

Bachelor-Arbeit

Ausbildungsgang **Sozialpädagogik**

Kurs **VZ 2014-2017**

Martina Bühler & Sina Gafner

Wenn aus dem vermeintlichen Mutterglück, Mutterleid wird

**Postpartale Depression – mögliche Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung und denkbare
Früherkennungskonzepte**

Diese Bachelor-Arbeit wurde im August 2017 in 1 Exemplar eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialpädagogik**.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California
95105, USA.

Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten

Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder
angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber
unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt
aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,
mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers
dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialpädagogisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialpädagoginnen/ Sozialpädagogen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2017

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

Gegenstand der vorliegenden Arbeit stellt die postpartale Depression bei Müttern dar. Den psychischen und psychosozialen Belastungen von Frauen vor und nach der Geburt wurde lange Zeit zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt und oft werden psychische Störungen bei Frauen mit Neugeborenen nicht früh genug und dem Schweregrad angemessen erfasst. Eine postpartale Depression kann die (junge) Familie zusätzlich belasten und die Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten des sozialen Umfeldes völlig überfordern und erschöpfen. Die Folgen können massive Auswirkungen auf die Mutter als Person selbst, die Mutter-Kind-Beziehung und letzten Endes auf die Sozialisation und Entwicklung des Kindes ausüben. Zudem können nicht behandelte depressive Zustände chronisch werden.

In der Praxis bestehen verschiedene Möglichkeiten, bei welchen Mütter mit einer postpartalen Depression sowie deren Betroffenen Beratung und Unterstützung erhalten können. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen können, besonders hinsichtlich ihrer systemischen und ressourcenorientierten Ansätze, diese Projekte unterstützen. In dieser Fachliteraturarbeit wird versucht den möglichen Beitrag der Sozialpädagogik in der Früherkennung aufzuzeigen. Frühzeitige Unterstützungs- und Beratungsmöglichkeiten können schwerwiegende Auswirkungen vermindern oder gar verhindern und so das ganze System stärken, was zum Wohle aller Beteiligten beiträgt.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	7
1.1	Ausgangslage	7
1.2	Motivation.....	8
1.3	Fragestellung	9
1.4	Ziel der Bachelor-Arbeit.....	9
1.5	Aufbau.....	9
1.6	Abgrenzung	10
1.7	Begriffserklärung.....	10
2	Postpartale psychische Störungen	12
2.1	Postpartale Stimmungstief »Baby Blues«.....	12
2.2	Postpartale Psychose.....	12
2.3	Postpartale Depression.....	13
2.3.1	Definition	13
2.3.2	Symptomatik.....	14
2.3.3	Risiko- und Schutzfaktoren	15
2.4	Exkurs: Weitere peripartale psychische Störungen.....	16
2.5	Zwischenfazit.....	17
3	Bindungstheorie	19
3.1	Grundlagen der Bindungstheorie	20
3.2	Die Entwicklung der frühen Bindungsorganisation.....	21
3.3	Qualität von frühen Bindungsbeziehungen	22
3.3.1	Sicher gebundene Kinder.....	22
3.3.2	Unsicher-vermeidend gebundene Kinder.....	22
3.3.3	Kinder mit unsicher-ambivalenter Bindungsorganisation.....	23
3.3.4	Hoch unsicher gebundene, desorganisierte/desorientierte Kinder.....	23
3.3.5	Schutzfaktoren für gelingende Bindung.....	24
3.4	Zusammenhang früher Bindungsstatus und späteren sozialen Beziehungen.....	24
3.5	Zwischenfazit.....	25
4	Frühkindliche Interaktion zwischen Mutter und Kind	27
4.1	Konzept der Feinfühligkeit	27
4.2	Bedeutsamkeit der mütterlichen Feinfühligkeit.....	28
4.3	Zwischenfazit.....	28
5	Mögliche Auswirkungen der postpartalen Depression auf die Mutter-Kind-Beziehung.....	30
5.1	Besonderheiten der Interaktion postpartal depressiven Müttern und ihren Kindern ..30	
5.1.1	Vermeidungsverhalten und Präsentiersymptome	30

5.1.2	Anpassungsleistungen.....	31
5.1.3	Interaktionsverhalten postpartal depressiver Mütter.....	32
5.2	Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes.....	34
5.3	Cambridge Studie.....	34
5.4	Bindungsstörungen.....	36
5.4.1	Das Fehlen von Bindung.....	37
5.4.2	Das Fehlen der sicheren Basis.....	37
5.5	Zwischenfazit.....	39
6	Früherkennung als sozialpädagogischer Auftrag.....	41
6.1	Ausgewählte sozialpädagogische Grundlagen.....	41
6.1.1	Sozialpädagogik der Lebensalter.....	41
6.1.2	Lebensweltorientierung.....	42
6.1.3	Ressourcenorientierung.....	44
6.1.4	Arbeiten mit Netzwerken.....	45
6.2	Theoretische Verortung der Früherkennung.....	46
6.2.1	Fallverstehen als sozialpädagogische Diagnose.....	47
6.3	Zwischenfazit.....	48
7	Früherkennung im Kontext einer postpartalen Depression.....	51
7.1	Edinburgh Postnatal Depression Scale.....	51
7.2	Heidelberger Belastungs-Skala.....	52
7.3	Früherkennungskonzepte in der Schweiz.....	53
7.3.1	Postnatale Depression Schweiz und Pro Mente Sana Schweiz.....	53
7.3.2	Kompetenzzentrum St. Gallen.....	54
7.3.3	Family Start in Basel.....	55
7.4	Früherkennungskonzepte im Ausland.....	56
7.4.1	Beispiel »das Wiener Programm für Frauengesundheit«.....	56
7.4.2	Beispiel »Keiner fällt durchs Netz«.....	60
7.4.3	Beispiel »beyondblue National Postnatal Depression Programm«.....	63
7.5	Zwischenfazit.....	65
8	Schlussfolgerungen.....	67
8.1	Überprüfung der Fragestellungen.....	67
8.2	Persönliches Fazit.....	72
8.3	Perspektiven.....	74
9	Literatur- und Quellenverzeichnis.....	75
10	Abbildungsverzeichnis.....	78
11	Anhang.....	79
11.1	Edinburgh Postnatal Depression Scale.....	79

11.2	Heidelberger Belastungs-Skala	80
------	-------------------------------------	----

1 Einleitung

Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen können in unterschiedlichen Bereichen mit Müttern mit einer postpartalen Depression und ihren Kindern konfrontiert sein. Fachliches und fundiertes Wissen ist von Nöten, um ihre Rolle und ihren Auftrag entsprechend professionell gestalten zu können. Die vorliegende Arbeit will die Thematik der postpartalen Depression und deren Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung näher betrachten. Ausserdem wird auf die Gestaltung von Früherkennungskonzepten eingegangen und die Mitgestaltung der Sozialpädagogik in diesem Kontext diskutiert. Im Folgenden wird der Gegenstand dieser Arbeit näher erläutert.

1.1 Ausgangslage

In der postpartalen Zeitspanne ist die Vulnerabilität für die Entstehung von affektiven Erkrankungen gegeben. Die Schwangerschaft und die Zeit nach der Geburt stellen im Leben einer Frau eine besondere und teilweise ambivalente Phase dar, die mit vielfältigen Wünschen und Hoffnungen, jedoch auch Befürchtungen und Ängsten verknüpft ist. In dieser Zeit sind psychische Störungen häufiger und zum Teil ebenso mit anderer klinischer Symptomatik anzutreffen als in anderen Lebensphasen (Corinna Reck, 2014, S. 302). Die postpartale Depression gehört zu den häufigsten psychischen Störungen bei jungen Müttern (ebd.). Als postpartale Depression werden im Allgemeinen alle schwereren, länger dauernden und behandlungsbedürftigen depressiven Erkrankungen bezeichnet, die im ersten Jahr nach der Entbindung auftreten können (Anita Riecher-Rössler, 2001, S. 25). Die Erkrankung der postpartalen Depression ist teils noch immer ein wenig bekanntes und schamhaftes Thema für die betroffenen Mütter. Aus Scham, Versagensangst und Angst das Kind zu verlieren, wird das Thema oftmals nicht angesprochen (ebd., S. 23). Ebenso werden psychische Belastungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt in ihrer Häufigkeit und Tragweite oft unterschätzt. Sie sind als Risikofaktor für das Kindeswohl bekannt und können Mütter in allen Bevölkerungsschichten treffen (Christiane Hornstein, Erika Hohm, Patricia Trautmann-Villalba, Elke Wild & Renate Schulz, 2009a, S. 48). In dieser Arbeit wird der Fokus auf die Mutter-Kind-Beziehung gesetzt. Dem Vater kommt selbstverständlich ebenfalls eine grosse Bedeutung zu, da dieser eine kompensatorische Funktion erfüllen kann (Stephanie Herrmann, 2014, S. 6). Ein feinfühligere Vater kann auf die kindliche Entwicklung einwirken, indem er mögliche Defizite durch die Erkrankung der Mutter ausgleicht (ebd.). Weiter können auch andere Bezugspersonen wie Grosseltern und Freunde eine kompensatorische Funktion erfüllen.

Wie oben dargelegt können postpartale Depressionen Auswirkungen auf die kindliche Bindung und Entwicklung haben. Die Folgen für das Kind können teils schwerwiegend sein, sogar noch im Erwachsenenalter. Aus diesen Umständen haben sich die Autorinnen auf den Kontext der

Früherkennung festgelegt. Die Risikofamilien sollen so schnell wie möglich erkannt werden und mögliche Unterstützungsangebote und Anlaufstellen in Anspruch genommen und sichtbar gemacht werden. Postpartale Erkrankungen können nicht verschwinden, sondern sollen möglichst früh erkannt werden, um weitere Folgen zu verhindern. Ebenso sind Claudia M. Klier und Michael Hohlagschwandtner (2002) der Meinung, dass die Früherkennung, als sekundäre Prävention, das Mittel der Wahl bleibt die Erkrankungsdauer und –schwere zu vermindern und somit die Folgeerscheinungen minimieren zu können (S. 25). Primäre Prävention würde bedeuten, dass Frauen, welche Risikofaktoren aufweisen, in der Schwangerschaft hingegen psychisch gesund sind, durch eine Intervention geschützt werden sollen, damit folgend eine Depression nicht auftritt. Aus kontrollierten Studien ist dies bisher noch keinem Fachteam gelungen (ebd.).

Um die postpartale Depression adäquat zu definieren, werden zuerst die perinatalen Störungen und die posttraumatische Belastungsstörungen erklärt. Dieser Exkurs ist nötig, um die Tragweite und die Entstehung der postpartalen Depression zu verstehen.

1.2 Motivation

Im Studium wurden die Autorinnen auf die Thematik der postpartalen Depression aufmerksam und haben sich für diese Thematik stark interessiert. Ausserdem wurden die Autorinnen in ihrem persönlichen Umfeld mit dieser Erkrankung konfrontiert. Den Autorinnen ist bekannt, dass die Lebenssituation von Müttern mit einer postpartalen Depression von zahlreichen und unterschiedlichen Faktoren abhängig ist. Aufgrund des Einflusses der postpartalen Depression auf das Kindeswohl, werden explizit Früherkennungskonzepte dargestellt, damit eine Erkrankung so früh wie möglich erfasst und Unterstützungsbedarf erarbeitet werden kann. Die Autorinnen sehen aus diesen Gründen einen dringenden Handlungsbedarf. Dieser impliziert anhand dieser Arbeit einen Beitrag zur Sensibilisierung und Enttabuisierung dieser Thematik zu leisten. Es braucht ein Verständnis für die Krankheit der postpartalen Depression und deren Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung. Nur unter Einbezug all dieser Kenntnisse und unter Berücksichtigung der Risiko- und Schutzfaktoren können Lebenssituationen eingeschätzt und Mütter mit einer postpartalen Depression und ihre Kinder begleitet werden.

Die Autorinnen werden mit dieser Bachelor-Arbeit die fachlichen Grundlagen erarbeiten, um die eigene berufliche Praxis im Kontext der Früherkennung postpartaler Depressionen zu optimieren.

1.3 Fragestellung

Angesichts der geschilderten Ausgangslage entstehen für die Autorinnen folgende Fragenstellungen, welche mit dieser Arbeit beantwortet werden sollen:

1. Was wird unter einer postpartalen Depression verstanden?
2. Was für mögliche Auswirkungen hat die postpartale Depression auf die Mutter-Kind-Beziehung?
3. Was bedeutet dies für die Sozialpädagogik und welche denkbaren Früherkennungskonzepte können daraus entstehen?

1.4 Ziel der Bachelor-Arbeit

Eines der Hauptziele dieser Bachelor-Arbeit besteht darin, ein Verständnis für postpartale Depressionen zu erarbeiten und Sensibilisierungsarbeit zu leisten. Spezifisches Wissen in Bezug auf diese Thematik und Adressatinnengruppe ist eine wichtige Voraussetzung für die sozialpädagogische Praxis. Weiter sollen die Auswirkungen der postpartalen Depression auf die Mutter-Kind-Beziehung dargestellt werden. Abschliessend soll der Auftrag der Sozialpädagogik und damit verbundene Früherkennungskonzepte dargestellt und diskutiert werden.

Die Bachelor-Arbeit richtet sich an Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, welche mit Müttern und Kindern in ihrer professionellen Arbeit in Kontakt sind. Weiterhin soll sie ebenfalls all diejenigen erreichen, seien dies Interessierte in der Allgemeinbevölkerung und/ oder Fachpersonen aus anderen Bereichen, welche im Alltag mit dieser Thematik konfrontiert werden. Das Ziel der Autorinnen besteht darin, die Professionellen auf die Thematik zu sensibilisieren und fundierte Kenntnisse zu vermitteln, damit die betroffenen Familien bestmöglich erkannt und individuell unterstützt werden können.

1.5 Aufbau

Nach der Einleitung wird in einem zweiten Teil die Erkrankung postpartale Depression genauer beschrieben und somit auf die erste Fragestellung eingegangen. Um die postpartale Depression von anderen psychischen Störungen in der Postpartalzeit abzugrenzen, erfolgt zunächst eine Darstellung der häufigsten postpartalen psychischen Störungen. Später wird dann explizit auf die Definition, die Symptomatik, Ursachen, sowie Risiko- und Schutzfaktoren der postpartalen Depression eingegangen. Abschliessend wird ein kurzer Exkurs in weitere zentrale peripartale (um die Geburt herum) psychischen Störungen dargestellt. Jede Teilfrage wird mit einem Zwischenfazit abgerundet und in das nächste Kapitel übergeleitet.

Der dritte Teil beinhaltet eine theoretische Verortung der Bindungstheorie. Es werden die Grundsätze erläutert und zentrale Aspekte einer sicheren Bindung aufgezeigt. Dieser Exkurs ist nötig, um in einem nächsten Schritt die Auswirkungen der postpartalen Depression auf die Mutter-Kind-Beziehung darzustellen. Ausserdem werden mögliche Bindungsstörungen, die in Folge der postpartalen Depression entstehen können, veranschaulicht.

Das fünfte und sechste Kapitel ist der professionellen Tätigkeit gewidmet. Früherkennung wird als sozialpädagogische Aufgabe herausgearbeitet und es werden bestehende Früherkennungskonzepte der Schweiz aufgezeigt. In einem zweiten Schritt werden Früherkennungskonzepte aus anderen Ländern dargestellt und mit denjenigen der Schweiz verglichen. Abschliessend werden Schlussfolgerungen für die sozialpädagogische Praxis gezogen.

Sämtliche Kapitel wurden von Martina Bühler und Sina Gafner gemeinsam verfasst.

1.6 Abgrenzung

Die Autorinnen sind sich bewusst, dass das Wissen und die Sensibilisierung über weitere mögliche peripartale psychische Probleme sowie Erkrankungen für die Thematik der postpartalen Depression für die Forschung und Praxis unabdingbar sind. Aufgrund der Eingrenzung wird der Fokus primär auf postpartale Depressionen bei Frauen gesetzt. Um ein besseres Verständnis und Orientierung in der Thematik gewährleisten zu können, wird kurz auf weitere mögliche psychische Erkrankungen, die bei Frauen im Zeitraum um die Geburt entstehen können, eingegangen. Auf psychische Probleme oder Erkrankungen bei den Vätern der Kinder beziehungsweise bei dem Partner der Mütter wird ebenfalls nicht eingegangen. Dies würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten. Deshalb wird der Fokus auf die Mütter und die Mutter-Kind-Bindung gelegt, um eine differenzierte Auseinandersetzung mit der Thematik herauszuarbeiten.

Die Autorinnen sind sich darüber im Klaren, dass auch Partner beziehungsweise Väter der Kinder einen zentralen Einfluss auf die Entwicklung der Kinder ausüben sowie psychische peripartale Depressionen erleiden können. Denn auch sie sind nun in einer neuen Rolle konfrontiert, die mit anderen Erwartungen und Bedürfnissen einhergeht (Bettina Salis, 2007, S. 17). Zudem kann es sein, dass sich bei Partnern von Frauen, welche unter einer postpartalen Depression leiden, genauso Erscheinungen von negativen körperlichen und psychischen Symptomen entwickeln können (Marco Schraner & Claudia Meier Magistretti, 2016, S. 2).

1.7 Begriffserklärung

Für die Zielgruppe der vorliegenden Bachelor-Arbeit werden gängige Begriffe der Sozialen Arbeit vorausgesetzt und aus diesem Grund von den Autorinnen nicht näher umschrieben oder definiert. Spezifische Begriffe, welche für die Bachelor-Arbeit von Bedeutung sind und eine Begriffserklärung verlangen, werden im jeweiligen Kapitel definiert und erläutert.

Die Autorinnen verwenden in dieser Arbeit den medizinisch korrekten Begriff postpartale Depression, obwohl im Volksmund jedoch oftmals von einer postnatalen Depression gesprochen wird. Der Begriff »postnatal« bezieht sich auf das Kind, während der Begriff »postpartal« nach dem Gebären bedeutet (Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, 2017). Die Begriffe »präpartal und -natal« stehen für die Zeit vor der Geburt und »peripartal und -perinatal« für Ereignisse, die um die Entbindung stattfinden (Postnatale Depression Schweiz, ohne Datum).

Die Autorinnen gehen in dieser Arbeit von einer Elternbeziehung zwischen Mann und Frau beziehungsweise zwischen Mutter und Vater aus, dies soll aber gleichgeschlechtliche Paare nicht ausschliessen.

2 Postpartale psychische Störungen

Nach Meinung der Gesellschaft ist die Geburt eines Kindes ein glückliches Erlebnis. Es wird erwartet, dass insbesondere die junge Mutter, welche die Belastungen der Schwangerschaft sowie die Geburt überstanden hat und ein lange erwünschtes Kind in den Armen hält, von Glück erfüllt ist. Diese Erwartungen, welche junge Mütter ebenfalls an sich selbst haben, erweisen sich oftmals als falsch. Viele junge Mütter entwickeln nach der Entbindung tiefgreifende psychische Probleme oder gar Krankheiten (Riecher-Rössler, 2001, S. 23). Bei den psychischen Störungen nach der Geburt wird nach Bettina Salis (2007) vereinfacht eine Einteilung vorgenommen in:

- Postpartaler Blues (auch postpartale Dysphorie und/ oder Stimmungstief genannt)
- Postpartale Psychose und
- Postpartale Depression (S. 1).

2.1 Postpartale Stimmungstief »Baby Blues«

Über die postpartale Depression kann nicht geschrieben werden, ohne den Baby Blues der keine Krankheitswertigkeit hat, zu erwähnen. Beim postpartalen Stimmungstief oder umgangssprachlich dem sogenannten Baby-Blues, handelt es sich um einen leichteren Verstimmungszustand, welcher aufgrund der Lebensumstellung und von hormonellen Veränderungen hervorgerufen wird, der innerhalb von Stunden bis Tagen wieder abklingt. Er ist charakterisiert durch eine kurzzeitige affektive Labilität, emotionale Gereiztheit und depressive Verstimmung (Riecher-Rössler, 2001, S. 24). Diese milden postpartalen Verstimmungen sind sehr häufig und werden von Expertinnen, Experten als gesunde Reaktion der Frau auf die vielschichtigen Veränderungen durch die Geburt und das Muttersein erachtet (Salis, 2007, S. 4). Daher wird der Baby Blues nicht als krankheitswertig eingestuft. Eine therapeutische Intervention ist von Vorteil und kann sich jedoch auf aufklärende Gespräche beschränken. Die jungen Mütter können durch die Aufklärung über die Häufigkeit und die harmlose Natur der Störung entlastet und beruhigt werden (Riecher-Rössler, 2001, S. 24). Wichtig zu erwähnen ist, dass Mütter bereits vor der Geburt darüber aufgeklärt werden sollen, damit sie diese Situation besser bewältigen können. Gesundheitsförderlich ist es, die Mütter an diesen Tagen zu entlasten und ihnen zur Seite zu stehen. Dieses postpartale Stimmungstief ist passager und sollte innerhalb von drei Tagen abgeklungen sein (Claudia Reiner-Lawugger, 2016, S. 150-151).

2.2 Postpartale Psychose

Die postpartale Psychose ist die schwerste psychische Störung nach der Geburt. Sie ist eher selten und eine Diagnose ist in der Regel aufgrund der Auffälligkeit der Frauen offensichtlich. Die Psychose tritt innerhalb der ersten zwei Wochen auf oder kann sich aus einer Depression entwickeln (Salis, 2007, S. 9). Die postpartale Psychose erscheint in drei Formen, nämlich manisch,

depressiv und schizophren. Diese drei Erscheinungsformen zeigen sich oftmals in Mischformen (ebd.). Die Wochenbettpsychose signalisiert eine hohe Gefahr für das Leben von Mutter und Kind. Eine sofortige stationäre Behandlung idealerweise in einer interdisziplinären Mutter-Kind-Einrichtung ist in jedem Fall unumgänglich (ebd., S. 11).

2.3 Postpartale Depression

Bei der postpartalen Depression handelt es sich um die häufigste psychische Störung rund um die Geburt. Sicherlich ist dies auch ein Grund dafür, weshalb sie in der Forschung und Literatur am meisten Beachtung erfährt (Brigitte Ramsauer, 2011, S. 171).

2.3.1 Definition

Als postpartale Depression werden wie in der Ausgangslage erwähnt alle schwereren, länger dauernden und behandlungsbedürftigen depressiven Erkrankungen bezeichnet, die im ersten Jahr nach der Entbindung auftreten oder bestehen (Riecher-Rössler, 2006, S. 11-12). Die Angaben über die Häufigkeit der Störung variieren stark. Einerseits ist der Grund dafür, dass Expertinnen und Experten sehr unterschiedlich einschätzen, welche Störung als Depression erachtet wird. Andererseits ist die Postpartalzeit nicht einheitlich festgelegt und die Bewertung der Symptome ist sehr subjektiv (Salis, 2007, S. 2). Gemäss dem Verein Postnatale Depression Schweiz (ohne Datum) erleiden 15% der Frauen eine postpartale Depression oder gar eine Psychose. So gehen nach Salis (2007) die meisten wissenschaftlichen Veröffentlichungen von rund 15% der Frauen aus, welche nach der Entbindung eine postpartale Depression entwickeln (S. 7). Im Vergleich dazu reagieren ein Viertel bis fast die Hälfte in der ersten Woche nach der Entbindung mit einer kurzfristigen Verstimmung, dem vorhin erwähnten postpartalen Blues und bei einer bis zwei von 1000 Frauen manifestiert sich in dieser Zeit sogar ein Psychose (Riecher-Rössler & Maria Hofecker Fallahpour, 2003, S. 106).

Anders als bei einer kurzfristigen Verstimmung, wie beim sogenannten Blues, handelt es sich bei einer postpartalen Depression um eine ernstzunehmende Erkrankung, welche schwerwiegende Auswirkungen auf die Mutter, das Kind und die ganze Familie haben kann (Riecher-Rössler, 2001, S. 35).

Ob die postpartale Depression ein eigenständiges Krankheitsbild darstellt, wurde lange unterschiedlich aufgefasst. Es wird heute davon ausgegangen, dass die postpartale Depression kein spezifisches Krankheitsbild ist und sich somit nicht von einer Depression in einem anderen Lebensabschnitt unterscheidet. Für die postpartale Depression gibt es weder im ICD-10 noch im DSM-IV eigenständige diagnostische Kriterien. Im DSM-IV existiert eine Zusatzkodierung für depressive Störungen mit postpartalem Beginn. Diese ist für depressive Erkrankungen innerhalb der ersten 4 Wochen nach der Geburt eines Kindes angedacht (Ankica Ging, 2016, S. 15).

2.3.2 Symptomatik

Bei einer postpartalen Depression können sich alle klassischen Symptome einer Depression, wie Antriebsmangel, Energielosigkeit, Freudlosigkeit, Interessenverlust, Müdigkeit, Schlaf- und Appetitstörungen, Ängsten, Sorgen sowie Schuldgefühle finden (Riecher-Rössler, 2001, S. 26). Die depressiven Erkrankungen der Postpartalzeit gehen oft mit einer emotionalen Labilität einher (ebd.). Erweitert wird das Spektrum im Falle der Wochenbettdepression durch eine kindbezogene Symptomatik (ebd.). Es können sich zwiespältige Gefühle, also Muttergefühle sowie Schuldgefühle gegenüber dem Baby, Muttergefühle, die nicht der eigenen Erwartung entsprechen, Zwangsgedanken und -impulse und/ oder Bindungsstörungen zum Säugling entwickeln (Riecher-Rössler, 2001, S. 27). Bindungsstörungen können aber auch ohne begleitende Depression auftreten (ebd.). Den tragischen Verlauf einer postpartalen Depression stellt der Infantizid, die Kindstötung, dar. Verlässliche Zahlen zum Suizidrisiko bei postpartalen Depressionen liegen keine vor (ebd., S. 28). Ging (2016) listet ähnliche Symptome auf, welche eine postpartale Depression ausmachen, und komplettiert die Symptomatik wie folgt:

- Depressive Verstimmung, Reizbarkeit
- Interessenverlust
- Antriebsstörung
- Energiemangel
- chronische Erschöpfung
- Konzentrationsstörungen
- Schlaf- und Appetitstörungen
- Ängste
- Zwangsgedanken (Angst, das Baby nicht gut versorgen zu können oder es zu verletzen)
- Gefühl, mit dem Kind nichts anfangen zu können
- Schuld- und Insuffizienzgefühle dem Kind gegenüber
- Suizidgedanken (S. 17).

Beate Wimmer-Puchinger macht darauf aufmerksam, dass die depressive Verstimmung der Frauen vom Partner und dem familiären Umfeld oftmals nicht erfasst und verstanden wird (2006, S. 27). Da die Antriebslosigkeit nicht als Depression empfunden wird, werden depressive Erkrankungen in der Postpartalzeit erst spät erkannt und behandelt (ebd.). Hinzu kommt, dass die Symptomatik meist erst auftritt, wenn die Mutter nach der Entbindung wieder zu Hause ist (ebd.). Oftmals wird die Symptomatik von der Mutter aufgrund Scham- und Schuldgefühlen verschwiegen und zum Teil auch aus Angst, stationär eingewiesen und somit von ihrem Kind getrennt zu werden. Die Diagnose wird bedeutend erschwert durch die Tatsache, dass die Symptome einer beginnenden Depression leicht mit einer geburts- und stillzeitbedingten Erschöpfung verwechselt werden kann (Riecher-Rössler, 2006, S. 15). Die Früherkennung einer beginnenden

Depression kann durch ein Screening mit der Edinburgh Postnatal Depression Scale, einem Selbstbeurteilungs-Instrument erleichtert werden (ebd.). Dieses Früherfassungsinstrument wird im Abschnitt 7.1 erläutert.

