



Ausbildungszentrum  
Laktation und Stillen  
Frühe Kindheit und Familie

Kurs 2019/2020

Frankfurt/Wächtersbach

Unter der Leitung von

Gabriele Muhl IBCLC

**FACHARBEIT**

**Laktationsstörung bei  
postpartaler Depression**

von

Melanie Mölich

Dromersheimer Straße 8

55411 Bingen-Sponsheim

## Vorwort

Ich habe mich etwas schwer getan in der Themenfindung wie auch mit dem Beginn meiner Arbeit.

Mein Thema habe ich schlussendlich aus meiner privaten Erfahrung heraus gewählt. Ich selbst bin zweifache Mutter und litt nach der Geburt meines zweiten Kindes an postpartaler Depression. Die Krankheit blieb bei mir lange unbehandelt, weil sie unentdeckt blieb. Deswegen habe ich mich in meiner Facharbeit mit diesem Thema beschäftigt.

Die Psyche benötigt in dieser besonderen Zeit eine besondere Aufmerksamkeit, denn nicht immer verläuft die Zeit nach der Entbindung glücklich und reibungslos.

Ich erhoffe mir von meiner Facharbeit meine Kollegen aufmerksamer zu machen, damit man ein Gespür dafür bekommt, diese oft versteckte Krankheit zu erkennen und wahrzunehmen. Postpartale Depressionen und die damit verbundenen Auswirkungen kommen häufig vor. Die meisten wissenschaftlichen Veröffentlichungen sprechen von rund 15 % der frisch entbundenen Frauen, die unter dieser psychischen Erkrankung leiden. Mit dieser Zahl ist es die häufigste Komplikation im Wochenbett und sollte dementsprechend einen höheren Stellenwert haben.

Ich versichere hiermit, dass die vorliegende Facharbeit von mir verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet wurden.

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>I Einleitung</b>	1
1. Mögliche Ursachen für postpartale Depression	1
1.1 Disposition	1
1.2 Beziehungsebene	2-3
1.3 Rund um Schwangerschaft und Geburt	4-5
2. Diagnose	6
2.1 Symptome der Mutter	6-7
2.2 Auswirkungen auf das Kind mit besonderem Blick auf die Stillbeziehung	7-9
2.3 Hilfreiche Instrumente zur Erkennung der postpartalen Depression	10-13
3. Mögliche Hilfestellungen der Laktationsberaterin	13
3.1 Beratung und Gesprächsführung	14-15
3.2 Hilfestellungen von der Laktationsberaterin	16-17
3.3 Grenzen der Hilfestellung	17
<b>II Schlussfolgerung</b>	18
<b>IV Literaturverzeichnis</b>	19
<b>V Abkürzungsverzeichnis</b>	20

## Einleitung

Die postpartale Depression ist die am häufigsten vorkommende Erkrankung nach einer Geburt. Im Allgemeinen werden alle schweren, länger andauernden und behandlungsbedürftigen depressiven Erkrankungen im ersten Jahre nach Entbindung so bezeichnet. Der Begriff kommt aus dem lateinischen *post* = nach und *partus* = Entbindung. Die Depression stammt auch von dem lateinischen Wort *deprimere* = niederdrücken. Es können alle klassischen Symptome einer Depression auftreten, wie zum Beispiel völlige innere Leere, geringes Selbstwertgefühl, Erschöpfung, andauernde Müdigkeit und Schlafstörungen. Wobei immer wieder auffällt, dass in der Postpartalzeit diese Erkrankung mit einer besonders ausgeprägten emotionalen Labilität einhergeht. Es können schwere Zustände der Depression vorkommen mit ausgeprägter

Suizidalität. (Quelle 1)

### 1. Mögliche Ursachen für postpartale Depression (PPD)

Bis heute hat die Ursachenforschung keine speziellen Risikofaktoren ergeben. Man geht davon aus, dass die postpartale Depression multifaktoriell entsteht. Eine erkrankte Frau bringt mehrere Faktoren zusammen, welche die PPD entstehen lässt. Das heißt, verschiedene Faktoren tragen dazu bei, eine PPD entstehen zu lassen.

Die Geburt eines Kindes allein bringt schon einige Veränderungen mit sich. Es gibt Mütter, die mit der neuen und veränderten Belastung gut zurechtkommen und Mütter, die diese nicht gut kompensieren können und sich schnell überlastet und überfordert fühlen. Diese gefühlte Überlastung kann zu der Entwicklung einer Depression führen.

## 1.1 Disposition

Die genetische Disposition ist nach neusten Erkenntnissen zu 40 bis 50 Prozent eine Ursache für postpartale Depression. Frauen, die eine psychische Vorbelastung haben, erkranken häufiger an PPD, da eine Schwangerschaft, die Geburt und die damit verbundene veränderte Lebenssituation erhebliche Stressoren freisetzt. Das Lebensereignis bald eine Elternschaft zu übernehmen ist für manche Frauen eine Überbelastung.

