15300428>

<https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.08.008> (am 1.7.2019)

Kota, Sunil; Gayatri, Kotni; Jammula, Sruti; Kota, Siva; Krishna; Meher, Lalit; Modi, Kirtikumar (2013): Endocrinology of parturition 17/1, S 50-59

Verfügbar unter:

<http://physiologie.cc/XIII.5.htm>

<http://www.ijem.in/article.asp?issn=2230->

[8210;year=2013;volume=17;issue=1;spage=50;epage=59;aulast=Kota](http://www.ijem.in/article.asp?issn=2230-8210;year=2013;volume=17;issue=1;spage=50;epage=59;aulast=Kota) (am 10.07.2019)

Marbler, Carina; Sagerschnig, Sophie; Winkler, Petra (2019): Wien: Frühe Hilfen.

Zahlen, Daten und Fakten 2018. Gesundheit Österreich, S 2

Verfügbar unter:

<https://www.fruehehilfen.at/fxdata/fruehehilfen/prod/media/downloads/Literatur/N>

[ZFHat FRUeDOK Jahresbericht 2018 0-Fehler PDF.pdf](https://www.fruehehilfen.at/fxdata/fruehehilfen/prod/media/downloads/Literatur/N) (am 13.10.2019)

Marbler, Carina; Sagerschnig, Sophie; Winkler, Petra (2019): Wien: Frühe Hilfen.

Zahlen, Daten und Fakten 2018. Gesundheit Österreich, S 5

Verfügbar unter:

<https://www.fruehehilfen.at/fxdata/fruehehilfen/prod/media/downloads/Literatur/N>

[ZFHat FRUeDOK Jahresbericht 2018 0-Fehler PDF.pdf](https://www.fruehehilfen.at/fxdata/fruehehilfen/prod/media/downloads/Literatur/N) (am 13.10.2019)

Name:

Lisa Paulowitsch-Laskowski

Geb. Datum: 07.09.1984

Adresse:

Hausleitnerweg 26

4020 Linz

Matrikelnummer:

SFULI16011264

## **ERKLÄRUNG**

Ich versichere, dass meine Bakk-Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt wurde und nur die Hilfsmittel genutzt wurden, die im Text und in der Literaturliste zitiert werden. Alle von mir verwendeten Zitate aus Büchern, Journals oder aus dem Internet wurden in der Arbeit gekennzeichnet und in der Literaturliste verzeichnet.

.....

Datum

.....

Unterschrift