2.3.3 Risiko- und Schutzfaktoren

Eindeutige Risikofaktoren können nicht klar identifiziert werden, es handelt sich vielmehr um ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren (Maria Weissenböck, 2006, S. 110). Ebenso auffällig ist, dass je nach Studie die Faktoren unterschiedlich ausfallen und eine Einheit somit nicht vorhanden ist. Grundsätzlich kann jede Frau an einer postpartalen Depression erkranken, unabhängig von den Faktoren wie Alter, Familienstand, das wievielte Kind geboren wurde und/ oder sie im Laufe des Lebens eine psychische Erkrankung erlitten hat. Allerdings sind depressive Episoden in der Vorgeschichte ein Risikofaktor für eine postpartale Depression (Salis, 2007, S. 7). Dies ist der Risikofaktor, welcher am konsistentesten gefunden wurde. Circa ein Drittel aller Frauen mit einer postpartalen Depression haben vor der Schwangerschaft mindestens einmal eine psychische Erkrankung erlitten (Riecher-Rössler, 2006, S. 14). Bei einer Prädisposition muss somit gar kein weiterer Risikofaktor ausser der Geburt hinzukommen, um die Erkrankung auszulösen. Eine ganz normale Entbindung und die Postpartalzeit mit ihren alltäglichen Belastungen charakterisieren starke Stressoren, welche bei vulnerablen Frauen zur Auslösung einer postpartalen Depression führen kann (ebd.). Notfallmässige Kaiserschnitte sowie traumatische Geburtserlebnisse, welche entweder sehr lange dauern oder die Frauen sich zu wenig gut betreut fühlten, können das Risiko für die Entwicklung einer postpartalen Depression erhöhen. Weitere Risikofaktoren sind Depression und Angst während der Schwangerschaft, Baby-Blues, Anspannung mit der Versorgung des Kindes und/ oder allgemeiner Stress (Riecher-Rössler, 2006, S. 14). Was die Pathogenese der postpartalen Erkrankungen betrifft, ist inzwischen nahezu unbestritten, dass es sich um prinzipiell dieselben Erkrankungen handelt, wie sie auch unabhängig von einer Entbindung auftreten können. Spezifische Risikofaktoren, die zum Zeitpunkt der Geburt als Auslöser fungieren würden, konnten bisher nicht identifiziert werden. Die betroffenen Frauen sind offensichtlich weder bezüglich hormoneller und geburtshilflicher noch bezüglich der allermeisten psychosozialen Faktoren auffällig anders, als die Frauen, die nach der Entbindung gesund bleiben. So zeigen weder das Alter der Wöchnerinnen, noch ihr Familienstand, ihr Ausbildungs- oder ihr sozioökonomischer Status einen konsistenten Einfluss auf das Erkrankungsrisiko. Eini-germassen konsistent konnte lediglich gezeigt werden, dass Mütter, die eine postpartale Depression entwickeln, oft mangelnde soziale Unterstützung erhalten, insbesondere durch den Partner (Riecher-Rössler, 2006, S. 13). Ähnliche Risikofaktoren, welche mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer postpartalen Depression verknüpft sind, benennen Johannes Bitzer und Judith Alder (2006). Nebst der mangelnden sozialen Unterstützung und Paarkonflikte, erläutern sie weitere Risikofaktoren wie Depression in der Vorgeschichte, vor allem in der

Schwangerschaft, alleinerziehend, ungewollte Schwangerschaft, Fehlgeburt in der Anamnese, negatives Lebensereignis in den vergangenen 12 Monaten, sowie Stressoren verbunden mit der Kindsbetreuung (S. 69). Laut Weissenböck (2006) können verstärkte psycho-soziale Probleme wie mangelnde soziale Kontakte und Paarkonflikte zu Stress und Ängsten betreffend der Zukunft des Kindes führen (S. 111). Bedeutend für das psychische Wohl der Frauen, welches Weissenböck (2006) in ihrer therapeutischen Arbeit feststellte, ist die Integration der Mütter. Obschon sie sozial sehr integriert sind, erscheint die emotionale Verwurzelung eher zwiegespalten (S. 110). Durch die Mutterkarenz entsteht eine Abhängigkeit in finanzieller Hinsicht und auch bezüglich sozialer Anerkennung, was ebenso eine Rolle spielt, ob und wie eine postpartale Depression auftritt (ebd.). Die sozialen Rollenerwartungen korrespondieren nicht mit dem Idealbild einer glücklichen und einsatzbereiten jungen Mutter (Wimmer-Puchinger, 2006, S. 27). Diese Nichtentsprechung belastet die Beziehungen zum Umfeld und erschwert die Umstellung auf die Elternschaft zusätzlich (ebd.). Ebenfalls kann das kindliche Verhalten, sowie auch motorische Entwicklungsverzögerung das Risiko für eine postpartale Depression erhöhen (Klier, Gerhard Lenz & Mario Lanczik, 2001, S. 42). Während Risikofaktoren als solche Merkmale gelten, die zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Stress, Belastungen oder Störungen führen, stellen Schutzfaktoren Variablen dar, welche risikomindernd wirken. In der Regel soll der Schutzfaktor dem Risikofaktor zeitlich vorausgehen und nur dann seine Wirkung entfalten, wenn ein Risikofaktor vorliegt (Chris Hayward, Günter Esser & Andrea Schneider, 2013, S. 173). Ein fehlender Schutzfaktor kann also als Risikofaktor betrachtet werden, umgekehrt wird das alleinige Fehlen von Risikofaktoren nicht als Schutz dargestellt (ebd.). Insofern können also eine ausreichende soziale Unterstützung und eine gute Paarbeziehung als Schutzfaktoren dienen (ebd.). Des Weiteren wirkt sich eine pränatale Bindung, das heisst die emotionale Bezugnahme der Mutter zum ungeborenen Kind, als Schutzfaktor für die Entwicklung einer postpartalen Depression aus (Andrea Beetz, Kathrin Gaass, Matthias Beckmann & Tamme Goecke, 2013, S. 303).

Zudem muss betont werden, dass wenn der Partner von einer postpartal depressiven Frau eine adäquate Unterstützung erhält, die Genesung der Erkrankung besser gelingen kann (Riecher-Rössler, 2001, S. 33).

2.4 Exkurs: Weitere peripartale psychische Störungen

Frauen, die ihre Geburt als traumatisch erlebten, können eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln. Dies betrifft zirka ein bis zwei Prozent der Mütter (Salis, 2007, S. 13). Begünstigt wird die posttraumatische Belastungsstörung, wenn den jungen Müttern nach der Entbindung keine Gelegenheit geboten wird, ausführlich über ihre Erlebnisse berichten zu können. Einem erhöhten Risiko ausgesetzt, sind vor allem diejenigen Frauen, welche vor der Geburt

traumatische Erfahrungen, wie Kriegserlebnisse, sexualisierte Gewalt, Vergewaltigung und/oder Kindesmisshandlung, gemacht haben. Die Geburt kann das alte Trauma unter Umständen reaktivieren (ebd.).

Da die Schwangerschaft ebenso eine Zeit der Veränderung darstellt, auf welche die Frauen verschiedenartig reagieren, können Störungen während der Schwangerschaft auftreten (Salis, 2007, S. 14-15). Störungen in der Schwangerschaft können depressive Momente haben, sowie geprägt sein von Ängsten und Zwängen. Das Gesundheitsverhalten einer depressiven Schwangeren kann ungünstig für das Ungeborene sein. Folgen von Depressionen während der Schwangerschaft können auch Früh- und Mangelgeburten sein (ebd., S. 15). Erstmanifestationen während der Schwangerschaft treten jedoch selten auf. Meist hat es in der Regel Vorerkrankungen gegeben. Eine Schwangerschaft kann eine bestehende Vorerkrankung auch positiv beeinflussen. Störungen in der Schwangerschaft müssen nicht zwingend zu einer postpartalen Depression führen, können jedoch ein Hinweis darauf sein, dass sich daraus eine postpartale Depression entwickeln kann (ebd.).

2.5 Zwischenfazit

In diesem Kapitel wurde in einem ersten Schritt die postpartale Depression zu anderen postpartalen psychischen Störungen abgegrenzt. In einem weiteren Schritt wurde die postpartale Depression definiert. Dabei handelt es sich um alle schwereren, längerdauernden, behandlungsbedürftigeren depressiven Erkrankungen, die im ersten Jahr nach der Entbindung auftreten oder bestehen. Es muss nochmals hervorgehoben werden, dass eine postpartale Depression sehr häufig ist, jedoch ist es schwierig die Erkrankung zu diagnostizieren, da sie kein eigenständiges Krankheitsbild darstellt. Die Symptomatik einer postpartalen Depression unterscheidet sich, ausser der kindbezogenen Symptomatik, nicht von einer klassischen Depression. Der Aspekt der kindbezogenen Thematik ist für die weitere Arbeit zentral und wird im weiteren Kapitel ausgearbeitet. Ausserdem kann es sein, dass die postpartale Depression erst spät erkannt wird. Einerseits, da sich die Mütter aus Scham- oder Schuldgefühlen an niemanden wenden, andererseits kann die Symptomatik mit einer geburts- und stillzeitbedingten Erschöpfung verwechselt werden. In einem weiteren Abschnitt wurden kurz die Risiko- und Schutzfaktoren veranschaulicht. Hervorheben möchten die Autorinnen vor allem folgende Punkte: Als Risikofaktoren gelten hauptsächlich eine depressive Erkrankung in der Vorgeschichte, mangelnde soziale Unterstützung und Paarkonflikte. Im Gegensatz kann sich eine stabile Paarbeziehung als Schutzfaktor für eine postpartale Depression entwickeln. Das Wissen der Risiko- und Schutzfaktoren ist essentiell und wird benötigt, damit in einem späteren Teil die Früherkennung erläutert werden kann. In diesem Kapitel wurde die Erkrankung und Symptomatik der postpartalen Depression von Seiten

der Mutter dargestellt. Im nächsten Kapitel werden nun die Grundlagen der Bindungstheorie skizziert, um später die Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung zu erfassen.

3 Bindungstheorie

Um mögliche Auswirkungen der postpartalen Depression auf die Mutter-Kind-Beziehung zu erläutern, wird nun in einem ersten Schritt die Bindungstheorie aufgezeigt. In diesem Abschnitt werden die Grundsätze der Bindungstheorie nach Bowlby skizziert. Anschliessend werden die Entwicklung der frühen Bindungsorganisation, die Qualität von frühen Bindungsbeziehungen, die Schutzfaktoren für eine gelingende Bindung sowie der Zusammenhang zwischen dem frühen Bindungsstatus und späteren sozialen Beziehungen ausgearbeitet. Mit diesem Kapitel wird versucht ein Grundverständnis darüber zu generieren wie Bindung entsteht. Dieser Schritt ist notwendig, um in einem späteren Kapitel die Auswirkungen der postpartalen Depression auf die Mutter-Kind-Beziehung zu erläutern.

Säuglinge sind mit einem biologischen verankerten »Bindungsverhaltenssystem« ausgestattet, das ihnen ermöglicht, Nähe und Kontakt zu Personen ihrer sozialen Umgebung zu suchen und aufrechtzuerhalten (Éva Hédervári-Heller, 2014, S. 58). Ergänzend zum Bindungsverhaltenssystem des Säuglings steht das Pflegeverhalten der Erwachsenen. Das Bindungsverhaltenssystem des Kindes und das Pflegeverhalten der Erwachsenen sind in einer ständigen Wechselbeziehung und sichern das Überleben des Kindes (ebd.) In dieser Wechselbeziehung, das heisst in der dauernden Interaktion und Affektregulierung zwischen dem Säugling und seinen primären Bezugspersonen, kommt es in den ersten zwölf Lebensmonaten zum Aufbau von Bindungsbeziehungen (ebd.). Die nebeneinander bestehenden Bindungen werden unabhängig voneinander organisiert, sie unterscheiden sich jedoch in ihrer Intensität und Qualität voneinander (ebd.). Wenn ein Kind unter ungünstigen sozial-emotionalen Bedingungen aufwächst, kann es zu einer pathologischen Bindungsentwicklung und schliesslich zu einer Bindungsstörung kommen. Die psychische Entwicklung und das Aufwachsen in seelischer Gesundheit des Kindes sind stark abhängig davon, ob sich das Kind in emotional belastenden Situationen auf die Unterstützung seiner primären Bezugspersonen verlassen kann (ebd.). Vor allem in den ersten Lebensjahren sind Kinder auf die emotionale Verfügbarkeit von ihren vertrauten Bindungspersonen angewiesen. Säuglinge fühlen sich sicher, wenn ihre Signale, Wünsche und Bedürfnisse ernst genommen und befriedigt werden (ebd.). Störungen der frühkindlichen Verhaltensregulation stellen für die Eltern-Kind-Bindung eine Herausforderung dar. Sie können die Bindungsorganisation des Kindes negativ beeinflussen. Aber auch Beeinträchtigungen der Bindungssicherheit können zum Erhalt von Regulationsstörungen beitragen (ebd.). Ein Verständnis bindungstheoretischer Konzepte ist daher besonders hilfreich in der Beratung frühkindlicher Regulationsstörungen. Denn sie stellt Deutungsmuster zur Verfügung, mit denen im Rahmen der Eltern-Säuglings-Beratung ein klares Verständnis von Bindung erzielt werden kann (ebd.)

3.1 Grundlagen der Bindungstheorie

Die Bindungstheorie wurde ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts weltweit zu einer der wichtigsten Theorien zur Erklärung der sozial-emotionalen Entwicklung von Geburt bis ins hohe Erwachsenenalter (Hédervári-Heller, 2014, S. 58). In diesem Abschnitt wird die Bindungstheorie nach John Bowlby, dem Begründer der Bindungstheorie, dargestellt. Gemäss Bowlby ist Bindung ein emotionales Band zwischen einem Kind und einer oder mehreren vertrauten Bezugspersonen (1969, S. 192-193). Bowlby vertritt die Auffassung, dass ein biologisch festgelegtes »Bindungsverhaltenssystem« existiert, welches das Überleben und die psychische Gesundheit des Kindes garantiert (ebd., S. 171). Das Bindungsverhaltenssystem wird erst durch eine Stresssituation ausgelöst, wenn das Kind entweder durch eine innere Belastung (Hunger, Müdigkeit) oder durch äusseren Stress, wie eine fremde Umgebung, fremde Personen, Trennung von Bindungsperson, auf die emotionale Unterstützung der primären Bindungsperson angewiesen ist (ebd., S. 198-199). Ob Bindungsbeziehungen vorhanden sind, zeigt sich im »Bindungsverhalten«. Dieser Begriff bezeichnet beobachtbare Verhaltensweisen wie Saugen, Weinen, Lächeln, Arme ausstrecken, sich der Bindungsperson annähern, ihr folgen oder sich an sie anklammern. Das Bindungsverhalten entspricht der Suche nach Schutz und Sicherheit (ebd.).

Einerseits gibt es, wie oben aufgezeigt, das »Bindungsverhaltenssystem« und andererseits gibt es auch das »Explorationsverhaltenssystem«. Zwischen beiden Systemen besteht eine Balance. Fühlt sich also ein Kind emotional ausgeglichen, beschäftigt es sich intensiv mit der Erkundung der Umwelt, das heisst, das Explorationsverhalten ist aktiv (Bowlby, 1969, S. 224-225). In einer Stresssituation oder bei dauerhaften emotionalen Belastungen verliert das Kind allerdings sein inneres Gleichgewicht. Das Kind hört auf zu spielen und zu explorieren und sucht Nähe und Kontakt zu seiner Bindungsperson (ebd., S. 225-226). Das Bindungsverhaltenssystem des Kindes bleibt so lange aktiv, bis es sein inneres Gleichgewicht durch die Unterstützung der Bindungsperson oder, in seltenen Fällen, aus eigener Kraft wiederhergestellt hat (ebd.). Dieser Balanceakt kann mit einer Wippe symbolisiert werden. Wie auf einer Wippe kommt es zu einem ständigen Ausbalancieren zwischen den zwei Verhaltenssystemen der Bindung und der Exploration (Hédervári-Heller, 2014, S. 59).

Zum Aufbau einer Bindungsbeziehung trägt der Erwachsene mit seinem ebenfalls biologisch festgesetzten Pflegeverhalten bei, indem der Erwachsene die durch den Säugling signalisierten Bedürfnisse nach Nähe und Kontakt wahrnimmt und adäquat beantwortet (Bowlby, 1969, S. 225.). Das Pflegeverhalten der Erwachsenen ergänzt somit das Bindungsverhalten des Kindes und zusammen bilden sie ein Verhaltenssystem (ebd.). Die Bindungsperson hat eine wichtige Funktion, nämlich als sichere Basis zur Verfügung zu stehen und die Affekte des Kindes zu regulieren (Ainsworth, Blehar, Waters, Wall, 1978; zit. in Hédervári-Heller, 2014, S. 59). Von dieser sicheren Basis aus erkundet, das Kind seine soziale und materielle Umwelt, indem es sich für

seine Umwelt interessiert, sie erkundet und spielt (ebd.). Beim Bindungsaufbau stellt die Feinfühligkeit der Erwachsenen eine besondere Bedeutung dar (ebd.). Die Feinfühligkeit wird in einem späteren Kapitel genauer beschrieben und erläutert.

3.2 Die Entwicklung der frühen Bindungsorganisation

Bowlby (1969, S. 247) beschrieb vier Phasen im Aufbau der frühkindlichen Bindungsbeziehung. Demzufolge ist Bindung nicht von Geburt an vorhanden, sondern entsteht während des ersten Lebensjahres. Dies entsteht durch Austausch, in der Kommunikation und der Interaktion mit den primären Bezugspersonen. Im Folgenden werden die vier Phasen aufgezeigt.

1. »Orientierung und Signale ohne Unterscheidung der Figur« (von der Geburt bis zum zweiten/ dritten Lebensmonat): Diese erste Phase der Bindungsentwicklung ist durch einfache Verhaltenssysteme des Kindes geprägt, das kann beispielsweise Weinen sein oder ab dem zweiten Lebensmonat das «soziale Lächeln». Der Säugling unterscheidet nicht zwischen vertrauten oder weniger vertrauten Personen, sondern lässt sich von jedem beliebigen Erwachsenen auf den Arm nehmen und beruhigen, ausserdem lächelt er jede beliebige Person an (Bowlby, 1969, S. 247).
2. »Orientierung und Signale, die sich auf eine oder mehrere Person/en richten« (dritter bis sechster Lebensmonat): Der Säugling beginnt sein Verhalten auf bestimmte Personen, meist auf die Mutter, zu richten. Eine klare Differenzierung ist in dieser Phase jedoch selten zu beobachten. Der Säugling erkennt bereits Unterschiede zwischen bekannten und weniger bekannten Personen. Sein Signalverhalten (Weinen, Lächeln) richtet er aber nur tendenziell auf einige wenige Personen. Der Säugling lässt sich noch leicht von fremden Personen auf den Arm nehmen und trösten (Bowlby, 1969, S. 248).
3. »Aufrechterhaltung der Nähe zu einer unterschiedenen Figur durch Fortbewegung und durch Signale« (sechster Lebensmonat bis zum dritten Lebensjahr): Während dieser Phase der Bindungsentwicklung ergänzt sich das Verhaltensrepertoire des Kindes. Das Kind zeigt jetzt aktives Bindungsverhalten, indem es der Bindungsperson folgt oder sie begrüsst. Es sucht von sich aus die Nähe und Kontakt zu bestimmten, ihm vertrauten Bindungspersonen und bevorzugt unverkennbar einige primäre Bindungspersonen (Bowlby, 1969, S. 248).
4. »Bildung einer zielkorrigierenden Partnerschaft« (ab dem vierten Lebensjahr): Durch die wachsenden kognitiven Fähigkeiten und Erfahrungen gewinnt das Kind Erkenntnisse

in die Motive und Gefühle der Bindungsperson. Es konstituiert sich zwischen den Bindungspartnern eine komplexere Beziehung. Bowlby (1969, S. 249) nennt dies eine zielkorrigierte Partnerschaft. Das heisst, das Kind organisiert sein Verhalten nicht mehr alleine, sondern berücksichtigt auch die Pläne und die Ziele der Bindungsperson (ebd.).

3.3 Qualität von frühen Bindungsbeziehungen

Um die Qualität der Bindung zu beurteilen, haben Bindungstheoretikerinnen, -theoretiker ein Modell konstruiert. Dieses Modell beinhaltet ein Klassifikationssystem, nach dem verschiedene Anpassungsstrategien des Kindes zu beobachten sind (Hédervári-Heller, 2014, S. 61). Dieses Klassifikationssystem kann verdeutlichen, ob und wie ausgeprägt das Kind seine Bindungsperson als eine »sichere Basis« nutzt oder aber versucht, den Stress aus eigener Kraft zu bewältigen (ebd.). Im folgenden Abschnitt werden nun die einzelnen Muster der frühkindlichen Bindungsorganisation näher beschrieben.

3.3.1 Sicher gebundene Kinder

Kinder, die eine sichere Bindung aufweisen, zeigen ein offenes Bindungsverhalten. Das meint, dass die Kinder die Nähe und den Kontakt zu ihrer primären Bindungsperson suchen (Hédervári-Heller, 2014, S. 61). Bindungssichere Kinder können ihre Gefühle offen ausdrücken und können sich rasch beruhigen, wenn ihre Bindungsperson sie tröstet. Wenn sie von ihrer Bindungsperson getrennt werden, zeigen sie deutlich ihren Kummer, aber ebenso deutlich zeigen sie ihre Erleichterung und Freude, wenn die Bindungsperson wiederkommt (ebd.). Sobald die Bindungsperson ihnen Trost und Sicherheit spendet, verringern sich ihre Stresshormone. Kinder mit einer sicheren Bindung haben die Erfahrung gemacht, sich auf die Unterstützung der Bindungsperson verlassen zu können. Bindungspersonen von sicher gebundenen Kindern zeichnen sich durch einen hohen Grad an Feinfühligkeit gegenüber den Signalen ihrer Kinder aus (ebd.).

3.3.2 Unsicher-vermeidend gebundene Kinder

Kinder mit einer unsicher-vermeidenden Bindung zeigen kein offenes Bindungsverhalten. Sie vermeiden aktiv den Kontakt und auch die Nähe zur Bindungsperson (Hédervári-Heller, 2014, S. 61). Diese Kinder wirken autonom, sie spielen nach einer Trennung von der Mutter alleine weiter und vermeiden den Blickkontakt. In einer Stresssituation unterdrücken sie ihre Gefühle und zeigen bei Unzufriedenheit weder Ärger noch Trauer (ebd.). Diese Kinder haben früh gelernt, mit emotional belastenden Situationen, wie beispielsweise mit einer kurzen Abwesenheit der Mutter, alleine fertig zu werden (ebd., S. 62). Gemäss Lynne Murray ist ein unsicher-vermeidendes Individuum in Gefahr, die Existenz seiner Bedürfnisse zu leugnen und wird unter Umständen versuchen ohne den Beistand anderer Menschen zu leben. Ein unterschwelliges Ge-

fühl sagt ihm, dass es Liebe ohnehin nicht verdiene und andere ihm mit Zurückweisung begegnen werden (2014, S. 61). Ein solches Vermeidungsverhalten gilt für das unsicher-vermeidend gebundene Kind ab dem Ende des ersten Lebensjahres als eine wichtige Abwehrmassnahme, um einer möglichen Zurückweisung vonseiten der Bindungsperson zu entgehen (Hédervári-Heller, 2014, S. 62). Kinder mit einer unsicher-vermeidenden Bindung müssen Kompromisse finden, um ihr Bedürfnis nach Schutz und Sicherheit und den Ausdruck von Gefühlen zu organisieren. Bindungspersonen von solchen Kindern sind wenig feinfühlig. Sie weisen die Wünsche der Kinder nach Nähe und Trost häufig zurück, ausserdem sind sie gegenüber dem Kind oft feindselig eingestellt, oder sie verhalten sich über- oder unterstimulierend (ebd.).

3.3.3 Kinder mit unsicher-ambivalenter Bindungsorganisation

Kinder, die über eine unsicher-ambivalente Bindungsorganisation verfügen, zeigen in einer Stresssituation widersprüchliches Verhalten (Hédervári-Heller, 2014, S. 62). Einerseits suchen diese Kinder Nähe und Kontakt zu ihrer Bindungsperson, andererseits reagieren sie mit ärgerlicher Zurückweisung, wehren sich sogar gegen den Kontakt oder weisen angebotene Spielsachen zurück. Der Widerstand gegenüber dem Kontakt zu ihrer Bindungsperson ist bei ihnen stark ausgeprägt (ebd.). Kinder mit einer unsicher-ambivalenten Bindungsorganisation lassen sich von ihrer Bindungsperson nur schwer beruhigen und verhalten sich insgesamt wütend und ärgerlich. Einige dieser Kinder verhalten sich passiv und wirken sogar depressiv (ebd.). Murray betont, dass die Entwicklung eines unsicheren Bindungsmusters als ein Mechanismus fungieren kann, der den Zusammenhang zwischen der Depression der Mutter einerseits und den Schwierigkeiten des Kindes mit langfristigen engen Beziehungen sowie späteren psychischen Problemen andererseits begünstigt (2014, S. 61). Bindungspersonen unsicher-ambivalent gebundener Kinder verhalten sich selbst gegenüber dem Kind ambivalent. Das heisst, die Bindungspersonen reagieren manchmal feinfühlig auf die Signale des Kindes, manchmal aber auch ablehnend, feindselig oder zurückweisend (ebd.).

3.3.4 Hoch unsicher gebundene, desorganisierte/desorientierte Kinder

Hoch unsicher gebundene, desorganisierte/desorientierte Kinder haben im Gegensatz zu den drei bereits beschriebenen Bindungsgruppen kein organisiertes Bindungsverhalten (Hédervári-Heller, 2014, S. 62). Solche Kinder haben keine eindeutigen Verhaltensstrategien, beziehungsweise ihre Strategien brechen zusammen. Sie können infolge traumatischer Erfahrungen, nicht auf ihre Bindungsperson als Quelle von Schutz und Sicherheit zurückgreifen. Es geht sogar so weit, dass die Bindungsperson, die normalerweise Sicherheit bieten sollte, zur Quelle der Angst und Verunsicherung wird (ebd.). Dementsprechend unterbrechen Kinder mit einem desorganisierten Bindungsmuster den Versuch der Bindungsperson, Nähe und Kontakt zur Bindungsperson

son herzustellen. Sie zeigen beispielsweise Stereotypen, erstarren oder wirken für einige Sekunden psychisch abwesend (ebd.). Ursachen für einen desorganisierten Bindungsstatus sind oft Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen der Kinder oder aber psychisch unbewältigte Trennungs- oder Verlusterfahrungen der Bindungspersonen. Trennungs- oder Verlusterfahrungen werden unbewusst als unverarbeitete traumatische Erfahrungen aus der Vergangenheit der Eltern auf das Kind weiter übertragen (ebd.). Ein desorganisierter Bindungsstatus stellt noch keine psychische Krankheit dar, jedoch kann dies ein Risikofaktor für eine gesunde seelische Entwicklung im Kindesalter sein und ist an der Grenze zur klinischen Bindungsstörung positioniert (ebd.).

3.3.5 Schutzfaktoren für gelingende Bindung

In einer Studie untersuchte Emmy Werner (2001) Schutzfaktoren, die für eine gelingende Bindung beziehungsweise für eine positive Entwicklung des Kindes verantwortlich sein können (zit. in Karin Grossmann & Klaus E. Grossmann, 2012, S. 642):

- Bindungspersonen, die mit ihrem Kind hauptsächlich positiv interagierten
- Eine Mutter mit besserer Bildung trotz Armut
- Wenige Kinder in der Familie
- Starke emotionale Unterstützung von der Mutter und/ oder anderen Betreuerinnen und Betreuer in den ersten Jahren
- Ein positives Temperament

Laut Grossmann und Grossmann, benötigt es nicht nur die oben erwähnten Bedingungen, um eine gelingende Bindung herzustellen (2012, S. 643).

3.4 Zusammenhang früher Bindungsstatus und späteren sozialen Beziehungen

Gemäss Murray werden die Aussagen der Bindungstheorie über den Zusammenhang zwischen dem frühen Bindungsstatus des Kindes und seinen späteren sozialen Beziehungen von der Befundlage weitgehend gestützt (2012, S. 61). Beispielsweise sind Kinder, die frühzeitig sicher gebunden waren, weniger in Gefahr, drangsaliert zu werden, ihrerseits andere Kinder zu drangsaliieren oder sich aggressiv zu verhalten. Murray betont jedoch, dass es nur wenige Studien gibt, die sich mit dem Zusammenhang zwischen früher Bindungsqualität und langfristigen Ergebnissen befassen (ebd.). Ausserdem konzentrieren sich die meisten auf die Natur der persönlichen Beziehungen und die Bindungssicherheit in der Adoleszenz und nicht auf die psychische Gesundheit. Eine enge und stützende Beziehung ist jedoch ein wichtiger Schutzfaktor vor psychischen Schwierigkeiten, wie etwa einer Depression (ebd.). Bowlby betont: »Der Kern meiner Aussagen ist, dass eine enge kausale Beziehung besteht zwischen den Erfahrungen des Individuums

mit seinen Eltern und seiner späteren Fähigkeit, emotionale Bindungen einzugehen« (1969, S. 167).

3.5 Zwischenfazit

In diesem Kapitel wurden zu Beginn die Grundsätze der Bindungstheorie skizziert. Es wurde hervorgehoben, dass Kinder gerade in den ersten Lebensjahren auf die emotionale Verfügbarkeit ihrer primären Bindungsperson angewiesen sind. Ob Bindungsbeziehungen zwischen Mutter und Kind vorhanden sind, zeigt sich im Bindungsverhalten. Dies bedeutet beobachtbare Verhaltensweisen wie Saugen, Weinen, Lächeln, Arme ausstrecken, sich der Bindungsperson annähern, ihr folgen oder sich an sie anklammern. Das Bindungsverhalten entspricht der Suche nach Schutz und Sicherheit. Für den Aufbau einer Bindungsbeziehung trägt die primäre Bindungsperson mit ihrem festgesetzten Pflegeverhalten bei. Dies indem der Erwachsene, die durch den Säugling signalisierten Bedürfnisse nach Nähe und Kontakt wahrnimmt und adäquat beantwortet. Es soll nochmals betont werden, dass die Bindungsperson eine wichtige Funktion, nämlich als sichere Basis zur Verfügung zu stehen und die Affekte des Kindes zu regulieren, ausübt. In einem nächsten Abschnitt wurde die Entwicklung der frühen Bindungsorganisation in vier Phasen kurz erläutert. Dort wurde aufgezeigt, dass sich das Kind mit zunehmendem Alter immer stärker auf seine primäre Bindungsperson fokussiert und sich auch am Verhalten der Bindungsperson orientiert. Um die Qualität von frühen Bindungsbeziehungen zu erläutern, wurde in einem nächsten Schritt ein Klassifikationssystem vorgestellt. Dieses System kann verdeutlichen, ob und wie ausgeprägt das Kind seine Bindungsperson als eine »sichere Basis« nutzt oder versucht, den Stress aus eigener Kraft zu bewältigen. Sicher gebundene Kinder zeigen ein offenes Bindungsverhalten, können ihre Gefühle offen ausdrücken und sich rasch beruhigen. Bindungspersonen von sicher gebundenen Kindern zeichnen sich durch einen hohen Grad an Feinfühligkeit gegenüber den Signalen ihrer Kinder aus. Weitere Muster können unsicher-vermeidend gebundene Kinder, Kinder mit unsicher-ambivalenter Bindungsorganisation oder hoch unsicher gebundene, desorganisierte/desorientierte Kinder sein. Letztere Bindungsqualität kann ein Risikofaktor für eine gesunde, seelische Entwicklung im Kindesalter darstellen. Zusätzlich ist dieses Muster an der Grenze zur klinischen Bindungsstörung positioniert. Die Schutzfaktoren für eine gelingende Bindung wurden in einem nächsten Abschnitt herausgearbeitet. Davon möchten die Autorinnen einige Aspekte noch einmal hervorheben: Bindungspersonen, die mit ihrem Kind hauptsächlich positiv interagierten, Mütter mit besserer Bildung trotz Armut und starke emotionale Unterstützung von der Mutter und/ oder anderen Bindungspersonen in den ersten drei Jahren. Abschliessend wurde der Zusammenhang zwischen dem frühen Bindungsstatus und späteren sozialen Beziehungen aufgezeigt. Eine sichere Bindung stellt verschiedene Schutzfaktoren dar, wie sich weniger aggressiv zu verhalten und/ oder andere nicht zu drangsaliieren oder

selbst nicht drangsaliert zu werden. Hierbei soll ausserdem betont werden, dass eine enge und stützende Beziehung ein wichtiger Schutzfaktor vor psychischen Schwierigkeiten, wie etwa einer Depression darstellt. Um eine sichere Bindung zum Kind aufzubauen, wird die ganze Aufmerksamkeit der Mutter benötigt. Im nächsten Kapitel wird nun die frühkindliche Interaktion zwischen »der gesunden Mutter« und ihrem Kind näher behandelt und die Bedeutung der mütterlichen Feinfühligkeit herausgearbeitet.