Eine familiäre Belastung erhöht die Krankheitsgefährdung geringfügig, aber statistisch gesehen ist das Erkrankungsrisiko höher, je niedriger der Verwandtschaftsgrad. Das bedeutet, wenn die eigene Mutter erkrankt ist, ist die Wahrscheinlichkeit höher zu erkranken. (Quelle 7 Seite 23-26)

## 1.2 Beziehungsebene

Eine große Rolle bei der Ursachenforschung spielt die enorme Veränderung in der Beziehung der Eltern. Paare haben die Vorstellung, dass ein Kind die Beziehung festigt und man noch mehr zusammenfindet. Doch oft treiben die neuen Aufgaben und Herausforderungen die Paare auseinander. Die Frau ist beschäftigt sich in ihrer neuen Rolle zurechtzufinden und auch der Mann positioniert sich neu als Versorger und flüchtet sich in seine Arbeit. In der Säuglingsphase baut eine Frau auf die Unterstützung des Mannes im Haushalt. Eine mangelnde Unterstützung vom Partner erhöht den Stresslevel der Frau und somit den Faktor eine postpartale Depression zu bekommen. Die Qualität der Partnerschaft leidet in den ersten drei Jahren nach einer Geburt. Die Umverteilung der Aufgaben führt oft zu Streitigkeiten und Unzufriedenheit.

Die schwierige Paarbeziehung begünstigt eine Entstehung einer postpartalen Depression.

Wenn man den Blick auf die Beziehungen wirft, ist die Mutter-Tochter-Beziehung auch eine wichtige, die sich in der Zeit stark verändert. Die frisch gebackene Mutter hat nun auch zu ihrer Mutter ein anderes Verhältnis. Denn oft will man Dinge in der Erziehung anders machen als die eigene Mutter. Dieses Verhalten wird oft als Angriff bewertet, und so kommt es in der sonst so gut laufenden Mutter-Tochter-Beziehung zu ganz neuen, nie da gewesenen Konflikten.

Ein offenes Gespräch in der empfindsamen Zeit würde oft schon helfen, aber eine eventuell eingefahrene Kommunikation unter Familienmitgliedern lässt dies nicht zu. Somit führt dieser unbesprochene Konflikt unterschwellig zur erneuten Belastung der jungen Mutter.

Auch die Beziehung zu Freunden wird mit einem Kind anders. Eine Mutter hat völlig andere Interessen als vor der Geburt. Die junge Mutter fühlt sich nicht verstanden von den einst besten Freunden. Der Fokus liegt gerade in der Anfangszeit auf dem eigenen Kind, das führt oft zur Isolation. Viele Mütter versuchen dann, sich mit Gleichgesinnten zusammen zu tun. Sie gehen in Kurse oder zu Mütter-Treffen. Doch diese Freundschaften basieren oft nur auf einem Konkurrenzkampf, die Mütter vergleichen das Können ihrer Säuglinge. Man kann eher von Bekanntschaften sprechen, denn vertrauensvolle Gespräche und offenes Sprechen über die Problematiken, die eine Elternschaft mit sich bringt, werden dort nicht stattfinden.

Als letztes sollte man auch die Beziehung zum eigenen Kind betrachten. Ein großes Problem ist, wenn die Mutter nicht gleich Mutterliebe zu ihrem eigenen Kind empfindet, sondern eher das Gefühl hat eine „Rabenmutter“ zu sein.

Oft sind daran die Interventionen schuld, die die Frauen unter Geburt in Kliniken erleben. Eigentlich ist das natürliche

Hormonsystem so gesteuert, dass Mutter und Kind nicht voneinander lassen können. Sie wollen sich riechen, sehen und fühlen.

Diese natürlichen Botenstoffe werden bei verschiedensten unphysiologischen Eingriffen bei der Entbindung in der Zusammensetzung verfälscht. Zum Beispiel Oxytocingabe unter Geburt oder gar eine Sectio caesarea. Auch die in Kliniken oft gängigen Störungen des Bondings spielen dabei eine große Rolle. Es ist wissenschaftlich bewiesen, dass das ungestörte Bonding die Mutter-Kind-Beziehung stärkt. Geschieht dies nicht nach der Entbindung oder wird es unterbrochen, kann es dazu führen, dass auch hier die Mutter eine gestörte Beziehung zu ihrem Kind hat. Oft äußern frisch entbundene Frauen, dass das Kind ihnen fremd ist, dass es sich nicht wie das eigene anfühlt. Diese Gedanken führen zu Schuldgefühlen, eine schlechte Mutter zu sein, und beeinträchtigen die Bindung zum Säugling. (Quelle 7 Seite 27-29)

### **1.3 Rund um Schwangerschaft und Geburt**

Der dritte Faktor, der die postpartale Depression verursachen kann, ist die Veränderung, die ein Körper durch Schwangerschaft und Geburt durchlebt. In der heutigen Gesellschaft spielt das Aussehen eine wichtige Rolle, und die Veränderungen in diesem Lebensabschnitt sind eben zu sehen. Viele Mütter fühlen sich gesellschaftlich unter Druck gesetzt, ihnen bereitet das Schönheitsbild massive Probleme.