4 Frühkindliche Interaktion zwischen Mutter und Kind

In diesem Abschnitt wird die frühkindliche Interaktion zwischen Mutter und Kind dargestellt. Die frühkindliche Interaktion zwischen Mutter und Kind wird durch die mütterliche Feinfühligkeit charakterisiert. In einem ersten Schritt wird das Konzept der Feinfühligkeit erläutert und in einem weiteren Schritt wird die Bedeutung der mütterlichen Feinfühligkeit herausgearbeitet.

4.1 Konzept der Feinfühligkeit

Gemäss Grossmann und Grossmann (2012) geht das Konzept der Feinfühligkeit davon aus, dass alle Verhaltensweisen, Zustände und Äusserungen des Säuglings, also sein »Ausdruck«, Informationsträger für die Mutter sind (S. 120-121). Der Ausdruck des Neugeborenen hilft der Mutter nicht nur, das Kind kennenzulernen, sondern die Mutter bekommt dadurch auch Rückmeldung, ob ihr Verhalten beim Säugling die erwünschte Wirkung hatte. Umgekehrt bewertet das Kind das Verhalten der Mutter und teilt sich mit, ob es sich »verstanden fühlt«. Erhält die Mutter nun eine negative Antwort, beispielsweise durch Sich-Abwenden, Sich-steif-Machen, Quengeln, Weinen oder verstärkte Unruhe, dann meldet der Säugling dadurch zurück, dass dieses Verhalten bei ihm unangenehme Gefühle auslöst (ebd.). Jede Mutter bekommt ein ihr zunächst unbekanntes Kind, zusätzlich gibt es individuelle Unterschiede zwischen den Neugeborenen, die beobachtbar und messbar sind. Auf diese Individualität, die sensorische, geistige und motorische Unterschiede bis hin zu spezifischen Besonderheiten einschliessen, muss sich die Mutter einstellen. So kann sie auf eine feinfühligke, kooperative und akzeptierende Weise eine beidseitig befriedigende und erfreuliche Interaktion erreichen. Dies gelingt den meisten Müttern intuitiv (ebd.). Marie Ainsworth (1974) definierte mütterliche Feinfühligkeit bezüglich der Kommunikationen des Säuglings anhand folgender vier Merkmale (zit. in Grossmann & Grossmann, 2012, S. 121-122):

- Die Wahrnehmung des Befindens des Kindes, das meint, die Mutter hat das Kind aufmerksam »im Blick«, ist geistig präsent und hat keine zu hohe Wahrnehmungsschwelle;
- die »adäquate« Interpretation der Äusserungen des Säuglings aus seiner Sicht und gemäss seinem Befinden, und ist nicht durch die Bedürfnisse der Mutter geprägt;
- eine »rasche« Reaktion, damit der Säugling zwischen seinem Verhalten und der mütterlichen Handlung einen Zusammenhang herstellen kann. Eine prompte Reaktion vermittelt dem Kind ein Gefühl der Wirksamkeit seines Verhaltens und seiner Signale. Im Gegensatz zur Hilflosigkeit, die sich einstellt, wenn das Verhalten des Säuglings als »nutzlos« interpretiert wird; und
- die »Angemessenheit« der Reaktion, die dem Kind gibt, was es braucht. Die »Angemessenheit« der mütterlichen Reaktion verändert sich mit der Entwicklung des Säuglings.

Um feinfühlig zu reagieren, muss die Mutter präsent sein und eine niedrige Wahrnehmungsschwelle haben, so dass sie bemerkt, was der Säugling ihr mitteilen will (Grossmann & Grossmann, 2012, S. 122). Die Mutter muss die kindlichen Signale richtig interpretieren. Um »korrekt interpretieren« zu können, dürfen mütterlicherseits keine Verzerrungen erfolgen, beispielsweise durch Zuschreibung aggressiver Absichten. Eine feinfühlige Mutter kann sich nicht nur in die Situation des Säuglings einfühlen, sondern sie kennt auch ihre eigenen Wünsche und Gefühle und versucht diese, mit den Bedürfnissen ihres Kindes in Einklang zu bringen (ebd.). Angemessen zu reagieren meint, dem Kind zu geben, was es benötigt. Dabei ist es notwendig, sehr genau zu beobachten, ob das Befinden des Kindes eher Beruhigung oder eher Anregung braucht und welche der möglichen mütterlichen Antworten der Absicht des Babys am ehesten entspricht. Im Rahmen der Feinfühligkeit muss prompt reagiert werden (ebd.). Die Gedächtnisspanne des Kleinkindes ist sehr kurz, so dass eine rasche Antwort erfolgen muss, damit es zwischen dem eigenen Signalisieren und der erfolgenden Reaktion eine Verbindung erkennen kann. Ausserdem lehren feinfühlige Reaktionen dem Kind, dass es eine angemessene Antwort darauf erhalten wird, weil die Mutter nicht nur aufmerksam ist und den Säugling versteht, sondern auch bereit ist, auf das Kind einzugehen (ebd., S. 125). Das Neugeborene erfährt bei einer feinfühlig reagierenden Mutter beispielsweise, dass es nicht schlimm ist zu weinen, weil sein Weinen, die durch eigene Erfahrung begründete Hoffnung auf Linderung in sich trägt (ebd.).

4.2 Bedeutsamkeit der mütterlichen Feinfühligkeit

Wird das kindliche Bindungssystem durch negative Gefühle wie Angst, Ärger, Wut, Trauer bei Trennung und Verlust erregt, ermöglichen feinfühlige Reaktionen eine Beruhigung der emotionalen Erregung (Grossmann & Grossmann, 2012, S. 133). In diesem Fall werden die negativen Gefühlsäusserungen des Kindes von der Bindungsperson wahrgenommen und auf beruhigende Weise beantwortet. Die negativen Gefühle werden dadurch abgeschwächt (ebd.). Durch feinfühliges Reagieren wird die nützliche, kommunikative Funktion des Ausdrucks von Gefühlen anerkannt, da die Mutter versuchen wird, die Ursache des Unbehagens des Kindes zu beseitigen (ebd.).

4.3 Zwischenfazit

Das Konzept der Feinfühligkeit spielt eine essentielle Rolle in der Mutter-Kind-Beziehung und prägt diese massgebend. Es wurde herausgearbeitet, dass eine Mutter präsent sein muss, um die Bedürfnisse ihres Kindes adäquat wahrzunehmen und zu befriedigen. Weiter muss die Mutter prompt reagieren. Diese Faktoren implizieren eine entsprechende Wahrnehmung und Reaktion der Mutter. Ein Kind fühlt sich bei einer feinfühlig Mutter geborgen. Seine Bedürfnisse werden wahrgenommen und beantwortet, ausserdem ist die Mutter bereit auf ihr Kind einzugehen. Das

nächste Kapitel behandelt nun die möglichen Auswirkungen der postpartalen Depression auf die Mutter-Kind-Beziehung beziehungsweise auf die Mutter-Kind-Interaktion.

5 Mögliche Auswirkungen der postpartalen Depression auf die Mutter-Kind-Beziehung

Im Kapitel »Bindungstheorie« wurde aufgezeigt, welche Aspekte wichtig sind, um eine sichere Bindung zwischen Mutter und Kind herzustellen und dass eine sichere Basis die Ausgangslage für die kindliche Entwicklung darstellt. Zusätzlich wurde im vorigen Kapitel die frühkindliche Mutter-Kind-Interaktion dargestellt, beziehungsweise wie die Interaktion zwischen Mutter und Kind aussehen sollte. Anknüpfend an die vorherigen Erkenntnisse werden nun in einem weiteren Schritt die Auswirkungen der postpartalen Depression auf die Mutter-Kind-Beziehung aufgeführt.

5.1 Besonderheiten der Interaktion postpartal depressiven Müttern und ihren Kindern

In diesem Abschnitt werden die Besonderheiten der frühkindlichen Interaktion zwischen postpartal depressiven Müttern und ihren Kindern erläutert. Die Besonderheiten der Interaktion werden in verschiedene Abschnitte unterteilt. Zuerst werden das Vermeidungsverhalten und die Präsentiersymptome dargestellt, anschliessend die Anpassungsleistungen der Mutter und abschliessend das Interaktionsverhalten der Mutter, welches in unterschiedliche Interaktionstypen klassifiziert werden kann.

5.1.1 Vermeidungsverhalten und Präsentiersymptome

Eine postpartale Depression, als affektive Erkrankung mit veränderter Grundstimmung, drückt sich zwangsläufig sowohl in Mimik, Sprache sowie als emotionale Resonanzfähigkeit aus (Josephine Schwarz-Gerö, 2006, S. 131). Die, durch die postpartale Depression veränderte Interaktion, verändert wiederum das sich orientierende Kind. Am deutlichsten zeigt sich dies am Vermeidungsverhalten und an den frühkindlichen Präsentiersymptomen (ebd.). Kindliches Vermeidungsverhalten zeigt sich primär in Blickvermeidung und körperlichem Abwenden. Die Blickvermeidung ist kein zufälliges »die Mutter eben nicht ansehen«, sondern zeigt sich als höchst aktives Wegdrehen des Kindes, selbst bei Blickkontakt suchenden Kopfbewegungen der Mutter (ebd.). Gemäss Schwarz-Gerö wird dies als Versuch des Kindes interpretiert, sich vor der Leere oder emotionalen Inkongruenz der mütterlichen Mimik zu schützen (2006, S. 131). Ausserdem stellte Schwarz-Gerö fest, dass viele Mütter die Blickvermeidung ihrer Kinder bewusst wahrnehmen und teilweise sogar verbal thematisieren: »Willst du deine Mama nicht anschauen?« oder »Magst du denn deine Mama gar nicht?« sagen sie zu ihren Babys (ebd.). In Gesprächen mit postpartal depressiven Müttern wurde klar, dass Mütter dieses Vermeiden des Blickkontaktes ihres Babys als persönliche Ablehnung, als verletzend und manchmal sogar strafend, zumindest

aber alarmierend erleben können. Wenn nun die Mütter versuchen gegenzusteuern und die Aufmerksamkeit des Kindes doch auf sich ziehen, kann sich ein zunehmend überregulierter Interaktionsstil entwickeln, der zu einer weiteren Steigerung des Vermeidungsverhaltens beitragen kann (ebd.). Aber nicht nur die Mikrosymptomatik des Vermeidungsverhaltens des Kindes kann die depressive Stimmung einer postpartalen Depression der Mutter verstärken. Auch die Symptomatik der unspezifischen säuglingspsychosomatischen Präsentiersymptome selbst wirkt sich auf die Erkrankung aus (ebd.). Unstillbares Schreien über mehrere Stunden – Tag und Nacht – und dies über Wochen hinweg, wie man es bei den Schrei- und Schlafstörungen im Säuglingsalter findet, kann zu Schlafentzug, Paarkonflikten und Aggressionen führen und kann auch gesunde Eltern überfordern. Eine mütterliche Depression kann hier zusätzlich als Erschöpfung verstanden werden (ebd.). Fütterungsstörungen wiederum vermitteln den Müttern häufig ein Gefühl der Zurückweisung und der Ablehnung (ebd.). Die zentrale Aufgabe der Mutter, nämlich das Nähren, scheint zu versagen. Tritt eine Gedeihstörung dazu, wird das »Versagen« zusätzlich sichtbar (ebd.). Daraus können sich Zwangsfütterung und Machtkämpfe mit dem Kind entwickeln. Fütterungs- und Gedeihstörungen sind häufig als symbolischer Ausdruck mütterlicher emotionaler Defizite und Bedürftigkeit zu interpretieren (ebd.). Abschliessend kann festgehalten werden, dass sowohl kindliches Vermeidungsverhalten als auch kindliche Präsentiersymptome zur Manifestation von postpartalen Depressionen führen können. Das heisst, sie können davon ausgelöst worden sein oder im Anschluss darauf auftreten (ebd., S. 123).

5.1.2 Anpassungsleistungen

Die unbewussten Anpassungsleistungen von Müttern im Umgang mit ihren kleinen Kindern werden in der Veränderung ihrer Sprechweise besonders offenbar (Murray, 2012, S. 54). Mütter sprechen mit ihren kleinen Kindern in einer höheren Stimmlage, als mit Erwachsenen, ihre Sprechweise ist langsamer und eher repetitiv, und ihre präzise Intonation ist durch übertriebene Konturen gekennzeichnet und fällt seltener ab. Diese Kennzeichen des »Baby Talk« sind genau auf die Vorzüge und die Unterscheidungsfähigkeit des kleinen Kindes abgestimmt (ebd.). Mütter, die nach der Niederkunft eine Depression erleiden, können diese Anpassungsleistungen gegenüber ihrem Kind allerdings häufig nicht vornehmen, beziehungsweise sind ihre Anpassungsleistungen gestört. Das ist speziell dann der Fall, wenn die Depression in den Kontext von generellen ungünstigeren Lebensumständen eingebettet ist (ebd.). Eine depressive Mutter ist häufig mehr von ihren eigenen Sorgen und negativen Gedanken eingenommen, als sich um das Wohl ihres Kleinkindes zu sorgen. Diese Umstände machen es ihr schwer, die Signale des Kindes adäquat wahrzunehmen und darauf einzugehen. Die Mutter kann somit keine einfühlsame Responsivität zeigen (ebd.).

5.1.3 Interaktionsverhalten postpartal depressiver Mütter

Weiter lässt sich das Interaktionsverhalten von postpartal depressiver Mütter wie folgt charakterisieren: mangelnde Sensitivität, mangelnde Responsivität, Passivität oder weniger positiven Affekt und mehr negativen Affekt und ein geringes expressives mimisches Ausdrucksverhalten (Reck, 2014, S. 304). Wenn Äusserungen von Bindungsbedürfnissen und negativen Gefühlen von der Mutter kaum oder nicht feinfühlig beantwortet beziehungsweise reguliert werden, kommt keine gemeinsame Aufmerksamkeit und auch keine konstruktive Interaktion zu Stande (Grossmann & Grossmann, 2012, S. 134). Wie Untersuchungen von Säuglingen von Müttern mit einer postpartalen Depression zeigen, kann das Ausbleiben von Beruhigung, beim Neugeborenen zu vermehrtem Weinen bis zur Erschöpfung führen, zur Abwendung bis hin zu Resignation (Entfremdung) und zur Aufgabe von Bemühungen, seine Gefühle ausdrücken und mitteilen zu wollen sowie zu Ausdruckslosigkeit oder Depression (Karlen Lyons-Ruth & Deborah Jacobvitz, 2008; zit. in Grossmann & Grossmann, 2012, S. 134). Diese Wechselwirkung wird durch die Abbildung 1 nochmals visuell verdeutlicht. Auch Schwarz-Gerö betont, dass sich die Störungen der Eltern und ihrer Säuglinge wechselseitig beeinflussen, die postpartale Depression kann sowohl Ursache als auch Folge einer Interaktionsproblematik sein (2006, S. 132). Interaktionsstörungen können nicht nur anhand von den kindlichen Präsentiersymptomen, wie oben dargestellt werden. Sie können nämlich auch anhand von Interaktionstypen klassifiziert werden (ebd.).

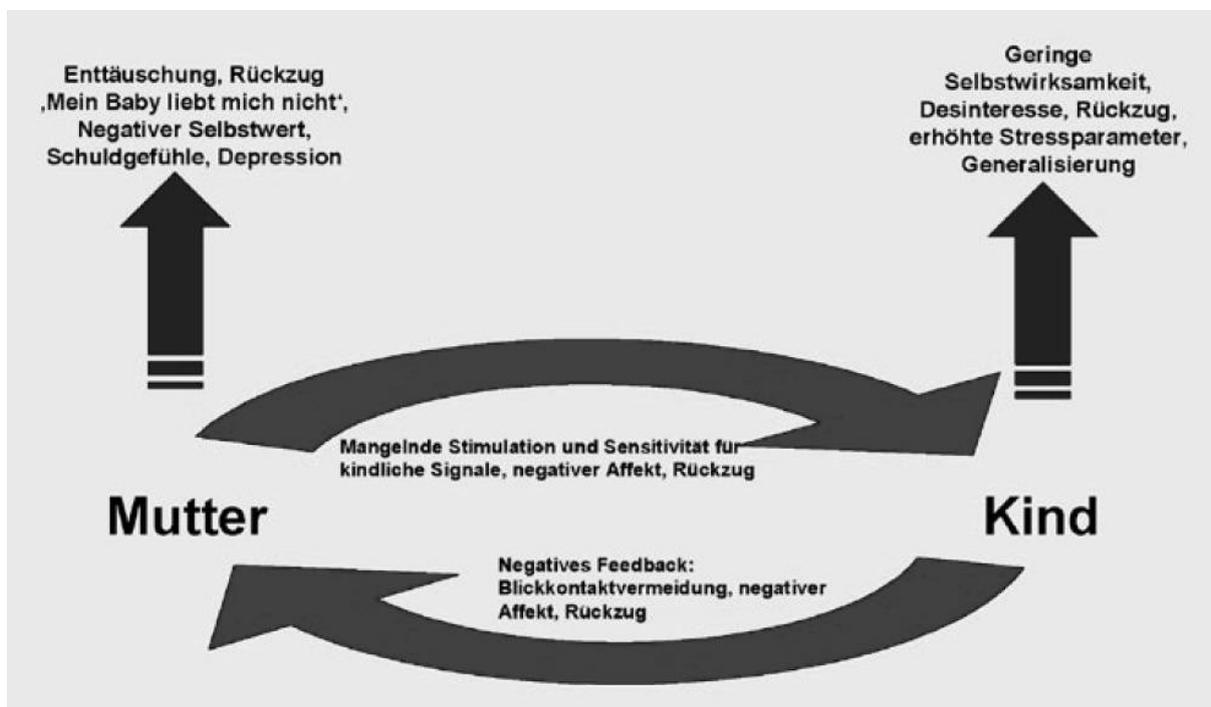


Abbildung 1: Teufelskreis – Depressives und Mutter-Kind-Interaktion (Quelle: Reck, Robert S. Weiss, Thomas Fuchs, Eva Möhler, George Downing & Christoph Mundt, 2004, S. 1072).

Arnold Sameroff und Robert Emde (1989) verfassten dazu eine Einteilung dysfunktionaler Interaktionsmuster basierend auf Kriterien der gegenseitigen emotionalen Abstimmung, Modulation und Angemessenheit der Handlungen (zit. in Schwarz-Gerö, 2006, S. 132). Es wird unterschieden zwischen überregulierter, unterregulierter, unangemessener und dysregulierter Interaktionsqualität (Schwarz-Gerö, 2006, S. 132). Im folgenden Abschnitt werden diese vier Interaktionstypen kurz erläutert, um eine Vorstellung der Interaktion zwischen postpartalen depressiven Müttern und ihren Kindern zu erhalten.

Der »unterregulierte Interaktionsstil« zeichnet sich durch einen Mangel an mütterlichen Signalen und Reaktionen und zwar sowohl in Quantität als auch Qualität aus (ebd.). Die Mutter kommuniziert dabei mit einer flachen Mimik, wenig Blickkontakt, seltenem Lächeln, ausserdem spricht sie wenig, leise und gleichförmig. Die mangelnde emotionale Verfügbarkeit präsentiert sich oft in fehlendem Spiegeln und mangelnder affektiver Abstimmung (ebd.). Wie stark Säuglinge auf solche mimische Signale, beziehungsweise auf deren Nichtvorhandensein reagieren, hat eindrücklich der »Still Face Test« sichtbar gemacht, der mit dreimonatigen Babys gesunder Mütter durchgeführt wurde. Dieser Test kann als Paradigma der kindlichen Reaktion auf ein »depressives«, unterreguliertes Interaktionsangebot verstanden werden (ebd.). Bei diesem Testverfahren, welches mit Videokamera aufgezeichnet wurde, wurden die Mütter angewiesen, drei Minuten lang mit unbewegtem Gesicht (Still Face) Blickkontakt vermeidend über den Kopf ihrer Kinder hinwegzublicken und auch nicht auf deren Signale zu reagieren. In diesem Test versuchten die Säuglinge aktiv das Interesse ihrer Mütter auf sich zu ziehen. Sie wendeten ihnen zuerst das Gesicht zu, strampelten, lächelten, wendeten sich anschliessend enttäuscht ab, versuchten es erneut, bis sie schliesslich resigniert und sich traurig abwendeten (ebd., S. 133).

Der »überregulierte Interaktionsstil« ist gekennzeichnet durch ein, das Kind überforderndes Übermass an Signalen, Handlungen und Tempo (ebd.). Dieser Interaktionsstil zeichnet sich durch ein Herumnesteln oder ein Überschütteln mit Liebkosungen aus. Der meist vorauseilende Charakter der mütterlichen Signale kann dazu führen, dass die Eigeninitiative des Kindes unterbunden und dessen Selbstregulationsfähigkeit behindert wird. Der daraus folgende Rückzug des Säuglings, Blickvermeidung und Abwenden, werden zwar wahrgenommen, aber missinterpretiert und mit gesteigerter Aktivität beantwortet (ebd.).

Ein »unangemessener Interaktionsstil« ist weniger offensichtlich, als die beiden vorhin beschriebenen und zeigt sich, in einem an Kindesalter, Entwicklungsstand oder Gesamtsituation gemessenen, inadäquaten Interaktionsverhalten (ebd.). Kleinkinder, die schon längst selbst essen könnten, werden beispielsweise durchgehend wie Säuglinge mit der Flasche versorgt. Oder umgekehrt wird von Neugeborenen Selbständigkeit erwartet. Diese Art des »mismatch« verdeutlicht die oft grosse Diskrepanz zwischen dem inneren Bild der Mutter, ihrer Fantasie über ihr Kind und dem realen Kind (ebd., S. 134).

Den sogenannten »dysregulierten Interaktionsstil« findet man meist bei früher Störung (ebd.). Typisch an diesem Interaktionsstil ist der für das Kind unvorhersehbare Wechsel zwischen Über- und Unterregulation. Desinteresse und invasive Liebkosungen wechseln einander inkonsistent ab (ebd.). Dieser Interaktionsstil ist, kombiniert mit Ambivalenzen, Doppelbotschaften und aggressiven Elementen, sehr bedrohlich für die weitere psychische und auch körperliche Gesundheit des Kindes (ebd.).

5.2 Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes

Aufgrund des fortlaufenden Prozesses der Hirnreifung ist anzunehmen, dass die Qualität des mütterlichen Interaktionsverhaltens für den weiteren Entwicklungsverlauf eine bedeutende Rolle einnimmt (Reck, 2014, S. 306). Gemäss Reck weisen Kinder von postpartal depressiven Müttern Entwicklungsauffälligkeiten sowohl im emotionalen als auch im kognitiven Bereich auf (ebd.). Hauptsächlich zeigen sich bei Kindern postpartal depressiver Mütter Aufmerksamkeitsdefizite (ebd.). Manfred Laucht, Günter Esser und Martin Schmidt (2000) untersuchten den Entwicklungsverlauf bei 22 Kindern postpartal depressiver Mütter im Vergleich zu 116 Kindern von gesunden Müttern vom Säuglingsalter bis zum Alter von acht Jahren (zit. in Reck, 2014, S. 306). In der Studie zeigte sich eine deutliche ungünstige Beeinflussung der kindlichen kognitiven Entwicklung durch die mütterliche postpartale depressive Symptomatik. Ab dem Alter von zwei Jahren wiesen die Kinder von postpartal depressiven Müttern im Verhältnis zum Bildungsniveau ihrer Eltern einen deutlichen niedrigen Gesamt-IQ auf, der bis zum Alter von acht Jahren ungefähr zehn IQ-Punkte hinter dem der Vergleichsgruppe zurücklag (ebd.). Dabei waren die verbalen Intelligenzleistungen stärker betroffen als die nonverbalen. Reck betont, dass eine mütterliche Depression mit einem erhöhten Risiko einhergeht, einen unsicheren Bindungsstil zu entwickeln (ebd.). Ausserdem stellt eine postpartale Depression einen Risikofaktor für den Infantizid dar (Hornstein, Hohm & Trautmann-Villalba, 2009b, S. 3)

5.3 Cambridge Studie

Die Cambridge Studie startete 1986 mit Unterstützung des Winnicott Trust und des Medical Research Council (MRC) (Murray, 2012, S. 52). Über einen Zeitraum von zwei Jahren wurden erstgebärende Mütter aus der lokalen Bevölkerung, die alle die Absicht hatten, die primäre Bezugsperson ihrer Kinder zu sein, sechs Wochen nach der Geburt ihres Kindes auf eine mögliche Depression untersucht. Mütter, die noch Teenager waren, wurden von der Studie ausgeschlossen. Alle Kinder waren gesund. Die zusammengestellte Stichprobe beinhaltete 100 Frauen, davon waren 58 depressive Frauen und 42 Kontrollpersonen (ebd.). Die Mütter wurden zusammen mit ihren Kindern bis in die Zeit der Adoleszenz der Kinder beobachtet. Der Schwerpunkt der Studie lag auf der Beziehung zwischen der Mutter und ihrem Kind). Gemäss Murray wurde die-

ser Schwerpunkt gewählt, da kleine Kinder bereits in den ersten Wochen und Monaten ihres Lebens auf Reaktionen anderer Menschen hochgradig sensibel reagieren (ebd.)

Die Cambridge Studie untersuchte die frühe Mutter-Kind-Beziehung, indem sie die Face-to-face Interaktionen einer Untergruppe über das erste Lebensjahr hinweg festhielten. Dabei wurden sowohl die Sprechweise, als auch die verhältnismässigen Reaktionen der Mutter analysiert (ebd.). Es wurde festgestellt, dass die üblichen intuitiven Anpassungsleistungen bei den depressiven Müttern in der Regel nicht erfolgten. Die Sprechweise depressiver Mütter gegenüber ihren Kindern war gleich, wie die Sprechweise, die sie gegenüber den Erwachsenen gebrauchten. Murray betont, dass die Sprechweise depressiver Mütter verdeutlicht, wie sehr die Mutter sich mit ihren eigenen Angelegenheiten befasst, anstatt sich auf das Erleben des kleinen Kindes zu konzentrieren (ebd.). Depressive Mütter äusserten ausserdem gegenüber männlichen Kindern mehr Feindseligkeit. Dabei muss hervorgehoben werden, dass die Depression der Mütter in dieser Stichprobe von ehelichen Konflikten begleitet wurden. Weiter wurde gezeigt, dass depressiven Müttern die sozialen Signale ihrer Kinder leicht entgehen. Was ihre Responsivität angeht, so scheinen diese Mütter in ihre eigenen Gedanken versunken und ziehen sich aus dem Kontakt mit ihrem Kleinkind zurück. Einige Mütter verhalten sich auch zu aufdringlich, bisweilen auch offen feindselig (ebd.). Wenn ein Kind einen Mangel an Empathie und Unterstützung für sein Erleben erfährt, kann dies beim Kind unerträgliche Ängste auslösen, wie beispielsweise das Gefühl des »unaufhörlichen Fallens«. Die depressiven Mütter der Cambridge Studie wirkten innerhalb ihrer reduzierten Sensibilität für die Signale ihrer Kinder vor allem zurückgezogen und »nicht engagiert«. Ausserdem fiel auf, dass die Mütter sich mit stützenden Reaktionen angesichts von Kummer und Stresserfahrungen ihres Kindes schwertaten. Auf Anzeichen eines solchen negativen Erlebens reagierten die Mütter in der Regel abweisend und zeigten kein Verständnis, was wiederum zur Folge hatte, dass die Verhaltenssteuerung des Kindes zusammenbrach (ebd.).

Durch die Cambridge-Studie wurde ausserdem herausgefunden, dass der Umgang der Mütter ihren kleinen Kindern Schwierigkeiten bereitete, die sich signifikant auf deren späteres physiologisches Funktionieren auswirkten (Murray, 2012, S. 57). Das wiederum stellt ein Risiko für die Entwicklung depressiver Symptome bei den dann 16-jährigen Kindern dar.

Die Stichprobe dieser Studie hat gezeigt, dass die Depression der Mutter das Risiko einer unsicheren Bindung des Kindes um das nahezu Vierfache erhöhte (ebd., S. 63). Ausserdem wurden 83% der unsicher gebundenen Kinder von postpartal depressiven Müttern als unsicher-vermeidend klassifiziert. Dadurch wurden Schwierigkeiten in der Mutter-Kind-Beziehung festgestellt, die über das Säuglingsalter hinaus fortbestanden. Die direkten Beobachtungen offenbarten, dass die Kinder postpartal depressiver Mütter sich im Alter von fünf Jahren dauernd unempänglich, für die Versuche der Mütter, sich mit ihnen abzugeben, zeigten. Obwohl die Mütter sich im Allgemeinen von ihren Depressionen erholt hatten und sich nicht mehr unsensibel verhielten (ebd.). Gemäss Murray ist es denkbar, dass unsicher gebundene Kinder ein erhöhtes Risiko für

Verhaltensschwierigkeiten und psychische Probleme entwickeln und sie sich aus potenziell stützenden Beziehungen heraushalten (2012, S. 63). Weiter können Kinder von postpartal depressiven Müttern jegliche angebotene Unterstützung ihrer Umgebung verweigern und es so ihrer Umgebung auf andere Weise schwer machen. Des Weiteren hat die Cambridge Stichprobe gezeigt, dass Kinder von postpartal depressiven Müttern auch Schwierigkeiten in den Peer-Beziehungen aufwiesen (Murray, 2012, S. 64). Bei den direkten Beobachtungen, der dann Fünfjährigen in ihrem schulischen Umfeld, zeigten sich die Kinder von postpartal depressiver Mütter unempänglich für die positiven Annäherungsversuche anderer Kinder. Auch zu Hause waren die Kinder im Spiel mit Gleichaltrigen aggressiver. Zusammenfassend konnte die Cambridge-Längsschnittstudie zeigen, dass sich bei Kindern postpartal depressiver Mütter eine entsprechende Vulnerabilität für eine Depression entwickelt (ebd., S. 66). Die späteren schwierigen Familienerfahrungen können jedoch auch für die Frage der Vulnerabilität von Belang sein, dies kann der eheliche Konflikt oder die anhaltende Depression der Mutter sein (ebd., S. 67). Ungeachtet der Rolle dieser anhaltenden Schwierigkeiten, bleibt laut Murray festzuhalten: Familien, in denen der Säugling bereits mit einem erhöhten Risiko für spätere psychische Schwierigkeiten gestartet war, konnten innerhalb der ersten 18 Monaten erkannt werden. Gemäss Murray ist eine frühe Intervention notwendig und von grossem Nutzen (ebd.).

5.4 Bindungsstörungen

Wenn die Mutter durch ihre postpartale Depression von ihren eigenen Gedanken so stark eingenommen ist, kann es sein, dass sie ihr Kind stark vernachlässigt. Durch eine grobe Vernachlässigung kann sich eine Bindungsstörung entwickelnd (Hédervári-Heller, 2014, S. 62). Ausserdem ist der Zusammenhang zwischen postpartalen Depressionen und einer Bindungsstörung bereits mehrfach belegt (ebd.). Im folgenden Abschnitt werden nun kurz die verschiedenen Bindungsstörungen dargestellt. Bindungsstörungen gelten als eine pathologische Form der Bindungsorganisation (Charles Zeanah & Neil Boris, 2005; Ute Ziegenhain, 2009; zit. in Hédervári-Heller, 2014, S. 62). Eine Bindungsstörung ist von der unsicheren und desorganisierten Bindung (siehe Kapitel 3.3) klar abzugrenzen (Hédervári-Heller, 2014, S. 62). Eine Bindungsstörung liegt dann vor, wenn ein Kind wegen schwerer Traumatisierung oder häufigem Wechsel der Betreuungssituation im Laufe der ersten Lebensjahre keine tragende Bindungsbeziehung aufbauen konnte (ebd.). Bindungsstörungen beeinflussen entscheidend die Entwicklung des Kindes und haben ausserdem langfristige Auswirkungen auf alle körperlichen, psychischen und sozialen Funktionen (Grossmann & Grossmann, 2012, S. 7). Gemäss Grossmann und Grossmann verschwinden frühe Störungen im Laufe der kindlichen Entwicklung oftmals nicht einfach so, sondern sie können besonders im Jugendalter zu schwerwiegenden emotionalen und sozialen Störungen mit aggressiven Verhaltensweisen führen (2012, S. 7). Im Erwachsenenalter können frühe Störun-

gen als schwerwiegende psychosomatische und psychische Erkrankungen in Erscheinung treten, wie die Borderline-Persönlichkeitsstörung (ebd.). Hédervári-Heller betont, dass die Klassifizierung von Bindungsstörungen schwierig ist und eine wichtige Forschungsaufgabe für die kommenden Jahre darstellt (2014, S. 62). Obwohl Schwierigkeiten auf Seiten der Klassifizierung vorhanden sind, erscheint es sinnvoll, Bindungsstörungen nach den gängigen Klassifikationssystemen zu benennen, um diese von den unsicher-vermeidenden, unsicher-ambivalenten und desorganisierten/desorientierten Bindungsmustern abzugrenzen (ebd.).

5.4.1 Das Fehlen von Bindung

In dieser Kategorie handelt es sich um zwei Formen der Bindungsstörung, die mit den internationalen Klassifikationssystemen nach DSM-IV und ICD 10 vergleichbar sind (Hédervári-Heller, 2014, S. 63).

»Bindungsstörung mit emotionalem Rückzug und fehlender Bindung«

Im Falle dieser Bindungsstörung sind die Suche nach Nähe, Trost und Zuneigung sowie das Explorationsverhalten stark eingeschränkt. Ausserdem haben Kinder mit dieser Bindungsstörung Schwierigkeiten soziale Kontakte aufzubauen und zeigen ernste Probleme bei der emotionalen Selbstregulierung (Hédervári-Heller, 2014, S. 63).

»Bindungsstörung mit fehlender Unterscheidung der Bindungsperson«

Ein Kind mit dieser Bindungsstörung bevorzugt keine primäre Bindungsperson und unterscheidet nicht zwischen vertrauten und nicht vertrauten Personen. Das Kind sucht deshalb Nähe, Kontakt und Trost bei fremden Personen, ohne die zu erwartende Zurückhaltung bei Fremden zu zeigen. Kinder, die die Kriterien dieser Bindungsstörung erfüllen, haben oft Schwierigkeiten sich selbst zu schützen (Hédervári-Heller, 2014, S. 63).

5.4.2 Das Fehlen der sicheren Basis

Im Vergleich zu der obigen Kategorie »Fehlen von Bindung« hat das Kind hier eine Bindungsbeziehung aufgebaut, es hat eine bevorzugte Bindungsperson, jedoch ist die Bindung zu ihr gestört. Diese Bindungsstörung wird in vier verschiedene Arten unterschieden (Hédervári-Heller, 2014, S. 63).

»Bindungsstörung mit Selbstgefährdung«

Ein Kind mit dieser Bindungsstörung sucht keine Nähe zu seiner Bindungsperson, jedoch ist sein Explorationsverhalten aktiv. Das Kind begibt sich in besonders gefährliche Situationen, beispielsweise weglaufen in einer Menschenmenge, ohne die Gefahren zu beachten. Ausserdem

zeigen diese Kinder aggressive Verhaltensweisen gegenüber sich und ihrer Bindungsperson. Es scheint, als ob das Kind versuchen würde, Aufmerksamkeit von einer nicht verfügbaren oder nicht zuverlässigen Bindungsperson durch Selbstgefährdung auf sich zu ziehen. Diese Bindungsstörung kann erst ab dem dritten Lebensjahr diagnostiziert werden (Hédervári-Heller, 2014, S. 63-64).

»Bindungsstörung mit Anklammern und gehemmter Exploration«

Das Kind traut sich bei dieser Art Bindungsstörung nicht von seiner Bindungsperson wegzugehen, um die Umwelt altersangemessen zu erkunden. Dieses Verhalten tritt nur in bestimmten Situationen auf, beispielsweise bei gleichzeitiger Anwesenheit der Bindungsperson und eines nicht vertrauten Erwachsenen. Im Falle dieser Bindungsstörung fehlt die Balance zwischen Bindungs- und Explorationsverhalten. Eine Abgrenzung zum Normalverhalten ist bei dieser Art schwierig. Es stellt sich die Frage, ob das Verhalten des Kindes mit seinen Temperamentsmerkmalen zu tun haben könnte oder ob es Teil einer Bindungsstörung ist. Die fehlende Regulierung von Nähe und Distanz zur primären Bindungsperson ist ein Hinweis auf diese Art Bindungsstörung. Ungeklärt ist, ab wann die Dysregulation stark genug ist, um als Störung definiert zu werden (Hédervári-Heller, 2014, S. 64).

»Bindungsstörung mit Wachsamkeit und übertriebener Anpassung«

Bei dieser Art von Bindungsstörung ist das Kind emotional eingeschränkt und gegenüber der Bindungsperson wachsam und übertrieben folgsam. Das Kind hat offensichtlich Angst vor der Bindungsperson oder befürchtet, ihr nicht zu gefallen. Dieses Verhalten wird wahrscheinlich durch eine intensive, langanhaltende Wut und Frustration der Bindungsperson ausgelöst. Das Kind will sich durch Wachsamkeit und übertriebener Anpassung von weiteren Verletzungen schützen (Hédervári-Heller, 2014, S. 64).

»Bindungsstörung mit Rollenumkehr«

Diese Bindungsstörung wird ausgelöst, wenn die Bindungsperson innerlich mit ihrem eigenen emotionalen Zustand beschäftigt ist und aus diesem Grund das Kind deshalb nicht adäquat versorgt und ihm keine emotionale Unterstützung und Schutz bietet. Das mangelnde Fürsorgeverhalten der Bindungsperson geht mit einem nicht angemessenen kindlichen Verhalten einher. Dadurch übernimmt das Kind die »emotionale Last« der Beziehung, indem es sich gegenüber der Bindungsperson bestrafend, übermässig besorgt oder fürsorglich verhält oder eine andere nicht angemessene Rolle einnimmt. Eine Identifizierung einer Bindungsstörung mit Rollenumkehr ist besonders schwierig. Voraussetzungen sind, dass das Kind zwischen 20 bis 60 Monaten alt ist und Angst um das Wohlbefinden seiner Bindungsperson hat. Die Bezugsperson ist nicht in der Lage das unangebrachte Verhalten des Kindes zu erkennen. Kinder mit einer Bindungsstörung

mit Rollenkehr zeigen oft Störungen in der Beziehung zu Gleichaltrigen und zu Geschwistern (Hédervári-Heller, 2014, S. 64).

5.5 Zwischenfazit

In diesem umfassenden Kapitel wurden zu Beginn das Vermeidungsverhalten und die Präsentiersymptome erläutert. Das kindliche Vermeidungsverhalten zeigt sich primär in Blickvermeidung und körperlichem Abwenden. Dieses Verhalten des Kindes wird als Versuch interpretiert, sich von der mütterlichen Leere zu schützen. Dafür können Präsentiersymptome beispielsweise unstillbares Schreien oder Schlafstörungen darstellen. Es muss nochmals hervorgehoben werden, dass sowohl kindliches Vermeidungsverhalten wie auch kindliche Präsentiersymptome zu einer Manifestation der postpartalen Depression führen können. In einem nächsten Abschnitt wurden die Anpassungsleistungen von postpartal depressiven Müttern beschrieben. Mütter, die nach der Geburt eine Depression erleiden, können die verbalen Anpassungsleistungen auf ihr Kind nicht mehr vornehmen. Grund dafür ist, dass depressive Mütter häufig mehr von ihren eigenen Sorgen und negativen Gedanken eingenommen sind. Diese Umstände machen es der Mutter schwer, die Signale ihres Kindes adäquat wahrzunehmen und zu beantworten. Im nächsten Abschnitt wurde das Interaktionsverhalten von postpartal depressiven Müttern beleuchtet. Das Interaktionsverhalten von postpartal depressiven Müttern lässt sich wie folgt umschreiben: mangelnde Sensitivität, mangelnde Responsivität, Passivität oder weniger positiven Affekt und mehr negativen Affekt und ein geringes expressives mimisches Ausdrucksverhalten. Dieses Interaktionsverhalten der Mutter führt beim Neugeborenen zu vermehrtem Weinen, zu Erschöpfung bis hin zu Entfremdung. Um eine genauere Vorstellung der Interaktion von postpartal depressiven Müttern mit ihren Kindern zu erhalten, wurden kurz vier Interaktionsstile erläutert. Dazu gehören der unterregulierte, überregulierte, unangemessene und dysregulierte Interaktionsstil. Besonders der dysregulierte Interaktionsstil kann für die weitere psychische und auch physische Gesundheit des Säuglings bedrohlich sein. Aufgrund dessen wurden in einem nächsten Abschnitt die Auswirkungen der postpartalen Depression auf die Entwicklung des Kindes aufgeführt. Dabei muss betont werden, dass Kinder postpartal depressiver Mütter hauptsächlich Aufmerksamkeitsdefizite zeigen. Ausserdem weisen diese Kinder Entwicklungsauffälligkeiten sowohl im emotionalen als auch im kognitiven Bereich auf. Um die Auswirkungen der postpartalen Depression auf die Mutter-Kind-Beziehung näher zu beleuchten, wurde in einem nächsten Abschnitt die Cambridge-Studie dargestellt. Die Studie begleitete erstgebärende Mütter, davon waren 58 depressive Frauen und 42 Kontrollpersonen. Die signifikanten Ergebnisse werden nochmals hervorgehoben. Es wurde festgestellt, dass depressive Mütter keine üblichen intuitiven Anpassungsleistungen ihrer Sprechweise vornehmen. Dies verdeutlicht, wie sehr die Mütter mit ihren eigenen Angelegenheiten befasst sind, anstatt sich auf das Erleben des Kindes zu kon-

zentrieren. Weiter ergab die Studie, dass depressiven Müttern die Signale ihrer Kinder leicht entgehen, ausserdem verhalten sich einige Mütter zu aufdringlich bis offen feindselig. Postpartal depressive Mütter taten sich schwer mit stützenden Reaktionen angesichts von Kummer und Stresserfahrungen ihrer Kinder, da sie kein Verständnis zeigten und abweisend reagierten. Die Cambridge Studie zeigte zudem, dass sich der Umgang von postpartal depressiven Müttern signifikant auf das spätere physiologische Funktionieren der Kinder auswirkte. Das wiederum stellt ein Risiko für die Entwicklung depressiver Symptome bei den dann 16-jährigen Kindern dar. Es ergaben sich ausserdem Schwierigkeiten in der Mutter-Kind-Beziehung, die über das Säuglingsalter hinaus fortbestanden. Die Studie belegte also verschiedene fatale Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung.

In einem nächsten Abschnitt wurden Bindungsstörungen skizziert. Bindungsstörungen können sich bei grober Vernachlässigung des Kindes entwickeln. Der Zusammenhang von einer postpartalen Depression und einer Bindungsstörung wurde mehrfach belegt. Es wurde aufgezeigt, wie sich mögliche Bindungsstörungen zeigen, welche Störungen sich entwickeln können und welche Auswirkungen die Störungen auf die Entwicklung des Kindes haben können. Eine Bindungsstörung kann die kindliche Entwicklung nachhaltig beeinflussen sowie Auswirkungen auf die physischen, sozialen und psychischen Funktionen des Kindes auslösen. Im Erwachsenenalter können Bindungsstörungen als schwerwiegende psychosomatische und psychische Erkrankung in Erscheinung treten. Bindungsstörungen können sich demnach manifestieren und bis ins Erwachsenenalter Folgen haben. Abschliessend muss betont werden, dass Bindungsstörungen entstehen, wenn Kinder stark vernachlässigt werden. Dies ist bei einer schweren postpartalen Depression der Mutter und fehlender Unterstützung des sozialen Umfeldes möglich. Aufgrund der schwerwiegenden und nachhaltigen Auswirkungen einer postpartalen Depression auf die Mutter-Kind-Beziehung, stellt sich nun die Frage nach geeigneten Interventionsmöglichkeiten. Um den geschilderten Auswirkungen entgegenzuwirken haben sich die Autorinnen auf die Intervention der Früherkennung fokussiert. In den folgenden Kapiteln wird nun die Früherkennung als sozialpädagogischen Auftrag definiert. Danach erfolgt die theoretische Verortung der Früherkennung und es werden bestehende Früherkennungskonzepte vorgestellt.

6 Früherkennung als sozialpädagogischer Auftrag

In den bisherigen Kapiteln wurde aufgezeigt, dass dringender Handlungsbedarf bei einer postpartalen Depression besteht. In diesem Kapitel wird dieser Handlungsbedarf als sozialpädagogischer Auftrag definiert. Sozialpädagogisches Handeln beinhaltet laut Franz Hamburger (2012) Unterstützung, Beratung, Begleitung, Reflexion und Bildung, Planung und Öffentlichkeitsarbeit, sowie die Vermittlung von Informationen, sozialen Ressourcen und materiellen Hilfen (S. 18).

Nach Hermann Nohl (1929) soll sozialpädagogisches Handeln nicht nur reaktive Intervention auf Notlagen einzelner Personen oder Gruppen sein (S. 83). Nohl (1929) weist auf die grosse Bedeutung der Prävention hin. Durch diese können Notlagen bei rechtzeitigem Eingriff vermieden werden (zit. in Hansjosef Buchkremer, 2009, S. 83). Die Früherkennung, welche in einem späteren Abschnitt genauer erläutert wird, kann hierbei als Prävention betrachtet werden und somit einen Auftrag für die Sozialpädagogik darstellen.

6.1 Ausgewählte sozialpädagogische Grundlagen

Im Folgenden werden ausgewählte Ansätze der Sozialpädagogik erläutert, welche die Autorinnen in der Zusammenarbeit von Frauen mit postpartalen Depressionen und deren Umfeld als zentral erachten. Die Theorien werden nur soweit erläutert, wie sie für diese Arbeit relevant sind. Die Unvollständigkeit der Erläuterungen der Theorien ist den Autorinnen bewusst.

6.1.1 Sozialpädagogik der Lebensalter

Gemäss Lothar Böhnisch (2012) handelt die Sozialpädagogik bei Bewältigungs- und Integrationsproblemen in den verschiedenen Lebensaltern, sozialen Situationen und Kontexten (S. 213-218). Er hat einen Ansatz entworfen im Kontext lebenslanger Sozialisation und des gesellschaftlichen Strukturwandels (Helmut Lambers, 2015, S. 123).

Im Zentrum steht der Gedanke der Bewältigung von Lebensaufgaben, welche sich aus dem Spannungsfeld von Individuum und Gesellschaft ergeben. Die zu bewältigenden Lebensaufgaben werden entlang der Lebensphasen von Kindheit, Jugend, Erwachsenen-, Erwerbsalter sowie Alter bestimmt. Lebensbewältigung wird als das Streben nach subjektiver Handlungsfähigkeit verstanden, hierbei wird das Vorliegen eines psychosozialen Gleichgewichts als ideal gesehen. Das psychosoziale Gleichgewicht entsteht im Zusammenspiel von Selbstwirksamkeit, Selbstwert und sozialer Anerkennung. Wird das Gleichgewicht infolge nicht ausreichenden persönlichen Ressourcen gestört, kann die Bewältigungsaufgabe individuell als kritisch erlebt werden und das Verlangen nach gesellschaftlicher Hilfe wird aktiviert (Lambers, 2015, S. 117). Soziale Arbeit wird somit zu einem Anlaufpunkt für biografische Bewältigungsprobleme (ebd.). Dabei ist es jedoch wichtig, ob und inwiefern kritische Lebensumstände als soziale Probleme sozialstaatlich

überhaupt anerkannt werden und welche Ansprüche auf sozialpolitische Leistungen genutzt werden können (Böhnisch, 2012, S. 224).

Dadurch, dass moderne Gesellschaften den stets verfügbaren und flexiblen Menschen anfordern, stehen gewisse Personen im Abseits. Zudem führt die Individualisierung und Pluralisierung zu einer zunehmenden Auflösung sozialer Beziehungen. Der Mensch ist auf sich selbst gestellt und steht vor den Aufgaben der Lebensbewältigung. Diese Lebensbewältigung gelingt nicht immer reibungslos, besonders in Übergangssituationen (Geburt eines Kindes) und gesellschaftliche Hilfestellungen werden im Einzelfall notwendig. Spätestens wenn der Bewältigungsprozess als krisenhaft erlebt wird, die biographische Handlungsfähigkeit bedroht wird und nicht mehr als möglich erscheint (ebd., S. 118).

Die bedrohte biographische Handlungsfähigkeit wird durch grundlegende positive sowie negative Erfahrungswerte bestimmt (Beispiel Selbstwerterfahrung versus Selbstwertverlust). Die Erfahrungswerte verweisen auf bestimmte aufgelistete Leitorientierungen sozialpädagogischer Interventionen: (1) Verständnis und Akzeptanz, (2) Vermittlung direkter Hilfe und Zugänge, (3) Entwicklung biographischer Reflexivität, (4) Bewusstwerdung der Wirkung der eigenen Berufsrolle, (5) Entstigmatisierung und (6) Entwicklung personaler und situativer Strukturierungsangebote (ebd., S. 119).

Aus diesen Leitorientierungen wurden Grundprinzipien sozialpädagogischer Interventionen herausgearbeitet. Die übergeordneten, zentralen Leitprinzipien sind vor allem Empowerment und Milieubildung. Beim Konzept des Empowerment geht es grundlegend um eine Soziale Arbeit, welche Selbstermächtigung, Selbstaktivität, Selbstorganisation, also die Erfahrung von Selbstwirksamkeit fördert (Lambers, 2015, S. 123). Dafür ist Milieubildung Voraussetzung als auch Ziel, womit eine Verbindung Milieu- und Netzwerkarbeit gemeint ist.

6.1.2 Lebensweltorientierung

Lebensweltorientierung verbindet eine Analyse von gegenwärtigen spezifischen Lebensverhältnissen mit pädagogischen Konsequenzen. In der Abkehr vom defizitären und individualisierenden Blick auf soziale Probleme, betont sie das Zusammenspiel von Problemen und Möglichkeiten, Schwächen und Stärken im sozialen Umfeld. Daraus wird die Lebensweltorientierung ein Handlungsrepertoire zwischen Vertrauen, Niederschwelligkeit, Zugangsmöglichkeiten und gemeinsamen Konstruktionen von Hilfsentwürfen (Hans Thiersch, Klaus Grundwald & Stefan Köngeter, 2012, S. 175). Lebensweltorientierung nutzt professionelle Kompetenzen zur Reorganisation gegebener Lebensverhältnisse, um einen gelingenden Alltag zu ermöglichen. Sie geht von den alltäglichen Erfahrungen der Menschen in ihrer gesellschaftlichen Situation aus. Sie sieht den Alltag einerseits in ihrer allgemeinen Bedingtheit und zum anderen betrachtet sie die eigenen Strukturen im Alltag. Also die praktischen Bewältigungsversuche und das Selbstverständnis aller Beteiligten. Lebensweltorientierung sieht den Erfahrungsraum strukturiert in der Ausfüh-

nung von Zeit, Raum und Beziehungen (Thiersch et. al, 2012, S. 178). Als Handlungskonzept verbindet sie den Respekt vor dem Gegebenen mit dem Vertrauen in Potentiale und Entwicklungen. Der Zugang der Sozialpädagogik im Kontext des Konzepts der Lebensweltorientierung ergibt sich aus dem Rekurs auf die heutigen Strukturen der Lebenswelt. Lebensweltorientierte Arbeit agiert wie bereits erwähnt auf die Erfahrungen in Zeit, Raum, sozialen Bezügen und Lebensbewältigung. Der spezifische Beitrag des Konzepts und der Unterschied zu anderen Ansätzen liegt in diesen alltäglichen Zugängen (ebd., S. 186). Sie agiert in verschiedenen Dimensionen. Einerseits ist es die Dimension der erfahrenen Zeit. Andererseits agiert sie auf der Dimension des erfahrenen Raumes, der sozialen Beziehungen, der alltäglichen Bewältigungsaufgaben, der Hilfe zur Selbsthilfe sowie den gesellschaftlichen Bedingungen (ebd., S. 188). Die Dimensionen der Lebensweltorientierung konkretisieren sich in Struktur- und Handlungsmaximen. Im Allgemeinen sind es Prinzipien wie Prävention, Alltagsnähe, Dezentralisierung, Integration und Partizipation.

Die Prävention zielt allgemein auf gerechte Lebensverhältnisse, sowie die Möglichkeiten eines guten Lebens. Speziell sucht sie nicht erst zu intervenieren, wenn Probleme sich verhärten, sondern vorausblickend dann agieren, wenn Überforderungen wahrscheinlich werden (ebd.).

Alltagsnähe meint einerseits das Vorkommen von Hilfen in der Lebenswelt der Adressatinnen, Adressaten. Die Angebote sind also erreichbar und niederschwellig gestaltet. Andererseits meint sie eine ganzheitliche Orientierung an den Hilfen, welche den Lebenserfahrungen und -orientierungen gerecht werden (ebd., S. 189). Dezentralisierung akzentuiert die Anpassung der Hilfen vor Ort an die lokalen und regionalen Angebote. Integration beabsichtigt die Anerkennung von Unterschiedlichkeiten. Dabei soll eine Haltung des Respekts, der Offenheit für Unterschiedlichkeiten, der gegenseitigen Kenntnis gelten und Räume fürs Miteinander geschaffen werden. Integration soll nicht als Egalisierung praktiziert werden (ebd.). Partizipation erstrebt Beteiligungs- und Mitbestimmungsmöglichkeiten für Alle. Sie kann nur gelingen, wenn Gleichheit in der Praxis vorherrscht. Ressourcen zur Verhandlung und Mitbestimmung zu organisieren, gelten somit als Voraussetzung für Partizipation (ebd., S. 190).

Diese Handlungsmaximen können nur im Zusammenhang der verschiedenen Aufgaben und Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit betrachtet und praktiziert werden. Aus den verschiedenen Profilen, welche sich daraus ergeben, entstehen dann die lebensweltbezogenen Arrangements (ebd.).

Zusammenfassend kann also nochmals hervorgehoben werden, dass die Lebensweltorientierung der Sozialen Arbeit die Analyse von gegenwärtigen spezifischen Lebensverhältnissen mit pädagogischen Konsequenzen verbindet. Sie betont das Zusammenspiel von mehreren Faktoren, wie Problemen und Möglichkeiten, von Stärken und Schwächen und erarbeitet daraus ihr Handlungsrepertoire (Thiersch et. al, 2012, S. 175).

6.1.3 Ressourcenorientierung

Da sowohl das Konzept der Lebensweltorientierung und dasjenige der Sozialpädagogik der Lebensalter die Ressourcen der Adressatinnen, Adressaten miteinbeziehen, wird hier nun ein Einblick in den Zugang der Ressourcenorientierung in der Sozialen Arbeit dargelegt.

Eine ressourcenorientierte Soziale Arbeit ist spätestens mit der Verankerung des Konzeptes der Lebensweltorientierung einbezogen worden (Thomas Möbius, 2010a, S. 13). Soziale Arbeit beschäftigt das Vorhaben, die Ressourcen der Adressatinnen, Adressaten in die Hilfeplanung gezielt miteinzubeziehen und dadurch die Qualität zu verbessern und eine Wirkung kurz- und langfristig zu stärken (ebd.). Im Mittelpunkt steht nicht ein defizitärer Blick, sondern ein Verständnis der Sozialen Arbeit als Hilfsinstanz, welche die Alltagsbewältigung unterstützt. Sie soll jedoch nicht zum Ersatz ihrer Lebenswelt werden (ebd., S. 20). Durch die Ressourcenorientierung im professionellen Handeln sollen die Angebote mehr Bezug auf die Kompetenzen und Fähigkeiten der Adressatinnen, Adressaten nehmen. Unter Einbezug ihrer Kompetenzen und ihres sozialen Umfeldes soll ein entscheidender Beitrag zu einer langfristigen Stabilisierung geleistet werden (ebd., S. 14).

Ressourcen können in drei Kategorien unterteilt werden und zwar in individuelle (persönliche Kompetenzen), soziale (soziale Netzwerke) und materielle (finanzielle Unterstützung) Ressourcen. Dabei können die Ressourcen von ganz unterschiedlicher Qualität sein und miteinander zu einem Ganzen kombiniert werden (ebd.).

Zur Erhebung der Ressourcen können verschiedene Arten dienen wie mithilfe Arbeitsbögen, welche zielgruppenspezifisch und auf die Thematik bezogen erarbeitet wurden, mithilfe Beobachtungen und Beurteilung der Fachpersonen oder andere Personen aus dem sozialen Umfeld und/ oder mit biographischen Datenerhebungen, wie Interviews oder andere spezielle Instrumente wie Lebenskurven (ebd., S. 27).

Verbindliche Orientierungsgrößen einer ressourcenorientierten Praxis sollen nun gemäss Möbius (2010a) eingehend formuliert werden:

- Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
Ziel ist es, Benachteiligte und Ausgegrenzte im Sinne des Empowerment-Ansatzes zu unterstützen wieder selbstständig am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen.
- Mobilisierung und Stabilisierung der individuellen Ressourcen und der Netzwerke
Die Professionellen fokussieren die vorhandenen und zu aktivierenden Ressourcen der Adressatinnen, Adressaten, ihres sozialen Umfeldes und des Sozialraums. Diese werden bestmöglich in den Hilfsprozess miteinbezogen.
- Partizipation aller Beteiligten
Bei der Hilfeplanung und -gestaltung sowie bei der Zielformulierung orientieren sich die Professionellen an den Adressatinnen, Adressaten. Eine partnerschaftliche und ernstnehmende Haltung sind wesentliche Grundsätze.

- **Transparenz**

Die Planung und der Verlauf der Hilfen sind für alle Beteiligten nachvollziehbar und transparent.

- **Einsatz von Instrumenten und Methoden**

Vorhandene und potenzielle Ressourcen lassen sich nicht ohne den Einbezug von hierfür entwickelten Methoden erheben. Eine kontinuierliche Dokumentation und Reflexion der Prozesse schaffen Klarheit in der ressourcenorientierten Arbeit (S. 28-29).

Ausgangspunkt für eine ressourcenorientierte Arbeit bleibt aber die Haltung gegenüber den Adressatinnen, Adressaten. Es geht darum, dass der Fokus nicht auf den Defiziten sondern auf den Potenzialen liegt. Denn diese können wesentlich zur Lösung der Probleme beitragen (Möbius, 2010b, S. 108). Natürlich braucht es für die Exploration der individuellen Ressourcen Ziele, welche die Adressatin, der Adressat ansteuert (ebd., S. 109). Für die Erhebung von Ressourcen wird wiederum eine Fragestellung erfordert. Diese ist nicht in allen Disziplinen identisch, sondern hängt vom professionellen Kontext ab (ebd., S. 110). So steht beispielsweise die Alltagsbewältigung mit Müttern mit einer postpartalen Depression im Vordergrund unter dessen Perspektive die Ressourcen erhoben werden sollen.

Um sich gemeinsam in diesem Fall mit der Mutter als Adressatin zunächst einmal einen Überblick über die individuellen Stärken schaffen zu können, kann das Arbeitsinstrument der sozialpädagogischen Diagnose eingesetzt werden. Damit können die Ressourcen unterteilt nach verschiedenen Kategorien erfragt werden (ebd., S. 111). Auf die sozialpädagogische Diagnose wird im Abschnitt 6.2.1 noch näher eingegangen.

6.1.4 Arbeiten mit Netzwerken

Zur Erarbeitung der Ressourcen, vor allem der sozialen Ressourcen, können die Professionellen der Sozialpädagogik Netzwerkarbeit leisten. In einem ersten Schritt beinhaltet dies die Netz- und Unterstützungsanalyse und in einem zweiten Schritt geht es um die Netzwerkaktivierung. Denn institutionelle Hilfe soll da geleistet werden, wo vorhandene soziale Netzwerke nicht mehr ausreichen. Sie soll aber nicht zum Ersatz werden, sondern die Adressatinnen, Adressaten motivieren, ihre Netzwerke zu aktivieren und deren Unterstützung in Anspruch zu nehmen (Möbius, 2010a, S. 19).

Bei der Netzwerkanalyse geht es um die Identifizierung und Einordnung der Kontakte und Beziehungen des Menschen. Hierbei können methodische Ansätze wie die Netzwerkkarte dienen (Sibylle Friedrich, 2010, S. 62). Die Unterstützungsanalyse zielt darauf ab, das Potential der Beziehungen, sowie die eigenen Möglichkeiten den Betroffenen Unterstützung zu geben, zu veranschaulichen (ebd.).

Wenn die Ausgangslage herausgearbeitet ist, beginnt die Netzwerkaktivierung. Konkret wird zusammen mit den Adressatinnen, Adressaten herausgearbeitet wie das Netzwerk erweitert

respektive das Unterstützungspotenzial ausgebaut werden kann. Ressourcenorientierte Beratung kann hierzu als verwendete Methode gedacht werden (ebd.).

6.2 Theoretische Verortung der Früherkennung

Um den Begriff Früherkennung verorten zu können, wird in dieser Arbeit auf die Grundlagen der systemischen Prävention von Martin Hafen (2007) Bezug genommen. Zunächst wird kurz die Prävention und Behandlung in Abgrenzung zu der Früherkennung erläutert.

Bei der Prävention soll durch ein Interventionsversuch gegenwärtiger, als positiv eingestufte Zustand, so verändert werden, dass er zukünftig positiv bleibt. Der Blick liegt also zuerst auf die Zukunft. Nämlich auf ein Problem, wie beispielsweise Sucht, Gewalt reduziert wird. Erst dann wird die Gegenwart beobachtet und Einflussfaktoren werden bestimmt, um das Auftreten der verhindernden Probleme unwahrscheinlicher zu machen (Hafen, 2007, S. 62). Bei der Behandlung geht es darum, dass sich ein gesellschaftlich unerwünschter Zustand (Sucht) gezeigt hat, welcher durch Interventionsversuche in einen erwünschten Zustand gebracht werden soll respektive eine Verschärfung verhindert werden soll (ebd.).

Von Früherkennung ist die Rede, wenn Massnahmen ergriffen werden, welche dazu führen, dass die Anzeichen der zu verhindernden Problematik möglichst früh erkannt werden. Es handelt sich also um eine diagnostische Massnahme. Die Früherkennung hat zum Ziel Beobachtungen zu machen, bei denen Probleme auftreten könnten und diese dann versuchen zu verhindern. Ebenso sollen so die Erfolgchancen der Behandlung gesteigert werden (Hafen, 2007, S. 70). Die Früherkennung bildet den Übergang von Prävention und Behandlung (ebd., S. 76). Das »früh« in Früherkennung drückt laut Hafens (2007) den Versuch aus, Krankheiten in einem frühen Stadium erkennen zu können. Dabei soll die Wirkungschance der Behandlung vergrössert werden. Nicht ausgeschlossen dabei ist, dass Krankheiten erfasst werden, deren Behandlung schon zu spät einsetzt und welche sich ohnehin herausgebildet hätten (S. 70).

Früherkennung führt somit zur Frühbehandlung, wenn Anzeichen für das zu verhindernde Problem entdeckt werden, und in diesem Sinne zur Aktivierung der Behandlungsseite der Unterscheidung Prävention/ Behandlung (ebd., S. 71). Durch Frühbehandlung oder Vorbeugung von Wiedereintreten einer Krankheit wird die Verhinderung einer akuten und möglicherweise heilbaren Erkrankung angestrebt. Massnahmen der Früherkennung begrenzen sich auf die Durchführung dieser Beobachtungsleistung, wie etwa die Durchführung eines Screenings oder die systematisierte Beobachtung von Anzeichen für zu verhindernde Probleme eines sozialen Systems.

Früherkennung trennt Fälle der Frühbehandlung von allen anderen Fällen. Sobald Anzeichen für ein zu verhinderndes Problem entdeckt werden, werden die betroffenen Personen adressabel für das Behandlungssystem (ebd., S. 72).

Die Strukturierung der Früherkennung erfolgt dadurch, dass versucht wird, auf drei Ebenen Leistungen zu vollbringen. Diese Ebenen lassen sich wie folgt einteilen in (1) Systematisierung der Beobachtungen von den Anzeichen, (2) Systematisierung des Austausches der Beobachtungen und (3) Systematisierung von den früh behandelnden Massnahmen (ebd.).

Um das Risiko für das zukünftige Auftreten des Problems zu verringern, werden Risikofaktoren oder auch Risikogruppen definiert. Denen soll in der Folge entgegengewirkt werden, beziehungsweise Schutzfaktoren aktiviert werden, welche durch die Prävention gefördert werden sollen (S. 77). Die Bestimmung von Risikofaktoren ist ein Aspekt sämtlicher Prävention, also Primär-, Sekundär-, sowie Tertiärprävention. Dies zeigt sich in der Präventionspraxis. Denn in Primär- sowie in Sekundärpräventionsprojekten wird den Ursachen für das zu verhindernde Problem nachgegangen und werden diese behandelt (ebd., 80). Zur Bestimmung von Beobachtungskriterien in der Früherkennung können die Risiko- respektive Schutzfaktoren dienen.

Ein Screeninginstrument hat die Früherkennung von Erkrankungen zum Ziel. Mit Screeninginstrumenten werden keine Diagnosen gestellt, sondern lediglich diejenigen, welche vermutlich gesund sind von denjenigen, die wahrscheinlich krank sind unterschieden.

Im folgenden Abschnitt wird erläutert wie das Fallverstehen als sozialpädagogische Diagnose funktionieren kann.

6.2.1 Fallverstehen als sozialpädagogische Diagnose

Die sozialpädagogische Diagnose ermöglicht eine umfassende Bestimmung und das Verstehen der jeweiligen Lebenssituationen der Adressatinnen. Adressaten. Anstatt Symptome der postpartalen Depression zu klassifizieren, können in der Arbeit mit den Adressatinnen, Adressaten durch die sozialpädagogische Diagnose Handlungschancen abgewogen und entdeckt werden.

Die Lebensweltorientierung ist ebenso für die sozialpädagogische Diagnose von Bedeutung. Denn auch sie geht von der individuellen Lebenswelt als Ort persönlicher Ressourcen, Lebensbewältigungsstrategien, persönlicher Defizite und Problemlagen aus. Die Probleme sind somit nicht einfach an der Symptomatik des Individuums festzumachen sondern müssen in ihrem sozialen und ökonomischen Bedingungsgefüge betrachtet werden (Meichtild Seithe, 2001, S. 221). Somit spielt die aktive Auseinandersetzung der Adressatin, des Adressaten mit ihrer, seiner eigenen Lebenswelt und -kontexten für die sozialpädagogische Diagnose eine wesentliche Rolle. Infolge ist der Gegenstand der Diagnose und zentrales Element der Aushandlung, die subjektive Seite der Lebenswelt (ebd.).

Im Unterschied zum medizinischen Modell wird die Diagnose als Aufgabe der Expertinnen und Experten betrachtet. Durch eine objektive Bestimmung werden die Krankheitsursachen festgelegt. Es gibt definierte Massstäbe an denen gemessen werden kann, wann das Problem beseitigt ist und spezifische Instrumente können zu Behebung der diagnostizierten Probleme eingesetzt werden.

Beim sozialpädagogischen Modell wird die Diagnose nicht an Expertinnen, Experten delegiert. Die Klärung von Problemlagen wird nicht aus einer Objektivität beansprucht, sondern kann nur innerhalb eines Aushandlungsprozesses mit den Betroffenen erfolgen (ebd., S. 222). Eindeutig definierbare Sollzustände, wann das Problem vermindert beziehungsweise beseitigt ist, existieren keine (Burkhard Müller, 2006, S. 83).

Ausgangsfragen sind zunächst, wer ist die Adressatin, der Adressat und welche Erwartungen sind seitens von ihr, ihm und ihrem, seinem Umfeld noch zu berücksichtigen. Zweitens soll gefragt werden, was als Gegenstand der Problembearbeitung überhaupt in Betracht gezogen wird (ebd., S. 91).

Somit soll sozialpädagogische Diagnose sich gemäss Müller (2006) stets in den folgenden drei Dimensionen bewegen. Einerseits ist der Beitrag der Sozialpädagogik nicht feldspezifisch vordefiniert, sondern eher als eine Unterstützung im Alltag bestimmt. Die Diagnose stellt sich die Frage, was bewirkt werden muss, damit sich etwas ändert und was die Sozialpädagogin, der Sozialpädagoge hierbei beitragen kann (ebd., S. 92).

Andererseits ist die Beziehungsarbeit zentral. Es gilt herauszufinden wie das Vertrauen der Adressatinnen, Adressaten zu gewinnen ist. Eine stetige Reflexion der Beziehung und deren Entwicklung ist unabdingbar zur Erhaltung der Professionalität und Glaubwürdigkeit der Rolle (ebd., S. 93). Schlussendlich müssen die Professionellen nicht nur an den Adressatinnen, Adressaten arbeiten, sondern sich stets mit der Frage beschäftigen, was kann getan werden, damit die anderen von deren Unterstützung die Adressatinnen, Adressaten abhängig sind, etwas tun. Sprich sozialpädagogische Diagnose ist auch Netzwerkdiagnose (ebd.).

Zusammenfassend beschreibt Müller (2006) die sozialpädagogische Diagnose im Vergleich zu anderen als eine Diagnose des »Dazwischen« (S. 94). Also eine Diagnose welche sich stets in einem Kontinuum bewegt zwischen Adressatin, Adressat und ihrem, sein Lebensumfeld, zwischen Adressatin, Adressat und Sozialpädagogin, Sozialpädagoge, zwischen dem professionellen Handeln und der Institution und schliesslich die Adressatin, den Adressaten, welche, welcher sich einen Standort des Dazwischen als Gegenstand des Nachdenkens macht (ebd.).

In der Praxis ist nicht nur Anwendungswissen für sozialpädagogische Diagnose erforderlich, sondern es sind auch Suchstrategien und Entdeckungsfähigkeit der Professionellen gefragt (ebd., S. 95). Denn sie soll die Lebenswelt der Adressatinnen, Adressaten erfassen und vor allem verstehen können und sie dabei unterstützen ihre Problemlagen selbständig angehen zu können.

6.3 Zwischenfazit

In diesem Kapitel wurde erarbeitet, welchen Beitrag die Sozialpädagogik in der Arbeit mit Müttern mit einer postpartalen Depression leisten kann und welche Ansätze in der Praxis im Unter-

schied zu den anderen Fachpersonen wertvoll sein können. Die systemischen und ressourcenorientierten Ansätze der Sozialpädagogik sind für die Früherkennung von postpartalen Depressionen sehr geeignet. Die Sozialpädagogik betrachtet die betroffene Person nicht als Individuum, sondern versucht die ganzheitliche Situation respektive das ganze System zu betrachten und miteinzubeziehen. So können Massnahmen herausgearbeitet werden, welche zur Stärkung des ganzen Systems dienen und somit nachhaltige Wirkungen mit sich bringen. Denn postpartale Depressionen betreffen nicht nur die Mütter, sondern haben wie erwähnt Auswirkungen auf Kind, Kindsvater, Partner und/ oder weitere Familienangehörige aus dem sozialen Umfeld. Die Stärkung Aller kann zu einem stärkeren Zusammenhalt und zu einer langfristigen Stabilisierung führen. Die Professionellen der Sozialpädagogik heben die Ressourcen im sozialen Umfeld aus beziehungsweise aktivieren diese, damit die Adressatinnen, Adressaten Unterstützungsmöglichkeiten in ihrem nahen Umfeld in Anspruch nehmen können. Die Professionellen leisten somit Netzwerkarbeit. Hinzu kommt, dass die Sozialpädagogik versucht, die Ressourcen in der Lebenswelt der Adressatinnen, Adressaten zu mobilisieren und so in die Hilfeplanung miteinzubeziehen. Die Sozialpädagogik soll nicht zum Ersatz werden, sondern soll das Umfeld der Adressatinnen, Adressaten bei der Unterstützung miteinbeziehen, damit dieses zukünftig als soziale Ressource genutzt werden kann. Sie orientiert sich an den Lebensorientierungen- und erfahrungen der Adressatinnen, Adressaten und erachtet sie als Expertinnen, Experten für ihre eigene Situation. Dies ist ebenfalls ein Grundprinzip für die sozialpädagogische Diagnose. Dieses Instrument dient den Professionellen einen ganzheitlichen Blick erlangen zu können, um so allfälligen Unterstützungsbedarf wahrnehmen und dementsprechend Beratung anbieten zu können. So kann insbesondere in einem frühen Gespräch mit jungen Müttern oder werdenden Müttern herausgefunden werden, inwiefern sie in ihrem Umfeld eingebunden sind oder nicht. Dieses Gespräch kann dann ein Indiz sein die sozialen Ressourcen gemeinsam mit der Adressatin, dem Adressaten zu aktivieren.

Zudem individualisiert die Sozialpädagogik die Probleme nicht und überträgt die Verantwortung auf das Individuum, sondern erachtet sie stets im Kontext von verschiedenen relevanten Faktoren. Aufgrund diesen benannten Ansätzen ist die Sozialpädagogik in der Arbeit mit Frauen mit postpartalen Depressionen gefordert und kann so einen wertvollen Beitrag leisten. Einerseits sind diese Ansätze für die Arbeit mit den betroffenen Frauen hilfreich, andererseits kann die Sozialpädagogik das Versorgungssystem entlasten, indem sie frühzeitig mit den Frauen in Kontakt kommt. Die Sozialpädagogik könnte die Frauen beraten, wie sie nötige Hilfe in Anspruch nehmen können, damit es nicht zu einer schwerwiegenden Erkrankung und den damit verbundenen Auswirkungen kommen wird.

Zur Bestimmung von Beobachtungskriterien der Früherkennung dienen in diesem Falle die Risiko- respektive Schutzfaktoren von postpartalen Depressionen. Die Früherkennung setzt somit auf alle Fachpersonen, damit sie Risiken für eine postpartale Depression früh erkennen und ge-

zielt behandeln können, um somit die Erfolgschancen der Behandlung zu steigern. Damit alle involvierten Fachpersonen eine mögliche postpartale Depression so früh wie möglich erkennen können, benötigt es weiterhin bedeutende Sensibilisierungsarbeit, Öffentlichkeitsarbeit und Tagungen.

Die Adressatinnen können auf Beratungs- und Unterstützungsangebote während und auch nach der Schwangerschaft durch Soziale Dienste aufmerksam gemacht werden. Bei einer Überweisung können die Fachpersonen anhand der sozialpädagogischen Diagnose im Dialog mit den Adressatinnen herausfinden, wie ihre Lebenssituationen aussehen. Daraus können die Sozialpädagoginnen, Sozialpädagogen kritische Situationen beziehungsweise Risikofaktoren eruieren. Es können so frühe Massnahmen eingeleitet werden, um eine allfällige schwere Erkrankung zu verhindern beziehungsweise zu vermindern.

Zusammengefasst kann nochmals betont werden, dass gerade in der Arbeit mit psychischen Erkrankungen eine ressourcenorientierte Arbeit und systemische Betrachtungsweise von Vorteil sind. Medizinische sowie psychiatrische Massnahmen, welche viele Frauen aufgrund von Scham- und Angstgefühl nicht beanspruchen und welche mehrheitlich individualisierend arbeiten, können so verhindert werden. Weiter kann hervorgehoben werden, dass die Sozialpädagogik mit ihren Ansätzen in der Früherkennung von Müttern mit einer postpartalen Depression gefordert ist, ihren Auftrag wahrzunehmen. So kann die Sozialpädagogik einen wertvollen Beitrag in der Früherkennung leisten, wie dieser Beitrag konkret aussehen könnte, wird im nächsten Kapitel behandelt.

7 Früherkennung im Kontext einer postpartalen Depression

Im vorigen Kapitel wurde Früherkennung als sozialpädagogische Aufgabe definiert. In diesem Kapitel wird auf Konzepte näher eingegangen, in denen sich die Sozialpädagogik einsetzen kann. In einem ersten Schritt werden die Früherfassungsinstrumente Edinburgh Postpartale Depression Scale und die Heidelberger Belastungs-Skala dargestellt. Folgend wird die Situation der Früherkennung in der Schweiz skizziert. Anschliessend werden Früherkennungskonzepte aus dem Ausland als vorbildliche Beispiele dargestellt und diskutiert.

7.1 Edinburgh Postnatal Depression Scale

Zur Erfassung der elterlichen Feinfühligkeit und familiären Belastung werden zur Unterstützung verschiedene Screeninginstrumente angewandt. Ein Screeninginstrument, welches weltweit erfolgreich im Zusammenhang mit postpartalen Depressionen verwendet wird, ist die Edinburgh Postnatal Depression Scale. Dieses Screeninginstrument wird für postpartale depressive Zustände, welche über den sogenannten »Baby Blues« hinausgehen, eingesetzt (Andreas Eickhorst, Daniel Schweyer, Hubert Köhler, Anna Jelen-Mauboussin, Elisabeth Kunz, Anna Sidor & Manfred Cierpka, 2010, S. 1129). Es gibt inzwischen Übersetzungen in mehreren Sprachen (John Cox & Jeni Holden, 1994; zit. in Justin Bilzta, Anne Buist, Bryanne Barnett, Jeannette Milgrom, John Condon, Barbara Hayes & Janette Brooks, 2006, S. 52). Der Edinburgh Postnatal Depression Scale ist ein Selbsteinschätzungsbogen für Mütter, welcher 1987 von Cox, Holden & Ruth Sagovsky entwickelt wurde (Salis, 2007, S. 47).

Das Instrument wurde entwickelt aufgrund der Problematik, dass sich viele bisherige Instrumente für ungeeignet erwiesen haben. Zum Teil auch, weil sie sich in der Depressionsdiagnose auf somatische Symptome stützten, welche in der Schwangerschaft und der Geburt als durchaus normal erachtet werden können. Das Screeninginstrument hat sich inzwischen in zahlreichen Ländern etabliert (Bilzta et al., 2006, S. 52). Es handelt sich um ein Zehn-Item-Instrument, bei dem Werte bis 30 erreicht werden können. Werte grösser als neun zeigen eine leicht depressive Verstimmung an, während Werte im Bereich von zehn bis zwölf für eine mittlere depressive Ausprägung stehen. Einen Score von elf oder mehr weist auf eine depressive Verstimmung hin. Als Anzeichen, dass die Betroffenen an einer Depression leiden, wird einen Score von 13 und höher gesehen (ebd.). Expertinnen, Experten raten den Test, um die Frauen nicht mit zusätzlichen Konfrontationen um die Geburt herum zu belasten, nur bei Verdacht ausfüllen zu lassen. Andere wiederum sind der Meinung, dass der Test vermehrt eingesetzt werden soll (Salis, 2007, S. 47).

7.2 Heidelberger Belastungs-Skala

Es ist erforderlich, die Belastungen von Familien zu identifizieren und in ihrem Ausmass einschätzen zu können, um mögliche Risiken für das Kind und die Familie zu erkennen (Eickhorst, Michael Stasch & Sidor, 2014, S. 386). Ein solches professionelles Erkennen stellt die Grundvoraussetzung für darauf folgende bedarfsgerechte Unterstützungsangebote dar. Mit der Heidelberger Belastungs-Skala wurde ein Instrument entwickelt, das im Sinne einer ersten Einschätzung eine Erfassung von Belastungsfaktoren innerhalb eines familiären Beziehungssystems unterstützen soll, um in einem zweiten Schritt die angemessene Interventionsmassnahmen einleiten zu können (ebd.). Im Anhang ist die Heidelberger Belastungs-Skala unter dem Abschnitt 11.2 ersichtlich. Die Heidelberger Belastungs-Skala wird von allen beteiligten Berufsgruppen wie Ärztinnen, Ärzten, Hebammen und Sozialarbeitenden trainiert und geübt, um sie adäquat einsetzen zu können. Bei der Heidelberger Belastungs-Skala wird das Belastungsausmass bei einer Familie auf einem hypothetischen Kontinuum zwischen 0 bis 100, also von unbelasteten, bis hin zu schwer gestörtem Funktionieren, beurteilt werden (ebd.). Eine solche Skala unterscheidet sich von anderen Messinstrumenten, da nicht nur defizitäres Funktionieren, sondern auch ein kompetenter Umgang mit potenziellen Belastungsquellen identifiziert werden kann. Das erwähnte Kontinuum ist in fünf Bereiche zu je 20 Ziffern unterteilt, wobei die Bereiche als Definition des Belastungsniveaus zu verstehen sind (ebd.).

- Bereich 0-20: Das Beziehungssystem weist keine oder nur geringe Belastung auf. Eventuell vorhandene Schwierigkeiten werden gut kompensiert.
- Bereich 21-40: Das Beziehungssystem lässt Belastungsfaktoren erkennen, die mittelfristig nicht vollständig kompensiert werden können.
- Bereich 41-60: Die Belastungsquellen überwiegen im Vergleich zu unbelasteten Bereichen deutlich.
- Bereich 61-80: Die Belastung ist hoch, Möglichkeiten unbelasteten Funktionierens sind selten.
- Bereich 81-100: Die Belastungen sind so schwer, dass Alltagsaufgaben nicht bewältigt werden können. Grundlegende Aspekte wie Versorgung (beispielsweise Essen, Kleiden, medizinische Versorgung) sind nicht sichergestellt. Es besteht absoluter Handlungsbedarf (ebd.).

Die Risikofaktoren werden in der Heidelberger Belastungs-Skala im Hinblick auf eine potenzielle Identifizierung auf vier Belastungsbereiche reduziert:

1. Persönliche Belastung des Kindes
2. Persönliche Belastungen der Eltern/ Familie
3. Soziale Belastung
4. Materielle Belastung

Die Belastungen in den vier Einzeldimensionen werden abschliessend in einer fünften Dimension als Gesamtbelastungswert zusammengefasst. Für die Beurteilung einer Familie werden dann auf jeder dieser nun insgesamt fünf Dimensionen die Punktwerte von 0 bis 100 vergeben. Eichkorst et al. betonen, dass verschiedene Berufsgruppen unterschiedliche Herangehensweisen bei der Einschätzung entwickeln, daher ist ein gezieltes Training für jede Gruppe elementar (2014, S. 388).

7.3 Früherkennungskonzepte in der Schweiz

Die Autorinnen führten eine fundierte Recherche bezüglich dem Versorgungsnetz der Früherkennung in der Schweiz durch. Es wurde unter anderem der Verein Postnatale Depression Schweiz und Pro Mente Sana Schweiz betreffend Früherkennung angeschrieben und die jeweiligen Homepages und Broschüren analysiert. Die gesammelten Informationen werden im folgenden Abschnitt präsentiert. Weiter werden das Kompetenzzentrum in St. Gallen und das Angebot Family Start in Basel vorgestellt. Hierbei muss festgehalten werden, dass die vorgestellten Angebote exemplarisch sind. Eine abschliessende und vollständige Darstellung aller Angebote in der Schweiz zur Früherkennung der postpartalen Depression ist nicht möglich, da das Versorgungsnetz undurchsichtig ist und in diesem Rahmen nicht erarbeitet werden konnte.

7.3.1 Postnatale Depression Schweiz und Pro Mente Sana Schweiz

Der Verein Postnatale Depression Schweiz wurde im Jahr 2006 gegründet (Verein Postnatale Depression, ohne Datum). Die Ziele des Vereins sind die Aufklärung über die Krankheit in der Öffentlichkeit, bei den Betroffenen und beim Fachpersonal, die Überwindung des Tabus, die Vermittlung von Tipps und Hilfestellungen sowie von Kontakten. Der Verein führt auf seiner Website eine Liste mit Fachkräften auf. Dies sind vor allem Fachpersonen aus den Bereichen Psychologie und Psychiatrie. Diese Aufführung von Fachkräften ist jedoch nicht abgeschlossen und der Verein ist bemüht die Liste ständig zu erweitern. Der Verein betont, wie wichtig Gynäkologinnen und Gynäkologen bei der Aufklärung und Früherkennung der Krankheit sind. Als Früherkennungsinstrument empfiehlt der Verein den bereits erwähnten Edinburgh Postnatale Depression Scale. Auf der Website des Vereins wird dieser Selbsteinschätzungsfragebogen in verschiedenen Sprachen zur Verfügung gestellt (ebd.). Gemäss Frau Maya Latscha-Fankhauser, Vorstandsmitglied Verein Postnatale Depression Schweiz, gibt es schweizweit keine Früherkennungsprojekte oder ähnliches. Der Verein hebt jedoch hervor, dass die Thematik in den Medien präsenter wird und somit die Ärztinnen, Ärzte und auch die Hebammen sensibilisierter sind (E-Mail vom 14.07.2017). Ausserdem betonte Latscha-Fankhauser, dass der Verein Netzwerkarbeit leiste, um im Gespräch zu bleiben, damit Fachpersonen den Verein sowie auch dessen Angebot kennen lernen. Zusätzlich versucht der Verein sich immer weiterzuentwickeln und arbeitet an

neuen Angeboten (ebd.). Der Verein Postnatale Depression Schweiz akzentuiert, wie unerlässlich es ist, Frauen über ihr Anrecht auf Hausbesuche einer Hebamme in den ersten zehn Tagen nach der Geburt zu informieren (Verein Postnatale Depression Schweiz, ohne Datum). Weiter erwähnen sie, dass sich eine Depression auch erst nach einigen Monaten entwickeln kann. Aus diesem Grund ist es unerlässlich, dass Frauen wissen, an wen sie sich wenden können. Der Verein Postnatale Depression Schweiz empfiehlt ausserdem in der gynäkologischen Nachkontrolle alle Patientinnen anhand der Edinburgh Skala auf eine mögliche Depression zu prüfen (ebd.).

Die Stiftung Pro Mente Sana Schweiz setzt sich seit fast 40 Jahren für die Anliegen von Menschen mit einer psychischen Krankheit ein (Pro Mente Sana Schweiz, ohne Datum). Die Stiftung bietet Beratungen im psychosozialen Bereich an und engagiert sich mit unterschiedlichen Projekten für die Gleichstellung von Menschen mit einer psychischen Krankheit. Pro Mente Sana Schweiz fördert ausserdem den dialogischen Ansatz in der Psychiatrielandschaft und setzt sich für eine offene Diskussion zwischen den Betroffenen, Angehörigen und Fachleuten ein (ebd.). Pro Mente Sana hat eine Broschüre über die postpartale Depression erstellt. In dieser wird kurz über die Erkrankung aufgeklärt und anschliessend werden verschiedene Hilfsangebote aufgeführt (Sabina Bridler, 2008, S. 5-35). Die Broschüre kann über die Website von Pro Mente Sana bestellt werden, kostet jedoch CHF 10.00. Darin wird ähnlich wie auf der Website von Postnatale Depression Schweiz lediglich der Selbsteinschätzungsfragebogen als Früherkennung skizziert (ebd., S. 31). Weitere Früherkennungskonzepte werden nicht erläutert. Es werden mehrheitlich Psychotherapie, medikamentöse Behandlungen sowie stationäre Psychotherapie vermittelt (ebd., S. 27-29). Im Anhang der Broschüre zudem werden einige Beratungsstellen wie die Mütter- und Väterberatung, der Elternnotruf, die Dargebotene Hand sowie der Verein Postnatale Depression genannt (ebd., S. 33-34). Zusätzlich wird über die Koordination für Selbsthilfegruppen (KOSCH) informiert (ebd., S. 37).

7.3.2 Kompetenzzentrum St. Gallen

Eine Vorreiterrolle betreffend Behandlung von postpartalen Depressionen stellt das Kompetenzzentrum für Gynäkopsychiatrie der Psychiatrieverbunde Nord und Süd dar (Ostschweizerforum für Psychische Gesundheit, ohne Datum). Dort können Frauen eine Schwangerschaftsprechstunde in Anspruch nehmen. Von diesem Angebot können sie bis zum ersten Lebensjahr des Säuglings Gebrauch machen (Psychiatrie-Dienste Süd, ohne Datum). Das Kompetenzzentrum besitzt nicht nur eine Vorreiterrolle betreffend der Behandlung, sondern setzt sich auch für Vernetzung und Früherkennung ein (Ostschweizerforum für Psychische Gesundheit, ohne Datum). Aus diesem Grund wurde im September 2016 eine Fortbildung zur Thematik der postpartalen Depression durchgeführt. Dabei waren alle möglichen involvierten Akteure anwesend, wie beispielsweise die Mütter- und Väterberatungsstelle Ostschweiz, die Psychiatrischen Dienste, aber auch Hebammen und Fachpersonen aus den Bereichen Medizin und Beratung (ebd.). Jürg Engler

von der Fachstelle Psychische Gesundheit des Amts für Gesundheitsvorsorge betonte: »Um die Früherkennung der Erkrankung und die Unterstützung der Betroffenen zu verbessern, ist die Vernetzung der verschiedenen Fachpersonen zentral. Die ersten Schritte sind gemacht, doch es besteht noch viel Bedarf – wir bleiben am Thema dran! « (ebd.).

7.3.3 Family Start in Basel

Family Start in Basel bietet ein Angebot rund um die Geburt an (Family Start beider Basel, ohne Datum). Durch Family Start erhalten die Familien zehn Tage nach Geburt fast täglich Besuche einer Hebamme, die sie unterstützt und für Fragen bereit steht. Ausserdem können die Hebammen die Frauen an zuständige Stellen vermitteln (ebd.).

Family Start hat eine Bedarfsanalyse für die Begleitung von jungen Müttern bei den Fachpersonen (Hebammen, Mütter- und Väterberaterinnen, Mütter- und Väterberater, Sozialarbeitenden etc.) in Basel erstellt. Die wichtigsten Ergebnisse werden nun kurz erläutert (ebd.). Die Fachpersonen beschrieben das heutige Nachbetreuungsangebot als vielfältig, aber auch als mangelhaft koordiniert. Dies erschwert die Organisation der Nachbetreuung für Familien sowie für Fachpersonen (ebd.). Als Grundlage für eine koordinierte postpartale Betreuung ist eine verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit notwendig. Dabei spielen regelmässiger Austausch, Klärung der Zuständigkeiten und Wertschätzung gegenüber den anderen Berufsgruppen eine zentrale Rolle (ebd.). Auch Riecher-Rössler vom Mutter-Kind Behandlungszentrum in Basel betont, dass zum Wohle der Mutter und des Kindes eine enge Kooperation zwischen Psychiatern, Gynäkologen, Pädiatern, Hebammen und Sozialarbeitenden notwendig ist (2001, S. 35). Mütter mit einer psychischen Erkrankung werden nach wie vor stigmatisiert. Es bestehen immer noch Versorgungsmängel für Mütter mit einer postpartalen Depression, aber auch für die Neugeborenen und deren Familien (ebd.). Im Gegensatz dazu steht, dass depressive Erkrankungen gerade in der Postpartalzeit besonders schwerwiegende und gravierende Folgen haben können und gerade deshalb besondere Aufmerksamkeit benötigen. Gemäss Riecher-Rössler bedarf es neben einer klassischen Depressionstherapie, auch auf die Etablierung einer guten Mutter-Kind-Beziehung zu achten. Gerade deshalb, um Schuldgefühle und eine mögliche Verstärkung der Depression bei der Mutter zu vermindern und damit ihren Genesungsprozess zu beschleunigen, aber auch um die seelische Traumatisierung des Kindes, mit den bereits erwähnten Langzeitfolgen zu vermeiden (ebd., S. 36).

7.4 Früherkennungskonzepte im Ausland

Im folgenden Kapitel werden drei mögliche Koordinationsprojekte vorgestellt. In einem ersten Schritt wird »das Wiener Programm für Frauengesundheit« erläutert. In einem nächsten Schritt widmen die Autorinnen sich dem Projekt »Keiner fällt durchs Netz« in Deutschland. Dieses Projekt beinhaltet nicht nur eine Koordinationsstelle, sondern auch gleich einen Elternkurs »Das Baby verstehen«, der ebenfalls kurz dargestellt wird. Abschliessend wird das »beyondblue Postnatal Depression Programm« in Australien erklärt. Diese Projekte und Programme wurden ausgewählt, da einerseits interdisziplinär mit Fachkräften aus verschiedenen Berufsgruppen zusammengearbeitet wird und andererseits bei der Behandlung das ganze Familiensystem miteinbezogen wird. Denn Väter beziehungsweise Partner sind nach der Geburt die wichtigste Unterstützung für die Mütter (Schraner & Meier Magistretti, 2016, S. 4). Die Aufmerksamkeit der Fachkräfte liegt teilweise zu einseitig auf den Müttern, wobei es bedeutend ist, Väter und das Paar als Einheit stärker zu beachten (ebd.).

7.4.1 Beispiel »das Wiener Programm für Frauengesundheit«

Das Netzwerk »perinatale Krisen« hat sich aus einem Projekt heraus entwickelt, in dessen Rahmen Mütter in drei grossen Wiener Spitälern mit der Fragestellung begleitet wurden, ob die postpartale Depression durch Betreuungsstrukturen verhindert werden kann. Es zeigte sich, dass es zwar nicht möglich war, postpartale Krisen zu verhindern, jedoch wurde klar, dass durch Interventionen bereits in der Schwangerschaft der Leidensweg der Mütter deutlich verringert werden kann. Durch die vorhandenen Beziehungen zu ihren Hebammen konnten diese Mütter rasch Unterstützung kriegen. Sie wussten, wo sie sich hinwenden können und dass es wirksame Hilfe gibt (Wiener Programm für Frauengesundheit, ohne Datum, a).

Das Wiener Programm für Frauengesundheit strebt darauf an, Massnahmen zu setzen, welche die Früherkennung, Beobachtung und Unterstützung von Schwangeren, welche Risikofaktoren aufweisen, ermöglichen. Ebenso bietet es Informationen für Interessierte, Betroffene sowie Expertinnen, Experten und organisiert regelmässige Sitzungen des Netzwerkes »Perinatale Krisen«. Der Entstehung einer depressiven Erkrankung soll möglichst frühzeitig entgegengewirkt werden (Wimmer-Puchinger, 2006, S. 44).

In den Jahren 2001 bis 2003 wurde vom Wiener Programm für Frauengesundheit ein Pilotprojekt zur Prävention von postpartalen Depressionen durchgeführt. Ziel war die Thematisierung der postpartalen Depression in der Betreuung der Frauen während der Schwangerschaft und nach der Geburt zu verstärken und psychosozial belasteten Frauen rechtzeitig durch Beratung und Unterstützung zu helfen (ebd.). Weil die Frauen über einen langen Zeitraum zu den Effekten der Massnahmen befragt wurden, konnte dieses Projekt zentrale Erkenntnisse über das Erleben der Schwangerschaft ermitteln. Es hat sich gezeigt, dass Bedarf auf mehreren Ebenen besteht.

Einerseits ist ein erhöhter Betreuungsbedarf notwendig und andererseits fehlt es an Informationen, sowohl bei den Betroffenen, wie auch bei den involvierten Berufsgruppen und der Öffentlichkeit. Ebenfalls besteht Verbesserungsbedarf bei der Koordination einer psychosozialen Schwangerenbetreuung (ebd., S. 45).

Laut Wimmer-Puchinger (2006) wurde die erreichte Sensibilisierung durch das Projekt von allen beteiligten Projektpersonen am häufigsten als positiven Effekt bestätigt (S. 45). Sei dies auf der Ebene des medizinischen Personals als auch bei den Schwangeren sowie bei teilstationären und ambulanten Einrichtungen. Ein weiterer Effekt ist die krankenhausinterne und externe Vernetzung. Es kam somit zu einer stärkeren Vernetzung innerhalb der verschiedenen Abteilungen und Professionen des Krankenhauses, was zu einer Verbesserung der Interdisziplinarität führte. Andererseits kam eine stärkere Anbindung kaum angedockten bis alleinstehenden Einrichtungen zu Stande. Das Projekt hat die Problemstellungen von schwangeren Frauen verdeutlicht, Öffentlichkeitsarbeit geleistet, die verschiedenen Players vernetzt, Fortbildungen lanciert und zu einer Entstigmatisierung innerhalb der Expertenkreise und der Familien beigetragen. Dies kann besonders in einem multiprofessionellen Ansatz gewährleistet werden (ebd.).

Konkreter zeigten die Ergebnisse der Studie vor allem, dass Screenings eine wirksame Massnahme zur frühzeitigen Erkennung bestehender Risikofaktoren sind. Frühe Betreuungsinterventionen tragen zur Prävention der Entstehung einer postpartalen Depression bei und werden von den betroffenen Frauen gut angenommen. Um eine Nachhaltigkeit des Projektes zu gewährleisten, wurden Leitlinien für die psychosoziale Schwangerenbetreuung entwickelt. Kostenlose Informationsbroschüren für Mütter, Partner, Angehörige sowie für Expertinnen, Experten werden vom Wiener Programm für Frauengesundheit zur Verfügung gestellt. Seit 2004 existiert das Netzwerk »perinatale Krisen« und es werden regelmässig Fortbildungsveranstaltungen organisiert.

Die Informationsbroschüre »...eigentlich sollte ich glücklich sein...« ist ein Ratgeber für Mütter, Partner und Angehörige mit Informationen über psychische und soziale Belastungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt. Die Broschüre orientiert sich am australischen Vorbild »beyondblue«, worauf im Abschnitt 7.4.3 noch näher eingegangen wird. Es werden Tipps zur Vorbeugung und Früherkennung depressiver Erkrankungen sowie zahlreiche Unterstützungsmöglichkeiten und Kontaktstellen beschrieben. Dies sind beispielsweise Selbsthilfegruppen, kostenlose Beratungsstellen mit Ansprechpartnerinnen, Ansprechpartner aus den Bereichen, Soziale Arbeit, Psychotherapie und Recht, Frauengesundheitszentren, Eltern-Kind-Zentren, Erziehungshilfen, Treffpunkte für Eltern mit Kleinkindern, Einrichtungen rund um Eltern und Kind, Psychiatrische Abteilungen mit spezifischen Angeboten für Frauen mit postpartaler Depression sowie weitere psychiatrische Einrichtungen und Angebote und Einrichtungen für spezielle Lebenssituationen (Wiener Programm für Frauengesundheit, ohne Datum, b).

Die Broschüre »Mutterglück – glückliche Mutter?« richtet sich an Fachpersonen und beinhaltet

ein Adressverzeichnis zur Weitervermittlung von Frauen mit postpartalen Depressionen beziehungsweise psychosozialen Krisen in Wien. Zudem sind in der Broschüre psychosoziale Leitlinien für Gynäkologinnen und Gynäkologen, Hebammen, Pflegepersonal, Sozialarbeitende, Psychologinnen und Psychologen sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entwickelt worden, um die Betreuung von Patientinnen mit einer postpartalen Depression zu optimieren (Wiener Programm für Frauengesundheit, 2012).

Das interdisziplinäre Netzwerk »perinatale Krisen«, bestehend aus rund 30 Expertinnen und Experten unterschiedlicher Professionen und Einrichtungen, mitunter Frauengesundheitsbeauftragte Wimmer-Puchinger, kommt in regelmässigen Treffen zusammen. Es ermöglicht die Vernetzung zwischen den einzelnen Berufsgruppen und Institutionen sowie den Austausch von Know-how und Informationen sowie die Besprechung von speziellen Fällen (Wimmer-Puchinger, ohne Datum).

Seit der Gründung im Jahr 2006 werden in der Elternambulanz für perinatale Krisen im Wilhelminenspital psychologische Beratung und Sozialberatung in Deutsch und Türkisch, Orientierungsgespräche und Krisenintervention angeboten.

Aufgrund der Auswirkungen, welche psychische Erkrankungen rund um die Schwangerschaft und der Geburt auf das Neugeborene und die Mutter haben können, ist die Prävention perinataler psychischer Erkrankungen daher auch für die psychische Gesundheit der nachfolgenden Generation von grosser Bedeutung (Reiner-Lawugger, 2016, S. 156). In den letzten Jahren hat sich das Bewusstsein, dass psychische Erkrankungen in der peripartalen Zeit nicht nur ein Problem einer Minderheit sind, deutlich verändert. Das Thema ist dank dieser Basisarbeiten in der Öffentlichkeit angekommen.

Die Spezialeinrichtungen sind jedoch immer noch nicht genügend ausgestattet (Reiner-Lawugger, 2016, S. 157). »Hier muss in der nächsten Zeit noch deutlich mehr an Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, für die Mütter und vor allem für die Kinder dieses Landes«, hebt Reiner-Lawugger hervor (ebd.).

Im Rahmen der MAG ELF haben sich die Sozialen Dienste der Projektspitälern und der Eltern-Kind-Zentren der Stadt Wien ebenso am Wiener Projekt beteiligt. Die MAG ELF bieten ein vielfältiges Angebot an Information, Beratung, Förderung und Unterstützung für Kinder, Jugendliche und Familien. Fachpersonen aus interdisziplinären Berufsgruppen, wie Sozialpädagogik, Sozialarbeit, Rechtsvertretung und Psychologie unterstützen die Familien dabei, angemessene Lösungen für ihre Probleme zu entwickeln (MAG ELF, ohne Datum).

Was die Aufgaben, Rollen und somit zentrale Erkenntnisse der Beteiligung des Sozialen Dienstes waren, wird hier nun kurz geschildert. Es ist ein gutes Beispiel dafür, wie Netzwerkarbeit geleistet werden kann und die Vermittlung an andere Berufsgruppen hilfreich und wertvoll für werdende Mütter und ihr Umfeld sowie für das interdisziplinäre Fachpersonal sein kann.

Ziel des Projektes war es, Risikofaktoren zu eruieren und herauszuarbeiten, ob die psychosoziale Situation der Frauen durch frühe Interventionen bestimmter Berufsgruppen hinsichtlich des Erkrankungsrisikos beeinflusst werden kann (Roswitha Friedl, 2006, S. 145). Geschulte Hebammen erhoben die Bereitschaft der Frauen am Projekt teilzunehmen. Mit den Frauen, welche bereit waren am Projekt teilzunehmen, wurde eine verbindliche Vereinbarung getroffen, problem- und zielorientiert an der Lösung einer Fragestellung zu arbeiten und die Zeit der Schwangerschaft für allfällige Veränderungen in der Lebens- und Alltagsgestaltung nutzen zu wollen. Einerseits umfassten die Fragestellungen strukturelle und andererseits persönliche Problemlagen. Im Rahmen des Wiener Projekts konnte mit 80 Frauen eine Betreuungsvereinbarung abgeschlossen werden (ebd.).

Existentielle und wirtschaftliche Schwierigkeiten, Wohnungsprobleme, Partnerschaftsprobleme, familiäre Schwierigkeiten, Ambivalenzen und Unsicherheiten gegenüber dem Kind, Bindungs- und Beziehungsprobleme, mangelnde soziale Kontakte waren für die Sozialarbeitenden und Mitarbeitenden in den Eltern-Kind-Zentren unmittelbare Beratungsinhalte (ebd., S. 144). Bei Erschöpfungsgefühlen, gesundheitlichen Problemen beziehungsweise schwierigen innerpsychischen Konflikten wurde die Kontaktaufnahme zu Fachärztinnen, Fachärzten beziehungsweise zu Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten des Projekts empfohlen. Den Frauen konnten Orientierungs- und Strukturierungshilfe geboten werden. Sie konnten dabei ermutigt werden mögliche Problemlagen zu identifizieren und Lösungsansätze zu entwickeln, Ambivalenzen anzusprechen sowie allfälligen negativen Gefühlen Raum zu geben (ebd.).

Ziel der Mitarbeitenden vor Ort war es, die Frauen an das Eltern-Kind-Zentrum zu binden, soziale Netze aufzubauen und Ängste reduzieren zu können. Bei Gesprächen mit den Psychologinnen, Psychologen können die Babys währenddessen von Sozialpädagoginnen, Sozialpädagogen versorgt werden. Für längere Begleitungen wurden die Schwangeren den Sozialarbeitenden zugewiesen. Mit Gesprächsangeboten und Empfehlungen in kurzen Zeitabständen erreichten die Mitarbeitenden, die Frauen über ihre erste herausfordernde Phase zu begleiten und sie zu ermutigen schwierige Phasen bewältigen zu können. Sie konnten Selbstvertrauen und Kraft für die Bewältigung der ersten Phase schöpfen (Friedl, 2006, S. 147). In Schulungen konnten die Mitarbeitenden lernen, die sensiblen Bereiche genauer und differenzierter zu beurteilen. Dadurch konnten sie professioneller beraten und begleiten. Des Weiteren hat die Vertiefung mit der Thematik zu einer zusätzlichen Sensibilisierung geführt (ebd.).

Zentral in der Begleitung war das Einbeziehen weiterer Hilfssysteme beziehungsweise die Überweisung. Die Mitarbeitenden waren somit auch herausgefordert die Adressatinnen zu ermutigen eigene sowie andere Ressourcensysteme in Anspruch zu nehmen. Zum Gelingen haben die Netzwerktreffen bedeutend dazu beigetragen. Denn damit Vermittlung gelingt, müssen die Ressourcen und Möglichkeiten anderer Hilfssysteme bekannt sein.

Eine wesentliche Erkenntnis des Projekts, also die Thematisierung postpartaler Depressionen und Einbindung in die Aufgaben der Sozialen Dienste in den Spitälern und Eltern-Kind-Zentren, ist, dass die Frauen unmittelbar Feedback in ihrer neuen Rolle als Mütter erhalten. Das Bewusstmachen von Stressoren für postpartale Depressionen eröffnet den Frauen die Möglichkeit sich mit den Ressourcen auseinanderzusetzen und diese in belastenden Situationen anzuwenden. Dadurch kann deren Alltagskompetenz erhöht und Versagensängste, Unsicherheit und Druck reduziert werden. Die vielen Informations- und Weiterbildungsinitiativen können zukünftig eine flächendeckende Sensibilisierung aller Professionen gewährleisten, die mit Schwangeren und jungen Müttern in Berührung kommen (Friedl, 2006, S. 152). Zur Erreichung aller Betroffenen ist jedoch noch Bedarf vorhanden. Funktionierende Netzwerke können laut Friedl (2006) höchste Effizienz gewährleisten, wobei eine erfolgreiche Überweisung die Basis ist (S. 152).

7.4.2 Beispiel »Keiner fällt durchs Netz«

In Deutschland sind immer noch zu viele Familien nicht in der Lage, ihren Kindern eine angemessene Kindheit zu gewährleisten. Zusätzlich sind Konzepte zur Prävention und Intervention von Risiken bei Kindern nicht ausreichend vorhanden (Cierpka, 2014, S. 526). Besonders fehlen Ansätze, die einen Zugang zu den belastenden Familien schaffen, um diese durch Früherkennung unterstützen zu können. Ein Modellprojekt mit dem sich Lücken im bestehenden Versorgungsnetz schließen lassen ist »Keiner fällt durchs Netz«. Das Projekt zielt auf die Identifizierung von und den Zugang zu sogenannten Risikofamilien (ebd., S. 527.). Risikokonstellationen sollen so früh wie möglich vor oder nach der Geburt des Kindes entdeckt werden, um eine Negativspirale zu verhindern (ebd.).

Im Projekt »Keiner fällt durchs Netz« ist die Familienhebamme die zentrale Bezugs- und Unterstützungsperson. Es beinhaltet ein dreiphasiges Vorgehen, indem sehr früh ein Zugang zu den Familien gefunden und ausgebaut wird. Die Teams auf den Geburtsstationen vermitteln denjenigen Eltern eine Hebamme, welche sich nicht bereits aus eigener Initiative um Unterstützung durch eine Hebamme bemüht haben (ebd.) (**Schritt 1**). Allen Eltern wird zusätzlich die Elternschule »Das Baby verstehen« zur Stärkung der elterlichen Sicherheit angeboten. Die Elternschule »Das Baby verstehen« wird später in diesem Abschnitt kurz skizziert. Besonders Risikofamilien erhalten über das gesamte erste Lebensjahr Hausbesuche von einer Familienhebamme. Somit erhalten die Eltern die Möglichkeit ab der Geburt ihre elterlichen Kompetenzen fördern zu können (ebd.) (**Schritt 2**). Alle Familien erhalten im Rahmen der Regelversorgung bei der Pflege des Kindes und beim Stillen Unterstützung durch eine Hebamme, dadurch werden die Hausbesuche bei Risikofamilien nicht als Diskriminierung oder Übergriff wahrgenommen (ebd.). Die Hebammen können so die zentralen Bezugs- und Unterstützungspersonen für die Mütter werden. Wenn die Hebammen nun im Laufe des ersten Jahres hohe Belastungen feststellen, werden die Familien an die bestehenden Hilfeinrichtungen vermittelt (ebd., S. 528) (**Schritt 3**). Wichtig

dabei ist, die Vernetzung der Beteiligten vor Ort. Verantwortlich für die Vernetzung der professionellen Helferinnen, Helfer ist eine Koordinationsstelle (ebd.). Familienhebammen können nicht nur Risiken bei Kind und Eltern in ihrem alltäglichen Umfeld erkennen, sondern sie können auch wichtige Motivationsarbeit leisten, indem sie Schamgefühle und Angst vor der Inanspruchnahme weiterer Unterstützungsangebote abschwächen. Durch die »Gehstruktur«, das meint, die Familienhebammen gehen zu den Familien in ihr häusliches Umfeld, wird die Hemmschwelle für Risikofamilien geringer (ebd.). Die Effektivität dieses Projektes lässt sich steigern, wenn nicht allein auf die Eltern-Kind-Interaktion geachtet wird, sondern die Familien zusätzliche Unterstützung, bei Gesundheitsproblemen oder Familienstreit und bei persönlichen Problemen erhalten (ebd.). Die Familienhebammen können all diese Aufgaben nicht ohne Unterstützung leisten. Aus diesem Grund ist an jedem Projektstandort eine Fachkraft, beispielsweise Sozialarbeitende, Sozialpädagoginnen, Sozialpädagogen, als Koordinatorin, Koordinator und Ansprechperson als Unterstützung für die Hebammen tätig (ebd.). Die Fachkraft ist bei den Supervisionsgruppen der Familienhebammen anwesend, vermittelt weitergehende Hilfsangebote und berät bei Bedarf die Eltern. Diese Fachkraft ist die zentrale Kontaktperson für alle Beteiligten des »Netzwerks für Eltern« (ebd.). Dieses Netzwerk stellt ein Arbeitskreis mit Mitgliedern aller an der Prävention und Intervention in der frühen Kindheit beteiligten Institutionen und Berufsgruppen am Projektstandort dar. Der Arbeitskreis trifft sich regelmässig und organisiert Aktivitäten zur primären Prävention und Intervention bei Kindeswohlgefährdung. Es werden zwei bis drei Treffen pro Jahr abgehalten, die von der Fachkraft, beziehungsweise von der Koordinatorin, dem Koordinator einberufen werden (ebd.).

In einigen Bundesländern geht das Projekt bereits in die Regelversorgung über (ebd., S. 529). In allen Landkreisen wurden Koordinationsstellen eingerichtet, um Netzwerkarbeit von frühen Hilfen zu leisten und zu koordinieren. Die Dokumentationen der Fälle haben gezeigt, dass bei den Hausbesuchen zu 80% psychosoziale Themen vorherrschen, in lediglich 20% der Fälle geht es um medizinische Versorgung (ebd.). In einer Begleitstudie konnte nach einem Jahr Begleitung durch die Familienhebammen, Ergebnisse gewonnen werden, die auf die Wirksamkeit von »Keiner fällt durchs Netz« in bestimmten Bereichen hinweisen könnten (Sidor, Kunz, Vanessa Sieler & Cierpka; zit. in Cierpka, 2014, S. 529). Diese Bereiche waren Stressbelastung der Mütter, soziale Entwicklung der Kinder und die Ausprägung der mütterlichen postpartalen depressiven Symptomatik (Cierpka, 2014, S. 529). Die Ergebnisse zeigen, dass die empfundene Stressbelastung in der Projektgruppe zurückgegangen, während sie in der Kontrollgruppe gleichgeblieben ist. Auch die depressive Symptomatik ging bei den »Keiner fällt durchs Netz«-Müttern zurück, während sie bei den Müttern aus der Kontrollgruppe sogar anstieg (ebd.). Im Bereich der sozialen Entwicklung des Kindes wurden in der Projektgruppe bessere Werte erzielt, als in der Kontrollgruppe. Cierpka betont, dass diese Ergebnisse auf die Effekte der unterstützenden Arbeit

der Hebammen zurückzuführen ist (2014, S. 530). Somit hat sich das Projekt »Keiner fällt durchs Netz« bewährt und ist aus dem Modellstadium ausgetreten (ebd.).

Der Elternkurs »Das Baby verstehen« von Angelika Gregor und Cierpka wurde erstmals im Jahr 2004 vorgestellt (zit. in Köhler, 2014, S. 518). Der Kurs setzt direkt an der Verhaltensebene an. In Form von Videobeispielen lernen die Eltern, die Signale ihres Babys zu erkennen und zu verstehen (ebd.). Der Kurs wurde am Institut für psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie des Universitätsklinikum Heidelberg entwickelt. In das Konzept sind neuere Erkenntnisse der Säuglings-, der Familien- und der Bindungsforschung und der Neurobiologie eingeflossen (ebd.). Die Organisation der Ausbildung von Kursleiterinnen und Kursleiter sowie der Vertrieb der Kursmaterialien wurden an die gemeinnützige Organisation Focus Familie übergeben (Focus Familie, ohne Datum). Bei Focus Familie können sich interessierte Expertinnen und Experten (beispielsweise Sozialpädagoginnen, Sozialpädagogen, Hebammen etc.) zu Kursleiterinnen und Kursleiter ausbilden lassen (ebd.). Der Kurs »Das Baby verstehen« ist in fünf thematische Blöcke eingeteilt (Köhler, 2014, S. 519). Folgende fünf Einheiten sind im Kursmanual beschrieben (ebd.):

1. Ich Sorge auch für mich selbst
2. Herausforderungen in der Partnerschaft
3. Das Baby sendet Signale
4. Was geht dem Weinen des Babys voraus?
5. Vertrauen in die eigenen Kompetenzen

Die fünfte Sitzung ist für die Thematik der postpartalen Depression entscheidend. Denn diese Einheit befasst sich mit der Kommunikation mit dem Baby (ebd., S. 520). Es wird besonderes Wert auf das intuitive elterliche Verhalten gelegt. Die Teilnehmenden sollen in ihrem Vertrauen gestärkt werden, auf die Signale ihres Kindes intuitiv richtig zu reagieren (ebd.). Dieser Zugang kann möglicherweise nicht sofort und uneingeschränkt gefunden werden. Das Ziel in dieser fünften Sitzung ist es, mögliche Hemmungen abzubauen und die spontane Freude und Selbstverständlichkeit der Kommunikation mit dem Baby zu fördern (ebd.). In den Begleitmaterialien finden die Kursleiterinnen und Kursleiter eine Reihe von Hinweisen, die sie an die Gruppe nach eigenem Ermessen weitergeben, wenn es ihnen passend erscheint. Diese Hinweise betreffen folgende Themen: Informationen zur postpartalen Depression, Konzepte des kindlichen Temperaments, Empfehlungen zur Förderung der kindlichen Entwicklung, Kopiervorlagen zu den bearbeitenden Themen (ebd.).

Während der Pilotphase des Projektes »das Baby verstehen« wurde deutlich, dass das Angebot stärker von Familien angenommen wird, die ihre Belastung zwischen »nicht belastet« und »niedrig belastet« einordnen (ebd., S. 521). Mittel bis stark belastete Familien kommen nur sehr selten zu einem Elternkurs (Michael Stach & Cierpka; zit. in Köhler, 2014, S. 521). Diese Feststel-

lung kann auf verschiedene Faktoren zurückgeführt werden, beispielsweise auf den Aufwand einer Kursteilnahme, der für stärker belastete Familien grösser ist als für weniger belastete (Köhler, 2014, S. 521). Gemäss Köhler kann eine weitere Möglichkeit sein, dass sich belastete Familien weniger selbstbewusst fühlen, eher beschämt sind und ein Versagensgefühl meiden. Aufgrund dieser Ergebnisse wurde das Projekt »Keiner fällt durchs Netz« erarbeitet, welches im vorherigen Abschnitt erläutert wurde (ebd.).

7.4.3 Beispiel »beyondblue National Postnatal Depression Programm«

Beyondblue ist eine Non-Profit-Organisation, welche sich mit der Problematik von Depression, Angststörungen und den damit verbundenen Substanzabhängigkeiten in Australien befasst. Aus dieser Non-Profit-Organisation wurde »beyondblue National Postnatal Depression Programm«, eine öffentliche Gesundheitsinitiative mit einer Laufzeit von vier Jahren, entwickelt und umgesetzt. Das beyondblue National Postnatal Depression Programm wurde in Zusammenarbeit mit anerkannten und erfahrenen Expertinnen, Experten aus dem Bereich perinatale psychische Gesundheit entwickelt. Zu dem multidisziplinären Team gehören Fachpersonen aus verschiedenen Bereichen wie Psychiatrie, klinische Psychologie und Geburtshilfe an (Bilszta et al., 2006, S. 55). Die Zusammenarbeit mit beyondblue ermöglicht dem Projekt Aktionen in weiten Teilen der Gesellschaft lancieren zu können und unterstützt somit im Gegenzug beyondblue, indem es Sensibilisierungsarbeit über perinatale Depression stärkt und Netzwerke zwischen den betroffenen Players aufbaut (Bilszta et al., 2006, S. 56).

Die Ziele des Programms fokussieren sich auf folgende fünf Bereiche:

- Die Realisierbarkeit von routinemässigen Screeningmassnahmen in wichtigen Geburtseinrichtungen in Australien, welche mit prä- und postpartaler Depression zusammenhängen, auszuwerten.
- Entwicklung von Materialien, um die Fachperson in den Gesundheitsberufen für prä- und postnatale Depression und ihre Behandlung zu sensibilisieren.
- Die Fachpersonen in den Gesundheitsberufen und die betroffenen Frauen, in Bezug auf das Wissen zu perinatalen psychischen Erkrankungen zu den Veränderungen evaluieren, welche durch das Programm entstanden sind.
- Eine nationale Datenbank in Australien zu entwickeln, mit deren Hilfe Fragestellungen zu der Prävalenz prä- und postnatalen Depressionen, der Bedeutung von Risikofaktoren für die Entwicklung von Depressionen in einer Bevölkerungsgruppe und zur Frage zu welchem Zeitpunkt und durch wen Screeningmassnahmen idealerweise durchgeführt werden sollen, untersucht werden können.
- Die Effizienz von Interventionsmassnahmen in Gruppen, wie Frauen mit Depressionen, kulturelle und sprachliche Minderheiten, ländliche Bevölkerung, Väter bezie-

ungsweise männliche Partner und Familien mit Mehrlingsgeburten (Bilszta et al., 2006, S. 56).

Das Programm besteht aus den folgenden vier zentralen Elementen: (1) Baseline- und Endpunktevaluation, (2) Aus- und Fortbildung für Interessierte in Gesundheitsberufen, (3) umfassendes Depressionsscreening und (4) gezielte Interventionen (Bilszta et al., 2006, S. 57).

Das Programm hat zu einem besseren Verständnis für Depressionen geführt. Dies beeinflusste die Partnerschaft zwischen den betroffenen Frauen und ihren Behandlerinnen, Behandler durchaus positiv, was dadurch die Diagnose und Behandlung wiederum verbesserte. Um all dies zu erreichen hat das beyondblue National Postnatal Depression Program zum Start und Abschluss des Projekts Evaluationen durchgeführt. Es wurden Erhebungen gemacht zum Wissen von betroffenen Frauen und Fachpersonen zum Verständnis von prä- und postpartalen Depressionen und deren Einschätzung, zur Überweisung von Fällen im Bedarfsfall, zur Inanspruchnahme von Diensten und zum Stigma im Zusammenhang mit perinatalen Depressionen. Darüber hinaus zielte die Initiative darauf ab, ein Screeningprogramm, welches bestehende Ressourcen der Gesundheitsversorgung nutzt und dazu beiträgt Frauen mit einem Risiko für prä- oder postpartale Depression zu identifizieren, zu entwickeln und zu evaluieren (Bilszta et al., 2006, S. 62). Aufgrund des Problems, dass viele Fachpersonen nicht wissen, wie Screeninginstrumente, wie beispielsweise das Edinburgh Postnatal Depression Scale, eingesetzt beziehungsweise die Ergebnisse interpretiert werden, entstand im Rahmen des Programms ein spezieller Leitfaden für die Anwendung des Fragebogens.

Die Förderung von Verständnis und Sensibilisierung für Fragen perinataler Depressionen in der Allgemeinbevölkerung und in den Fachkreisen gehörte zu den Prioritäten des Programms. Dazu haben sie Fortbildung und Öffentlichkeitsarbeit geleistet. Sie haben Informationsbroschüren, Flugblätter, Plakate sowie eine Website entworfen. Die Präsenz des Programms im Internet ist nicht nur für Australien wichtig, sondern dient Interessierten und Fachpersonen aus verschiedenen Ländern sich mit den Ansätzen des Programms umfassend auseinander zu setzen (Bilszta et al., 2006, S. 61-62).

Ein weiterer zentraler Ansatzpunkt des Programms war gemäss Bilszta et al. (2006) die Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten, welche perinatale psychische Veränderungen ihrer Patientinnen gut beobachten können. Denn viele Hausärztinnen, Hausärzte haben wenig bis kaum Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen und wenn sie welche haben, dann oft keine mit spezifischen perinatalen psychischen Erkrankungen. Im Rahmen des Programms wurden die Schwierigkeiten und Herausforderungen, welche sich im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen während und nach der Geburt ergeben, für behandelnde Fachpersonen erkannt. Für Allgemeinmedizinerinnen, Allgemeinmediziner wurden Leitlinien ausgearbeitet, um das Management von perinatalen Depressionen zu erleichtern. Die Leitlinien umfassen Themen wie Diagnose, Risikofaktoren, Entwicklung eines geeigneten Behandlungsplans, Fragen der Über-

weisung und Medikamenteneinsätzen, Mobilisierung von Partnern und weiteren Personen im sozialen Umfeld zur Unterstützung sowie unterschiedliche Unterstützungsmöglichkeiten und Anlaufstellen für Betroffene (S. 61).

Durch die breitgefächerten verschiedenen Sensibilisierungs- und Netzwerkarbeiten dieses Programms ist es in dieser Dimension im internationalen Vergleich einzigartig. Dieses differenziert und professionell durchdachte Programm hat sicherlich dazu geführt, dass das Wiener Programm für Frauengesundheit verschiedene Ansätze in ihr Programm integriert und verwendet haben.

7.5 Zwischenfazit

Die Situation in der Schweiz ist zurzeit sehr undurchsichtig. Ein einheitliches Früherkennungskonzept ist nicht vorhanden. Es stehen zwar viele Angebote zur Verfügung, jedoch gibt es keine einheitliche Koordinationsstelle, die zwischen den Angeboten als Vermittlerin steht. Es braucht in der Schweiz eine Art nationales Kompetenzzentrum, welches die Vernetzung und die Diskussion vorantreibt und auch die nationale und internationale Forschung aufarbeitet und zur Kenntnis nimmt. Wie in diesem Kapitel aufgezeigt, wird in einigen Kantonen und mit den entsprechenden Fachstellen Sensibilisierungsarbeit geleistet und es wird versucht ein Netzwerk mit den verschiedenen Fachpersonen aufzubauen und nützliche Unterlagen zu erarbeiten. Doch gerade, um den Zugang zu vereinfachen und die Beratungsstellen niederschwellig zu gestalten, wäre eine Vereinheitlichung von Vorteil. Dies würde die Fachpersonen deutlich entlasten, wenn sie sich an eine Koordinationsstelle richten könnten und zudem auf die Thematik von postpartalen Depressionen aufmerksam gemacht würden. Gründe weshalb es noch keine einheitliche Koordinationsstelle beziehungsweise vermehrt Netzwerke für postpartale Depressionen in der Schweiz gibt, sind sicherlich die fehlenden Mittel sowie das fehlende Interesse dazu. Hierbei möchten die Autorinnen erwähnen, dass wenn man die nachhaltigen Folgen einer postpartalen Depression betrachtet, ein gut funktionierendes Netzwerk mit professionell geschulten Fachkräften ein Mehrwert für die betroffenen Mütter und ihr Umfeld darstellen kann. Betroffene Mütter können so früh erreicht und individuell beraten werden, um auch schwerwiegende Folgen verhindern zu können.

Nach wie vor bestehen Versorgungsmängel, insbesondere Alternativen zur medizinischen Behandlung für Betroffene einer postpartalen Depression. In der Schweiz sind Früherkennungskonzepte für die postpartale Depression noch nicht weit verbreitet, ausserdem arbeitet jeder Kanton eigenständig und es findet kein Austausch statt. Koordination und Austausch zwischen den verschiedenen Beratungsstellen wird dringend benötigt, da betroffene Frauen sonst nicht wissen, an wen sie sich wenden können. Gerade für Mütter aus Risikofamilien braucht es niederschwellige Angebote. Für die Erkennung einer postpartalen Depression ist der Selbstbeurtei-

lungsbogen Edinburgh Postnatal Depression Scale ein geeignetes Instrument. Die Frage, ob und wie die Mütter an diese Fragebögen gelangen, bleibt jedoch offen. Es ist nicht davon auszugehen, dass Mütter sich aktiv auf die Suche nach einem Selbstbeurteilungsbogen machen. Ganz besonders, wenn an Mütter aus Risikofamilien und/ oder mit einem Mangel an Ressourcen gedacht wird.

In den Nachbarländern sieht die Situation betreffend der Früherkennung anders aus als in der Schweiz. Das »Wiener Programm« sowie das Projekt »Keiner fällt durchs Netz« inklusive dem Elternkurs »Das Baby verstehen« und das »beyondblue National Postnatal Depression Programm« sind gute Beispiele für gelingende Früherkennung und Koordination. Positive Aspekte sind, dass bei allen Projekten alle möglichen involvierten Akteure des Versorgungsnetzes zusammengebracht werden und versuchen ein Netzwerk aufzubauen. Ausserdem stellen die Konzepte ein niederschwelliges Angebot dar, wobei die Sozialpädagogik in allen Angeboten vertreten ist. In der Schweiz wäre eine solche Koordinationsstelle von grossem Nutzen, dadurch würden die verschiedenen Akteure zusammenarbeiten und sich gegenseitig informieren betreffend Verantwortlichkeit und Tätigkeit und könnten somit Betroffene einfacher an andere Stellen vermitteln. Das Wissen über die jeweiligen Aufgabenstellungen von anderen Fachstellen ist zentral bei einer Überweisung. Dafür kann ein gelingendes Netzwerk insbesondere eine Koordinationsstelle von Vorteil sein, welche den Prozess vereinheitlicht und koordiniert. Ausserdem könnte die Sozialpädagogik durch eine einheitliche Koordinationsstelle ihren Auftrag adäquat wahrnehmen und postpartal depressive Mütter entsprechend begleiten können. Abschliessend möchten die Autorinnen festhalten, dass es in der Schweiz durchdachte Angebote für postpartal depressive Mütter gibt. Diese sind jedoch hauptsächlich behandelnde Angebote, nämlich wenn die Krankheit bereits ausgebrochen ist. Betreffend der Früherkennung gibt es in der Schweiz wenige Konzepte. Die Autorinnen empfehlen im Hinblick auf die nachhaltigen Auswirkungen einer postpartalen Depression auf die Mutter-Kind-Beziehung, durchdachte Früherkennungskonzepte in der Schweiz herauszuarbeiten, dies bedingt bestenfalls eine nationale oder kantonale Koordinationsstelle. Diese Koordinationsstellen können durch Fachpersonen der Sozialpädagogik aufgebaut und organisiert werden.

8 Schlussfolgerungen

In diesem letzten Teil der Bachelor-Arbeit erfolgt zunächst eine Überprüfung der Fragestellungen. Abschliessend ziehen die Autorinnen ein persönliches Fazit und der weitere Handlungs- und Forschungsbedarf wird herausgearbeitet.

8.1 Überprüfung der Fragestellungen

Die Autorinnen haben einleitend drei Hauptfragen formuliert. Ziel war es, die postpartale Depression zu erfassen, die Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung zu erläutern und abschliessend sollte der sozialpädagogische Auftrag in diesem Kontext und mögliche Früherkennungskonzepte dargestellt werden. In diesem Abschnitt wird die Beantwortung der Fragestellungen nun nochmals in ihrer Vollständigkeit geprüft.

1. Was ist eine postpartale Depression?

Um die erste Frage angemessen zu beantworten, wurden zu Beginn im Kapitel 2 postpartale psychische Störungen aufgeführt und erklärt. Dazu gehört das postpartale Stimmungstief »Baby Blues«, bei welchem es sich um einen leichteren Verstimmungszustand aufgrund der Lebensumstellung handelt, jedoch innerhalb von Stunden bis Tagen wieder abklingt. Weiter gehört auch die postpartale Psychose dazu, sie gehört zu den schwersten psychischen Störungen nach der Geburt, tritt jedoch selten auf. Die postpartale Psychose erscheint in drei Arten, nämlich manisch, depressiv oder schizophren. Im Abschnitt 2.3 haben die Autorinnen die postpartale Depression definiert. Bei einer postpartalen Depression handelt es sich um alle schwereren, länger dauernden und behandlungsbedürftigeren depressiven Erkrankungen, die im ersten Jahr nach der Geburt auftreten oder bestehen können. Die postpartale Depression stellt kein eigenständiges Krankheitsbild dar, somit unterscheidet sie sich nicht von einer depressiven Episode in einem anderen Lebensabschnitt. Die Symptomatik der postpartalen Depression wurde unter Abschnitt 2.3.2 erläutert. Dabei können sich alle klassischen Symptome einer Depression finden wie Antriebsmangel, Energielosigkeit, Freudlosigkeit, Interessenverlust, Müdigkeit, Schlaf- und Appetitstörungen. Es muss jedoch nochmals verdeutlicht werden, dass sich das Spektrum der postpartalen Depression durch eine kindbezogene Symptomatik erweitert. Im Abschnitt 2.3.3 wurden Risiko- und Schutzfaktoren aufgeführt. Häufige Risikofaktoren sind eine Depression in der Vorgeschichte, Paarkonflikte, mangelnde soziale Unterstützung, Mangel an emotionaler und finanzieller Unterstützung durch den Partner, alleinerziehend, ungewollte Schwangerschaft, Fehlgeburt in der Anamnese, Negatives Lebensereignis in den vergangenen zwölf Monaten, sowie Stressoren verbunden mit der Kindesbetreuung. Weitere prägnante Risikofaktoren stellen verstärkte psycho-soziale Probleme wie mangelnde soziale Kontakte und Konflikte mit dem

Partner dar. Diese Faktoren können zu Stress und Ängsten betreffend der Zukunft des Kindes bei den Eltern führen. Demgegenüber können eine ausreichende soziale Unterstützung und eine gute Paarbeziehung als Schutzfaktoren fungieren.

Eine postpartale Depression ist eine ernstzunehmende Erkrankung, welche schwerwiegende Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung ausüben kann. Inwiefern diese Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung einen Einfluss ausüben, wurde ab Kapitel 3 dargestellt und erläutert. Unter Einbezug dieser Erkenntnisse gehen die Autorinnen auf die zweite Hauptfrage ein.

2. Was für mögliche Auswirkungen hat die postpartale Depression auf die Mutter-Kind-Beziehung?
--

Diese umfassende Frage wurde durch mehrere Kapitel beantwortet. Um die Auswirkungen der postpartalen Depression auf die Mutter-Kind-Beziehung adäquat aufzuzeigen, musste anfangs erläutert werden wie Bindung und Interaktion zwischen der »gesunden Mutter« und ihrem Kind aussehen. Deshalb wurde im Kapitel 3 zu Beginn die Grundlage der Bindungstheorie nach Bowlby skizziert. Bindung wurde als emotionales Band zwischen dem Kind und einer oder mehreren vertrauten Bezugspersonen beschrieben. Ob Bindungsbeziehungen vorhanden sind, zeigt sich im Bindungsverhalten. Diese Bezeichnung meint, beobachtbare Verhaltensweisen wie Saugen, Weinen, Lächeln Arme ausstrecken und so weiter. Es wurde ausserdem verdeutlicht, dass ein Kind eine sichere Basis benötigt um seine Umwelt zu erkunden und seine Entwicklung möglich zu machen.

In einem nächsten Schritt wurden die verschiedenen Schritte der Entwicklung der frühen Bindungsorganisation dargestellt. Diese Entwicklung entsteht im ersten Lebensjahr des Kindes durch Austausch, in der Kommunikation und Interaktion mit den primären Bezugspersonen. Um die Qualität der Bindungsbeziehung zu beurteilen, wurde von verschiedenen Bindungstheoretikern ein Klassifikationssystem herausgearbeitet. Diese Klassifizierung verdeutlicht, ob und wie ausgeprägt ein Kind seine Bindungsperson als »sichere Basis« nutzt oder, ob das Kind versucht, den Stress aus eigener Kraft zu bewältigen. Ist ein Kind nun unsicher gebunden, stellt dies noch keine psychische Krankheit dar. Es kann jedoch ein Risikofaktor für eine gesunde, seelische Entwicklung im Kindesalter darstellen und ist an der Grenze zu einer klinischen Bindungsstörung positioniert. In diesem Abschnitt wurden zudem Schutzfaktoren für eine gelingende Bindung erarbeitet.

Nach der Darstellung der Bindungstheorie wurde im Abschnitt 3.4 der Zusammenhang zwischen dem frühen Bindungsstatus und den späteren sozialen Beziehungen aufgeführt. Kinder, die frühzeitig sicher gebunden waren, waren weniger in Gefahr, drangsaliert zu werden, andere Kinder zu drangsaliieren und sich aggressiv zu verhalten. Es muss jedoch betont werden, dass zu dieser Thematik wenige Studien vorhanden sind. Bowlby ist der Meinung, dass eine enge kausale Be-

ziehung zwischen den Erfahrungen des Individuums mit seinen Eltern und seiner späteren Fähigkeit, emotionale Bindungen einzugehen besteht.

Im Kapitel 4 wurde die frühkindliche Interaktion zwischen der »gesunden Mutter« und ihrem Kind aufgezeigt. Die Mutter muss sich auf ihr Kind einstellen, damit sie auf eine feinfühlig, kooperative und akzeptierende Weise eine beidseitige befriedigende und erfreuliche Interaktion erreichen kann. Dieses Verhalten gelingt den meisten Müttern intuitiv. Anschliessend wurde die mütterliche Feinfühligkeit nach Ainsworth definiert. Das Konzept der Feinfühligkeit meint, dass die Mutter präsent ist, die Äusserungen des Säuglings adäquat interpretiert, eine rasche Reaktion hat und angemessen reagiert. Weist eine Mutter eine postpartale Depression auf, kann es sein, dass ihre Interaktion mit ihrem Kind, beziehungsweise ihre Feinfühligkeit gestört ist. In einem nächsten Schritt wurden somit die, bis anhin erarbeiteten Grundlagen, auf den Kontext der postpartalen Depression zusammengetragen und angewendet. Dies wurde im Kapitel 5 Postpartale Depression und mögliche Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung dargelegt. Im Abschnitt Besonderheiten der frühkindlichen Interaktion zwischen postpartal depressiver Müttern und ihrem Kind wurde die Relation Mutter-Kind beschrieben. Eine postpartal depressive Mutter ist häufig mehr von ihren Sorgen und negativen Gedanken beeinflusst, dies macht es ihr schwer, die Signale des Kindes adäquat wahrzunehmen und darauf einzugehen. Das Interaktionsverhalten postpartal depressiver Mütter lässt sich wie folgt charakterisieren: mangelnde Sensitivität mangelnde Responsivität, Passivität oder weniger positiven Affekt und mehr negativen Affekt und ein geringes expressives mimisches Ausdrucksverhalten. Diese Reaktionen können beim Säugling zu vermehrtem Weinen bis zur Erschöpfung führen, zur Abwendung bis hin zur Entfremdung, Ausdruckslosigkeit oder Depression. Um die Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung zu verdeutlichen wurde im Abschnitt 5.3 die Cambridge Studie vorgestellt. Die Studie untersuchte die frühe Mutter-Kind-Beziehung, indem sie Face-to-face Interaktionen über das erste Lebensjahr hinweg beobachteten und festhielten. Die Studie zeigt deutlich, dass sich die Mütter oft mit ihren eigenen Angelegenheiten befassen, anstatt sich auf das Kind zu konzentrieren. Dieser Umgang stellt ein Risiko für die Entwicklung depressiver Symptome bei den dann 16-jährigen Kindern dar. Ausserdem wurde durch die Studie hervorgehoben, dass 83% der unsicher gebundenen Kinder von postpartal depressiven Müttern als unsicher-vermeidend klassifiziert wurden. Durch die mangelnde Qualität von der Bindungsbeziehung, resultierten Schwierigkeiten in der Mutter-Kind-Beziehung, die über das Säuglingsalter hinaus fortbestanden. Unsicher gebundene Kinder können ein erhöhtes Risiko für Verhaltensschwierigkeiten und psychischen Problemen entwickeln und sich unter anderem auch aus potenziell stützenden Beziehungen raushalten. Im Falle grober Vernachlässigung des Kindes durch die Mutter kann dies zu einer Bindungsstörung führen. Im Abschnitt 5.4 wurden die zwei Kategorien der Bindungsstörungen kurz erläutert. Einerseits gibt es die Kategorie »Das Fehlen von Bindung«, andererseits gibt es die Kategorie »Das Fehlen der sicheren Basis«.

Die Frage, welche Auswirkungen eine postpartale Depression auf die Mutter-Kind-Beziehung hat, konnte dementsprechend beantwortet werden. Deshalb ist eine frühe Intervention notwendig und von grossem Nutzen. Unter Einbezug dieses Wissens widmen sich die Autorinnen folgend der Überprüfung der dritten Frage.

3. Was bedeutet dies für die Sozialpädagogik und welche denkbaren Früherkennungskonzepte können daraus entstehen?

Die dritte Frage wurde in zwei Kapitel aufgeteilt. Zu Beginn wurde im Kapitel 6 Früherkennung als sozialpädagogischen Auftrag definiert. Es wurden verschiedene sozialpädagogische Zugänge erläutert, welche in der Arbeit mit Frauen mit postpartalen Depressionen wesentlich sind. Zu Beginn wurde der Ansatz der Sozialpädagogik der Lebensalter (Abschnitt 6.1.1) erläutert, dazu gehören die Leitprinzipien Empowerment und Milieubildung, weiter wurde die Lebensweltorientierung erklärt. Lebensweltorientierung, Abschnitt 6.1.2, kann für die Soziale Arbeit die Analyse von gegenwärtigen spezifischen Lebensverhältnissen mit pädagogischen Konsequenzen verbinden. Dieser Ansatz betont das Zusammenspiel von mehreren Faktoren, wie Problemen und Möglichkeiten, von Stärken und Schwächen und erarbeitet daraus ein Handlungsrepertoire. Im Abschnitt 6.1.3 wurde die Ressourcenorientierung erklärt. Der Ansatz der Ressourcenorientierung stellt die individuellen Ressourcen in den Vordergrund und ist vor allem in der Arbeit mit postpartal depressiven Müttern wichtig, damit eine Alltagsbewältigung wieder möglich wird. In einem nächsten Schritt wurde der Ansatz Arbeiten mit Netzwerken unter Abschnitt 6.1.4 erläutert. Gerade zur Erarbeitung von sozialen Ressourcen kann die Sozialpädagogik Netzwerkarbeit leisten. Dabei geht es in einem ersten Schritt um eine Netz- und Unterstützungsanalyse und in einem zweiten Schritt um die Netzwerkaktivierung. In einem nächsten Schritt wurde unter Abschnitt 6.2 die theoretische Verortung der Früherkennung dargestellt. Früherkennung meint, wenn Massnahmen ergriffen werden, welche dazu führen, dass die Anzeichen der zu verhindernden Problematik möglichst früh erkannt werden. Es handelt sich hierbei um eine diagnostische Massnahme. Früherkennung kann mittels Screeninginstrumente gestellt werden, dabei werden jedoch keine Diagnosen gestellt, sondern lediglich unterschieden, welche vermutlich krank sind von denjenigen, die wahrscheinlich krank sind. Im Abschnitt 6.2.1 wurde das Fallverstehen als sozialpädagogische Diagnose definiert. Dabei muss nochmals hervorgehoben werden, dass sozialpädagogische Diagnose versucht die Lebenswelt der Adressatinnen, Adressaten zu erfassen, ein Verständnis für ihre Problemlage zu entwickeln und sie dabei zu unterstützen. Aufgrund der dargestellten Ansätze ist die Sozialpädagogik in der Arbeit mit postpartal depressiven Müttern gefordert und kann einen wertvollen Beitrag leisten. Zudem kann die Sozialpädagogik das Versorgungssystem entlasten, indem Netzwerkarbeit geleistet wird.

Im Kapitel 7 wurde konkret Früherkennung im Kontext der postpartalen Depression aufgezeigt. Zunächst wurden zwei Früherkennungsinstrumente, nämlich der Edinburgh Postnatal Depression Scale und die Heidelberger Belastungs-Skala, vorgestellt, welche in der Praxis eingesetzt werden. Im Abschnitt 7.3 wurden einige Früherkennungskonzepte in der Schweiz skizziert. Dies wurde anhand des Vereins Postnatale Depression Schweiz, der Stiftung Pro Mente Sana Schweiz, des Kompetenzzentrums in St. Gallen und Family Start Basel hergestellt. Diese Auseinandersetzung hat ergeben, dass die Früherkennung in der Schweiz bisher mangelhaft erscheint. Ein einheitliches Früherkennungskonzept ist in der Schweiz nicht vorhanden. Es gibt einige gute Ansätze wie das Kompetenzzentrum in St. Gallen, welches bereits eine Fortbildung zur postpartalen Depression veranlasst hat. An dieser Fortbildung waren alle involvierten Akteure anwesend, somit konnte sich das Netzwerk austauschen. Und auch der Verein postnatale Depression Schweiz engagiert sich für die Sensibilisierung der postpartalen Depression. Der Verein betreibt auch Netzwerkarbeit und führt eine Liste mit Fachpersonen auf seiner Website. Diese Liste beinhaltet jedoch mehrheitlich Psychologinnen und Psychologen, die Sozialpädagogik ist nicht vertreten. Allgemein kann zu der Früherkennung in der Schweiz gesagt werden, dass diese kantonal geregelt ist und ein Aufzeigen des Versorgungsnetzes fast unmöglich erscheint. In der Schweiz gibt es einige gute Angebote, es stellt sich jedoch die Frage, wie postpartal depressive Frauen Zugang zu den Angeboten finden. Um aufzuzeigen wie mögliche Früherkennungskonzepte aussehen können, wurden ab Abschnitt 7.4 Beispiele aus dem Ausland vorgestellt. Diese Konzepte waren folgende: »Das Wiener Programm für Frauengesundheit«, das Projekt »Keiner fällt durchs Netz« in Deutschland inklusive dem Elternkurs »Das Baby verstehen« und des »beyondblue National Postnatal Depression Programm«. Diese Beispiele zeigten auf, wie ein einheitliches Kompetenzzentrum aussehen und funktionieren kann. Die Ansätze leisten alle Netzwerkarbeit, um die involvierten Akteure zusammen zu bringen. Vorteil davon ist, dass Zuständigkeiten gesprochen werden können und dass, ein Austausch stattfindet von dem Alle profitieren können. Ein weiterer Vorteil stellt die Soziale Arbeit dar, die in den meisten Beispielen die Koordination des Netzwerkes darstellt. Vor allem die Sozialpädagogik kann hier ihren Auftrag wahrnehmen und mit ihren Ansätzen einen wertvollen Beitrag leisten. In der Schweiz gibt es noch einen grossen Handlungsbedarf betreffend der Früherkennung. Ein einheitliches Kompetenzzentrum in der Schweiz wäre von grossem Nutzen, damit postpartal depressive Mütter so rasch wie möglich erreicht und adäquat begleitet werden können. Mit dieser Arbeit wurden nun einige mögliche Früherkennungskonzepte herausgearbeitet, die auch in der Schweiz umgesetzt werden könnten. Abschliessend muss nochmals betont werden, dass in der Früherkennung, wie auch in der Begleitung die Sozialpädagogik gefragt ist, genau hinzusehen, ihren Auftrag wahrzunehmen und sich für Mütter, wie auch für deren Kinder professionell einzusetzen.

Im nächsten Abschnitt folgt nun das persönliche Fazit der Autorinnen.

8.2 Persönliches Fazit

Nach der vertieften Auseinandersetzung mit dieser Thematik haben die Autorinnen ein persönliches Fazit gezogen, welches nun in diesem Abschnitt erläutert wird.

Eine wichtige Erkenntnis für die Autorinnen war zu Beginn die vielschichtigen Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehungen. Die Auswirkungen können teilweise gravierend und lebensprägend sein. Aus diesem Grund vertreten die Autorinnen die Meinung, dass Früherkennung in dieser Thematik unabdingbar ist. In der Schweiz gibt es eine Vielzahl an Angeboten und Stellen für Mütter mit einer postpartalen Depression. Schwierigkeit hierbei ist die Verknüpfung beziehungsweise Koordination der verschiedenen Akteure. Die Angebote und die Stellen für postpartal depressive Mütter variieren je nach Kanton und Ortschaft. Ausserdem bieten die Angebote keine aufsuchende Soziale Arbeit, beziehungsweise Sozialpädagogik an. Für die Autorinnen war diese Erkenntnis ernüchternd. Die Auswirkungen der postpartalen Depression auf die Mutter-Kind-Beziehung können starke Folgen für die ganze Familie haben. Aus diesem Grund wäre eine aufsuchende Sozialpädagogik gefragt. Gerade deshalb, da postpartal depressive Frauen über mangelnde soziale Unterstützung verfügen und dadurch den Schritt auf eine Beratungsstelle nicht alleine schaffen können. Die Situation in der Schweiz ist betreffend den Angeboten undurchsichtig. Wie aufgeführt arbeitet St. Gallen fortschrittlich an einem Kompetenzzentrum für Mütter und engagiert sich für die Koordination. Den Autorinnen fiel jedoch auf, dass jeder Kanton selbständig an Projekten dieser Art arbeitet. Ein Austausch zwischen den Kantonen findet nicht statt.

In den verschiedenen Angeboten und Stellen für postpartal depressive Mütter wurden hauptsächlich Psychologinnen und Psychologen als Fachkräfte genannt. Die Autorinnen haben die Nennung von Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen stark vermisst. Für die Autorinnen ist die Sozialpädagogik für die Früherkennung sowie für die Begleitung postpartal depressiver Mütter geeignet. Vorteil der Sozialpädagogik ist klar, die systemische und ressourcenorientierte Arbeitsweise. Ausserdem bezieht sie die Mutter sowie das Kind, wie auch den Vater und das ganze familiäre Umfeld in ihre Arbeit und ihre Betrachtungsweise mit ein. Fachpersonen der Sozialpädagogik versuchen das Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen der Mütter zu stärken, damit die Mütter zukünftig ihre Konflikte selbständig angehen können, dies impliziert auch eine Aktivierung des Hilfesystems im nahen Umfeld. Da die postpartale Depression weitreichende Folgen auf das Kind, wie auch auf die ganze Familie ausüben kann, ist es für die Autorinnen unabdingbar das ganze System zu betrachten. Gerade deshalb ist die Sozialpädagogik gefordert, sich in dieser Thematik einzusetzen und ihre Rolle wahrzunehmen.

Es kann festgehalten werden, dass die Gesellschaft Schritt für Schritt für die Thematik der postpartalen Depression sensibilisiert wird. Für die Autorinnen ist es dabei wichtig, dass betroffene

Mütter über die Krankheit aufgeklärt sind und sich nicht als schlechte Mütter fühlen und dadurch an keine Beratungsstelle wenden. Ebenfalls benötigt es weitere Koordinationsstellen, damit postpartal depressive Mütter so schnell wie möglich erkannt werden. Ideal wäre eine nationale Koordinationsstelle. Die Koordinationsstelle hätte eine wichtige Funktion und würde die verschiedenen Akteure vermitteln, damit niemand durch das Versorgungsnetz fällt.

Weiter möchten die Autorinnen hervorheben, dass die gesamte Sozialpädagogik gefragt ist. Ganz besonders, wenn die Sozialpädagogik mit Müttern in Kontakt steht, sind ein fundiertes Wissen und eine Sensibilisierung über die postpartale Depression von Nöten, um die Krankheit früh erkennen zu können.

Abschliessend möchten die Autorinnen betonen, dass das Einrichten solcher Koordinationsstellen einen grossen finanziellen und zeitlichen Aspekt ausübt. Werden jedoch die langfristigen Auswirkungen der postpartalen Depression auf die Mutter-Kind-Beziehung betrachtet, können durch Früherkennung viele Schwierigkeiten und spätere Kosten in verschiedenen Bereichen vermindert respektive verhindert werden.

8.3 Perspektiven

Während der Erarbeitung dieser Arbeit sind verschiedene Aspekte erschienen, die interessant für eine vertiefte Untersuchung gewesen wären. Im Rahmen dieser Bachelor-Arbeit konnten diese Aspekte jedoch nicht weiterverfolgt werden. Einige Anregungen und Fragen werden in diesem Abschnitt kurz festgehalten, um mögliche Anreize für Forschungsarbeiten zu schaffen.

Diese Arbeit hat die mangelnde Koordination der Früherkennung von postpartalen Depressionen dargelegt. Zur konkreten Umsetzung einer (kantonalen) Koordinationsstelle in der Schweiz könnte im Rahmen eines Projektes ein Konzept dafür erarbeitet werden.

Weiter ist der Einfluss der Männer von Frauen mit einer postpartalen Depression noch zu wenig erforscht. Es wäre spannend und auch wichtig mehr Wissen zur Verfügung zu haben, welche Unterstützung und in welchem Masse dies Frauen für ihre Genesung benötigen. Einen anderen interessanten Aspekt würde die postpartale Depression bei Vätern darstellen. Wie das Krankheitsbild bei Vätern genau aussieht und welche Unterstützung dabei adäquat wäre, ist noch zu wenig erforscht. Ein zusätzlich spannender Aspekt wären die Auswirkungen einer postpartalen Depression bei Vätern auf die Vater-Kind-Beziehung.

Grundsätzlich muss betont werden, dass die Autorinnen die persönlichen Meinungen der Adressatinnengruppe viel zu wenig einbeziehen konnten. Die Sicht von postpartal depressiven Müttern sowie von Müttern ohne postpartale Depressionen wäre spannend gewesen. Hauptsächlich bezüglich der Früherkennung, aber auch welche Unterstützungsangebote sie sich wünschen. Zu erfahren, wie die Frauen das Versorgungsnetz in der Schweiz wahrnehmen, wo sie sich eingeschränkt sehen oder fühlen und wie sie die Situation ihrer eigenen Kinder einschätzen, wäre eine weitere interessante Forschungsarbeit.

9 Literatur- und Quellenverzeichnis

- Beetz, Andrea, Gaass, Kathrin, Beckmann, Matthias & Goecke, Tamme (2013). Der Einfluss mütterlicher Bindung und postpartaler Depressivität auf Entwicklungsauffälligkeiten des Kindes bis zum 18. Lebensmonat. *Empirische Sonderpädagogik*, 4, 300-310.
- Bilszta, Justin, Buist, Anne, Barnett, Bryanne, Milgrom, Jeannette, Condon, John, Hayes, Barbara & Brooks, Janette (2006). Implementierung eines nationalen Screening-Programmes für perinatale mentale Gesundheit: beyondblue National Postnatal Depression Program. In Beate Wimmer-Puchinger & Anita Riecher-Rössler (Hrsg.), *Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis* (S. 51-64). Wien: Springer Verlag.
- Bitzer, Johannes & Alder, Judith (2006). Postpartale Depression – Darauf sollten GynäkologInnen achten. In Beate Wimmer-Puchinger & Anita Riecher-Rössler (Hrsg.), *Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis* (S. 65-77). Wien: Springer Verlag.
- Bridler, Sabine (2008). *Postpartale Depression: Wie sie Hilfe finden und was sie selber tun können*. Zürich: Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana.
- Bowlby, John (1969). *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind Beziehung*. München: Kindler.
- Böhnisch, Lothar (2012). Lebensbewältigung. Ein sozialpolitisch inspiriertes Paradigma für die Soziale Arbeit. In Werner Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (4. Aufl.) (S. 219-233). Wiesbaden: Springer Verlag.
- Buchkremer, Hansjosef (2009). *Handbuch Sozialpädagogik. Ein Leitfaden in der Sozialen Arbeit* (3. überarb. Aufl.). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Cierpka, Manfred (2014). Familienstützende Prävention. In Manfred Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0-3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (2., überarb. Aufl.). Berlin: Springer Verlag.
- Eickhorst, Andreas, Stasch, Michael & Sidor, Anna (2014). Das Einschätzen der Belastung in Familien. In Manfred Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0-3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (S. 386-388). Heidelberg: Springer Verlag.
- Eickhorst, Andreas, Schwyer, Daniel, Köhler, Hubert, Jelen-Mauboussin, Anna, Kunz, Elisabeth, Sidor, Anna & Cierpka, Manfred (2010). Elterliche Feinfühligkeit bei Müttern und Vätern mit psychosozialen Belastungen. *Bundesgesundheitsblatt*, 53, 1126-1133.
- Family Start beider Basel (ohne Datum). *Rund um die Geburt*. Gefunden unter: <https://www.familystart.ch/de.html>
- Focus Familie (ohne Datum). *Das Baby verstehen*. Gefunden unter: <http://www.focusfamilie.de/DasBabyVerstehen.html>
- Friedrich, Sibylle (2010). Arbeit mit Netzwerken. In Thomas Möbius & Sibylle Friedrich (Hrsg.), *Ressourcenorientiert Arbeiten. Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich* (S. 63-105). Wiesbaden: Springer Verlag.
- Friedl, Roswitha (2006). Postpartale Depression – Praxis-Erfahrungen aus der Sozialarbeit. In Beate Wimmer-Puchinger & Anita Riecher-Rössler (Hrsg.), *Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis* (S. 141-152). Wien: Springer Verlag.

- Ging, Anika (2016). Postpartale Depression. Symptomatik, Prävention, Therapie. *Gynäkologie* 1/2016, 14-18.
- Grossmann, Karin & Grossmann, Klaus E. (2012). *Bindungen das Gefüge psychischer Sicherheit* (5., überarb. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hafen, Martin (2007). *Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Hamburger, Franz (2012). *Einführung in die Sozialpädagogik* (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hayward, Chris, Günter, Esser & Schneider, Andrea (2013). Risiko und Schutzfaktoren. In Gerd Lehmkühl, Fritz Poustka, Martin Holtmann & Hans Steiner (Hrsg.), *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie* (S. 173-186). Göttingen: Hogrefe.
- Hédervári-Heller, Éva (2014). Bindung und Bindungsstörungen. In Manfred Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0-3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (S. 58-64). Berlin: Springer Verlag.
- Herrmann, Stephanie (2014). *Postpartale Depressionen: Wege zu einer sicheren Mutter-Kind-Bindung*. Hamburg: Diplomica.
- Hornstein, Christiane, Hohm, Erika, Trautmann-Villalba, Patricia, Wild, Elke & Schulz, Renata (2009a). Prävention postpartaler psychischer Störungen beginnt in der Schwangerschaft. Multiprofessionelles Kompetenznetz zur Unterstützung psychisch belasteter und jugendlicher Mütter und deren Kinder nach der Geburt: „Perinatales Präventionsnetz im Rhein-Neckar-Kreis“. *J Neurol Neurochir Psychiatr*, 10 (1), 48-52.
- Hornstein, Christiane, Hohm, Erika & Trautmann-Villalba, Patricia (2009b). Die postpartale Bindungsstörung: Eine Risikokonstellation für den Infantizid. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol*, 1, 3-10.
- Klier, Claudia M. & Hohlagschwandtner, Michael (2002). Früherkennung und Vorbeugung postpartal auftretender psychischer Erkrankungen. *Speculum*, 20 (4), 23-27.
- Klier, Claudia M., Lenz, Gerhard & Lanczik, Mario (2001). Psychotherapie bei Depressionen in der Schwangerschaft. In Claudia M. Klier, Ulrike Demal & Hein Katschnig (Hrsg.), *Mutterglück und Mutterleid. Diagnose und Therapie der postpartalen Depression* (S. 39-54). Wien: Facultas.
- Köhler, Hubert (2014). Die Elternschule. In Manfred Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0-3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (S. 518-521). Berlin: Springer Verlag.
- Lambers, Helmut (2015). *Theorien der Sozialen Arbeit. Ein Kompendium und Vergleich* (2. Aufl.). Opladen: Barbara Budrich.
- MAG ELF (ohne Datum). *Kinder, Jugend und Familie*. Gefunden unter <https://www.wien.gv.at/menschen/magelf/>
- Meichthild, Seithe (2001). *Praxisfeld: Hilfe zur Erziehung. Fachlichkeit zwischen Lebensweltorientierung und Kindeswohl*. Opladen: Leske + Budrich.
- Möbius, Thomas (2010a). Ressourcenorientierung in der Sozialen Arbeit. In Thomas Möbius & Sibylle Friedrich (Hrsg.), *Ressourcenorientiert Arbeiten. Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich* (S. 13-30). Wiesbaden: Springer Verlag.

- Möbius, Thomas (2010b). Arbeit mit individuellen Ressourcen. In Thomas Möbius & Sibylle Friedrich (Hrsg.), *Ressourcenorientiert Arbeiten. Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich* (S. 107-124). Wiesbaden: Springer Verlag.
- Müller, Burkhard (2006). Sozialpädagogische Diagnose. In Michael Galuske & Werner Thole (Hrsg.), *Vom Fall zum Management. Neue Methoden der Sozialen Arbeit* (S. 83-96). Wiesbaden: Springer Verlag.
- Murray, Lynne (2012). Die Entwicklung von Kindern postpartal depressiver Mütter: Befunde der Cambridge-Längsschnittstudie. In Karl Heinz Brisch (Hrsg.), *Bindung und frühe Störungen der Entwicklung* (S. 52-67). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ostschweizer Forum für psychische Gesundheit (2016). Fazit aus der Fortbildung postpartale Depression. Gefunden unter: <http://www.forum-psychische-gesundheit.ch/aktuelles/news/Article/show/fortbildung-postpartale-depression-1/>
- Pro Mente Sana Schweiz (ohne Datum). *Angebote*. Gefunden unter: <https://www.promentesana.ch/de/angebote.html>
- Psychiatrie-Dienste Süd (ohne Datum). *Gynäkopsychiatrie*. Gefunden unter: <http://www.psych.ch/angebot/detail/gynaekopsychiatrie/>
- Ramsauer, Brigitte (2011). Frühkindliche Bindung im Kontext einer depressiven Erkrankung der Mutter. In Silke Wiegang-Grefe, Fritz Mattejat & Albert Lenz (Hrsg.), *Kinder mit psychisch kranken Eltern: Klinik und Forschung* (S. 171-177). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Reck, Corinna (2014). Depression und Angststörung im Postpartalzeitraum: Prävalenz, Mutter-Kind-Beziehung und kindliche Entwicklung. In Manfred Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0-3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (S. 302-306). Berlin: Springer Verlag.
- Reiner-Lawugger, Claudia (2016). »So war das aber nicht geplant ...«. Traumatische Geburtserlebnisse, postpartale Psychosen und postpartale Depression. In Wimmer-Puchinger, Beate, Gutierrez-Lobos, Karin & Riecher-Rössler, Anita (Hrsg.), *Irrsinnig weiblich - Psychische Krisen im Frauenleben. Hilfestellung für die Praxis* (S. 143-158). Berlin: Springer Verlag.
- Riecher-Rössler, Anita (2001). Die Depression in der Postpartalzeit. In Claudia M. Klier, Ulrike Demal & Hein Katschnig (Hrsg.), *Mutterglück und Mutterleid. Diagnose und Therapie der postpartalen Depression* (S. 23-38). Wien: Facultas.
- Riecher-Rössler, Anita & Hofecker Fallahpour, Maria (2003). Die Depression in der Postpartalzeit: eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 3, 106-113.
- Riecher-Rössler, Anita (2006). Was ist postpartale Depression?. In Beate Wimme-Puchinger & Anita Riecher-Rössler (Hrsg.), *Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis* (S. 11-20). Wien: Springer Verlag.
- Salis, Bettina (2007). *Psychische Störungen im Wochenbett. Möglichkeiten der Hebammenkunst*. München: Elsevier GmbH.
- Schraner, Marco & Meier Magistretti, Claudia (2016). *Die Rolle der Väter bei postnatalen Depressionen*. Kurzbericht der Hochschule Luzern. Gefunden unter <http://www.postnatale-depression.ch/de/informationen/downloads/item/die-rolle-der-vaeter-bei-postnatalen-depressionen-2.html>

- Schwarz-Gerö, Josephine (2006). Postpartale Depression und Säuglingspsychosomatik – Interaktion und Therapie. In Beate Wimmer-Puchinger & Anita Riecher-Rössler (Hrsg.), *Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis* (S. 131-134). Wien: Springer Verlag
- Thiersch, Hans, Grundwald, Klaus & Köngeter, Stefan (2012). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In Werner Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (4. Aufl.) (S. 175-196). Wiesbaden: Springer Verlag.
- Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (2017). *Postpartale Depression*. Gefunden unter: www.puk.unibe.ch/postpartaledepression
- Verein Postnatale Depression Schweiz (ohne Datum). *Informationen*. Gefunden unter <http://www.postnatale-depression.ch/de/>.
- Weissenböck, Maria (2006). Psychotherapeutische Aspekte in der Behandlung der postpartalen Depression in der Praxis. In Beate Wimme-Puchinger & Anita Riecher-Rössler (Hrsg.), *Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis* (S. 109-117). Wien: Springer Verlag.
- Wiener Programm für Frauengesundheit (ohne Datum, a). *Beratung und Vorsorge*. Gefunden unter <https://www.wien.gv.at/gesundheits/beratung-vorsorge/frauen/frauengesundheit/index.html>
- Wiener Programm für Frauengesundheit (ohne Datum, b). *Psychische und soziale Belastungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt. Ein Ratgeber für Mütter, Partner und Angehörige*. Gefunden unter <https://www.wien.gv.at/kontakte/frauengesundheit/publikationen.html>
- Wiener Programm für Frauengesundheit (2012). *Mutterglück - glückliche Mutter?. Adressverzeichnis für ExpertInnen zur Weitervermittlung von Frauen mit postpartalen Depressionen*. Gefunden unter <https://www.wien.gv.at/kontakte/frauengesundheit/publikationen.html>
- Wimmer-Puchinger, Beate (2006). Prävention von postpartalen Depressionen – Ein Pilotprojekt des Wiener Programms für Frauengesundheit. In Beate Wimme-Puchinger & Anita Riecher-Rössler (Hrsg.), *Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis* (S. 21-49). Wien: Springer Verlag.
- Wimmer-Puchinger, Beate (ohne Datum). *Präventionsarbeit bei psychischen und sozialen Belastungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt*. Gefunden unter <https://www.elternbildung.at/expert-inn-enstimmen/praeventionsarbeit-bei-psychischen-und-sozialen-belastungen-in-der-schwangerschaft-und-nach-der-geburt/>

10 Abbildungsverzeichnis

- Reck, Corinna, Weiss, Robert S., Fuchs, Thomas, Möhler, Eva, Downing, George & Mundt, Christoph (2004). Psychotherapie der postpartalen Depression. Mutter-Kind-Interaktion im Blickpunkt *Der Nervenarzt*, 11, 1068-1073.

11 Anhang

11.1 Edinburgh Postnatal Depression Scale



Verein Postnatale Depression Schweiz
3000 Bern

www.postnatale-depression.ch
info@postnatale-depression.ch

Edinburgh-Postnatal-Depressions-Skala EPDS (Fragebogen zur Selbsteinschätzung)

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

In den letzten 7 Tagen oder in den Tagen seit der Geburt...	Punkte
1. ...konnte ich lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen	
<input type="checkbox"/> so wie ich es immer konnte	0
<input type="checkbox"/> nicht ganz so wie sonst	1
<input type="checkbox"/> deutlich weniger als früher	2
<input type="checkbox"/> überhaupt nicht.....	3
2. ...konnte ich mich so richtig auf etwas freuen	
<input type="checkbox"/> so wie immer	0
<input type="checkbox"/> etwas weniger als sonst	1
<input type="checkbox"/> deutlich weniger als früher	2
<input type="checkbox"/> kaum.....	3
3. ...fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas schief lief	
<input type="checkbox"/> ja, meistens	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> nein, nicht so oft	1
<input type="checkbox"/> nein, niemals	0
4. ...war ich ängstlich und besorgt aus nichtigen Gründen	
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht.....	0
<input type="checkbox"/> selten	1
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> ja, häufig.....	3
5. ...erschrak ich leicht bzw. reagierte panisch aus unerfindlichen Gründen	
<input type="checkbox"/> ja, oft.....	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal.....	2
<input type="checkbox"/> nein, nicht oft	1
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht.....	0
6. ...überforderte mich verschiedenste Umstände	
<input type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit war ich nicht in der Lage, damit fertig zu werden	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal konnte ich damit nicht fertig werden	2
<input type="checkbox"/> nein, die meiste Zeit konnte ich gut damit fertig werden.....	1
<input type="checkbox"/> nein, ich wurde so gut wie immer damit fertig.....	0
7. ...war ich so unglücklich, dass ich nicht schlafen konnte	
<input type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> nein, nicht sehr oft	1
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht.....	0
8. ...habe ich mich traurig und schlecht gefühlt	
<input type="checkbox"/> ja, die meiste Zeit	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> selten.....	1
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht.....	0
9. ...war ich so unglücklich, dass ich geweint habe	
<input type="checkbox"/> ja, die ganze Zeit.....	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> nur gelegentlich	1
<input type="checkbox"/> nein, niemals	0
10. ...überkam mich der Gedanke, mir selbst Schaden zuzufügen	
<input type="checkbox"/> ja, ziemlich oft	3
<input type="checkbox"/> manchmal.....	2
<input type="checkbox"/> kaum.....	1
<input type="checkbox"/> niemals.....	0

Zählen Sie die Punkte zusammen. Haben Sie eine Gesamtpunktzahl von 10 oder höher, kontaktieren Sie eine Fachperson zur genaueren Abklärung.

Quelle: M. Hofecker Fallahpour, Ch. Zinkernagel, U. Frisch, C. Neuhofer, R.-D. Stieglitz, A. Riecher-Rössler: Was Mütter depressiv macht...und wodurch sie wieder Zuversicht gewinnen. Ein Therapiehandbuch, Verlag Hans Huber 2005.

11.2 Heidelberger Belastungs-Skala

27.2 · Die Heidelberger Belastungsskala (HBS)

CODE: _____

Heidelberger Belastungsskala (HBS)

Michael Stasch

Auf der **HBS**-Skala soll eine generelle Einschätzung der Funktionsfähigkeit einer Familie oder anderer Beziehungsformen auf einem hypothetischen Kontinuum zwischen einem optimalen Funktionieren bis zu einem nicht mehr funktionsfähigen System vorgenommen werden. Die Einschätzung der Gesamtbelastung eines Beziehungssystems wird anhand der folgenden vier Bereiche vorgenommen:

- 1) **Persönliche Belastung des Kindes**
- 2) **Persönliche Belastungen der Eltern / Familiäre Belastung**
- 3) **Soziale Belastung**
- 4) **Materielle Belastung**

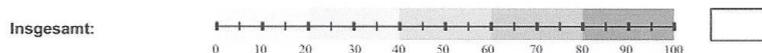
Anleitung zum HBS - Rating

Beziehen Sie sich bei Ihrer Einschätzung auf eigene konkrete Beobachtungen sowie Selbstbeschreibungen der Familien oder fremdanamnestiche Daten. Orientieren Sie sich bei Ihrer Einschätzung für jeden der vier Bereiche zunächst an der vorgegebenen Einteilung der Punktwerte

999	Inadäquate Information
00–20	Das Beziehungssystem weist keine oder nur eine geringe Belastung auf. Evtl. vorhandene Schwierigkeiten werden gut kompensiert.
21–40	Das Beziehungssystem lässt Belastungsfaktoren erkennen, die mittelfristig nicht vollständig kompensiert werden können.
41–60	Die Belastungsfaktoren überwiegen im Vergleich zu unbelasteten Bereichen deutlich.
61–80	Die Belastung ist hoch, Möglichkeiten unbelasteten Funktionierens sind selten.
81–100	Die Belastung ist so schwer, dass Alltagsaufgaben nicht bewältigt werden können. Grundlegende Aspekte von Versorgung (Essen, Kleiden, med. Versorgung) sind nicht sichergestellt. Absoluter Handlungsbedarf!

Diese Einteilungen sind für die einzelnen Bereiche in der Legende (siehe Seite 2 und 3) noch näher erläutert. Nach der ersten Groborientierung erfolgt für jeden der vier Bereiche die Festlegung eines spezifischen Skalenwerts (z.B. 45, 68, 72). Anschließend soll eine Gesamteinschätzung der Familienbelastung vorgenommen werden.

Gesamtbelastung:

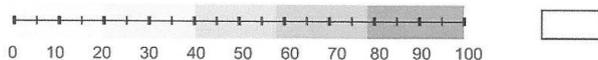


© 2012, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, Aus: Cierpka (Hrsg.): Frühe Kindheit 0-3 Jahre

■ **Abb. 27.1** Die Heidelberger Belastungsskala (HBS), von Stasch (2006) für das Präventionsprojekt »Keiner fällt durchs Netz« (KfDN) am Heidelberger Universitätsklinikum entwickelt

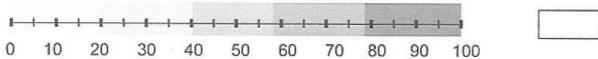
1) Persönliche Belastung des Kindes:

- [00–20] Das Kind ist gesund bzw. zeigt Schwierigkeiten, die im Normbereich liegen.
- [21–40] Das Kind kann krank oder auch behindert sein, allerdings gelingt mit der eingeleiteten Behandlung die medizinische/psychosoziale Rehabilitation bzw. Integration.
- [41–60] Das Kind ist krank, behindert oder kann verhaltensauffällig sein. Die medizinische/psychosoziale Rehabilitation bzw. Integration gelingt durch die eingeleitete Behandlung nur in Ansätzen.
- [61–80] Das Kind ist krank, behindert oder verhaltensauffällig. Die medizinische/psychosoziale Intervention ist unzureichend.
- [81–100] Das Kind ist schwer krank, stark behindert oder extrem verhaltensauffällig. Die medizinische/ psychosoziale Intervention gelingt nicht.



2) Persönliche Belastungen der Eltern / Familiäre Belastung:

- [00–20] Die Eltern sind als Paar verfügbar, psychisch stabil und können mit der veränderten Beziehungssituation und der gestiegenen Belastung adäquat umgehen. Alleinerziehende können auf verlässliche familiäre Unterstützung zurückgreifen oder diese initiieren. Es herrscht eine situationsangemessene, optimistische Atmosphäre.
- [21–40] Die Eltern können durch die veränderte Lebenssituation kurzfristig in eine Krise kommen (bspw. postpartale Depression der Mutter), die allerdings in angemessener Zeit bewältigt werden kann. Die Partnerschaft ist größtenteils gut, weist aber auch potenzielle „Krisenherde“ auf. Alleinerziehende können nur eingeschränkt auf familiäre Unterstützung zurückgreifen.
- [41–60] Ungelöste Konflikte in der Partnerschaft bzw. in der erweiterten Familie oder psychische Erkrankungen hemmen häufig die Problemlösung, Kommunikation und die tägliche Routine; in der Anpassung an familiäre Belastungen und Veränderungen gibt es erhebliche Schwierigkeiten. Alleinerziehende sind deutlich überfordert.
- [61–80] Die Partnerschaft ist dauerhaft von Trennung bedroht oder aufgrund persistierender Zerwürfnisse zerbrochen. Psychische Erkrankungen, Alkoholismus und/oder Gewalt spielen eine deutliche Rolle in der Familie.
- [81–100] Es gibt kaum einen gemeinsamen Familienalltag (z.B. keine gemeinsamen Mahlzeiten, Schlafens- und Aufstehzeiten, die Familienmitglieder wissen meist nicht, wo die anderen sind; die Kommunikation ist schwer gestört, man redet aneinander vorbei). Psychische Erkrankungen, Alkoholismus, Drogenabhängigkeit und/oder Gewalt spielen eine Rolle in der Familie.



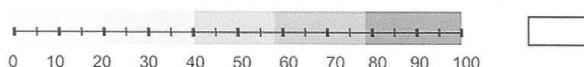
© 2012, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, Aus: Cierpka (Hrsg.): Frühe Kindheit 0-3 Jahre

▣ Abb. 27.1 (Fortsetzung)

27.2 · Die Heidelberger Belastungsskala (HBS)

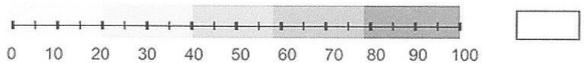
3) Soziale Belastung:

- [00–20] Die Familie ist sozial gut integriert und kann gegebenenfalls Hilfe aktivieren.
- [21–40] Die Familie kann sozial integriert sein, allerdings trotzdem nur schwer auf bspw. die Herkunftsfamilie oder Bekanntenkreis als verlässliche Unterstützung zurückgreifen.
- [41–60] Die Familie ist sozial wenig integriert, **potenzielle** Unterstützungssysteme (bspw. Familie, Freundeskreis, Einrichtungen der Jugendhilfe) erscheinen zum großen Teil weit weg, ebenfalls instabil bzw. wenig hilfreich und entlastend.
- [61–80] Die Familie hat keine hinreichende soziale Unterstützung. Das Umfeld ist möglicherweise dissozial, auf keinen Fall aber eine verlässliche Ressource.
- [81–100] Das soziale Umfeld ist dissozial, kriminell und insgesamt eher destruktiv.



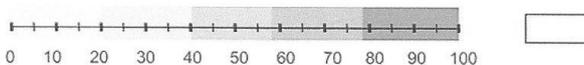
4) Materielle Belastung:

- [00–20] Die finanzielle Situation ist gesichert und kann grundlegende Versorgungsmöglichkeiten gewährleisten. Es besteht ein gewisser finanzieller Spielraum. Die Wohnsituation ist gut.
- [21–40] Die finanzielle Situation ist gesichert und kann grundlegende Versorgungsmöglichkeiten gewährleisten, allerdings sind die darüber hinausgehenden finanziellen Möglichkeiten eingeschränkt. Die Wohnsituation ist ausreichend oder zumindest zumutbar.
- [41–60] Die finanzielle Situation ist bspw. durch Schulden oder längere Arbeitslosigkeit nicht ausreichend gesichert und/oder es herrscht Wohnungsenge.
- [61–80] Die finanzielle Situation ist bspw. durch Schulden oder längere Arbeitslosigkeit völlig unzureichend und es herrscht Wohnungsenge.
- [81–100] Es herrscht große Armut und Wohnungsenge.



Gesamtbelastung:

- [00–20] Das Beziehungssystem weist keine oder nur eine geringe Belastung auf. Evtl. vorhandene Schwierigkeiten werden gut kompensiert.
- [21–40] Das Beziehungssystem lässt Belastungsfaktoren erkennen, die mittelfristig nicht vollständig kompensiert werden können.
- [41–60] Die Belastungsfaktoren überwiegen im Vergleich zu unbelasteten Bereichen deutlich.
- [61–80] Die Belastung ist hoch, Möglichkeiten unbelasteten Funktionierens sind selten.
- [81–100] Die Belastung ist so schwer, dass Alltagsaufgaben nicht bewältigt werden können. Grundlegende Aspekte von Versorgung (Essen, Kleiden, med. Versorgung) sind nicht sichergestellt. Absoluter Handlungsbedarf!



© 2012, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, Aus: Cierpka (Hrsg.): Frühe Kindheit 0-3 Jahre

■ Abb. 27.1 (Fortsetzung)