In der neuen Lebenssituation ist die Erschöpfung ein Thema. Denn die neuen Sorgen und die zu tragende Verantwortung führen zunehmend zur Überbelastung. Die ständig veränderte Hormonsituation, die schlaflosen Nächte, der viele Besuch und die häufig gutgemeinten Tipps der Verwandtschaft führen dazu, dass eine frischgebackene Mutter sich nicht regenerieren kann und Überforderung und Erschlagenheit den Alltag beherrschen.

Allgemein ist zu sagen, dass traumatische Erlebnisse in der Schwangerschaft einen Teil dazu beitragen können die Psyche der Frau aus dem Gleichgewicht zu bringen. Dieses Feld ist sehr weitläufig. Denn jede werdende Mutter kann von traumatischen Ereignissen oder negativen Erlebnissen betroffen sein. Zum Beispiel eine Nachricht im Zusammenhang mit der Pränataldiagnostik, dass vielleicht bei dem Ungeborenen etwas nicht der Norm entspricht. Auch im familiären Umfeld, wie zum Beispiel ein Todesfall in der Familie oder Arbeitslosigkeit. Alle Krisen, die in der Schwangerschaft und / oder nach der Geburt entstehen, können verantwortlich sein für eine postpartale Depression.

Das Geburtserlebnis an sich kann ebenfalls ein Auslöser sein. Bei dieser intimen Ausnahmesituation der Frau ist wirklich darauf zu achten, das Erlebte aus Sicht der Frau zu betrachten. Denn eine Geburt, die für Hebamme oder Arzt völlig „normal“ verlaufen ist, ist dies noch lange nicht in den Augen der Frau. Einige Frauen beschreiben die Geburt ihrer Kinder als „schrecklich“. Vor allem den Kontrollverlust, keinen Einfluss mehr auf das Geschehen zu haben, erleben die Frauen als traumatisch. Auch von Entwürdigung sprechen die entbundenen Frauen. Das Selbstwertgefühl spielt in dem Zusammenhang eine wichtige Rolle. Denn Frauen, die ihre Entbindung aktiv mitgestalten und bei denen weniger in den Geburtsverlauf eingegriffen wird, erhalten ein höheres Selbstwertgefühl. Die Frauen, die die Entbindung ihrer Kinder anders erleben, verlieren die eigene Wertschätzung. Der mangelnde Selbstwert begünstigt die Erkrankung an postpartaler Depression. (Quelle 7 Seite 29-31)



## **2. Diagnose**

Als erstes muss man sagen, dass eine Diagnose zu stellen eigentlich nicht die Aufgabe der Still- und Laktationsberaterin ist. Da wir als Beraterinnen aber häufiger Kontakt zu den Frauen haben, sollte es unsere Aufgabe sein, die Frauen zu erkennen, die an einer postpartalen Depression leiden. Denn nur durch eine erkannte Depression können die betroffenen Frauen behandelt werden. Oft verstecken erkrankte Frauen ihre Anzeichen der Depression durch ewiges Lächeln, das Schamgefühl ist zu groß. Leider ist es in unserer Gesellschaft so, dass psychische Erkrankungen schnell stigmatisiert werden. Es liegt in der Verantwortlichkeit der Fachkraft, dass die Frauen nicht abgestempelt werden und eine schnelle Diagnose und Behandlung erhalten. Die Betreuenden einer frischgebackenen Mutter müssen ihren Blick schärfen, um die versteckten Signale zu erkennen.

### **2.1 Symptome der Mutter**

Postpartale Depressionen schlagen sich meist in der Mutter-Kind-Beziehung nieder. Eines der größten Alarmzeichen ist, wenn das Gefühl der Mutter zu ihrem Kind und den Bedürfnissen ihres Kindes gestört ist. Schafft es eine Mutter nicht, im Laufe der ersten drei Wochen einen sicheren bedürfnisorientierten Umgang mit ihrem Baby herzustellen, ist dies ein Zeichen, hinter die bestehende Fassade zu gucken.

Manche Frauen sind nicht in der Lage, Dinge gleichzeitig zu tun. Ist also gerade ein Telefonat wichtig, vergessen sie ihr Kind, obwohl dieses gerade auch ein Bedürfnis hat. Postpartale Depressionen beeinträchtigen die Kognition. Die Konzentration lässt nach und auch die Aufmerksamkeit schwindet.

Frauen, die ungewöhnlich viel Betreuung einfordern, sind oftmals von der postpartalen Depression betroffen. Sie leiden oft unter Schlaflosigkeit. Zeitlich wäre Schlaf möglich, aber die Sorgen lassen die Frauen nicht schlafen.

Bei Frauen, die sich bei uns Laktationsberaterinnen melden mit zu geringer Milchmenge oder ungenügender Gewichtszunahme des Kindes, sind nicht nur die körperlichen Aspekte zu betrachten, sondern auch die psychischen Aspekte. Denn der Stress, führt zu Laktationsschwierigkeiten.

Im Allgemeinen lassen sich folgende Symptome zusammenfassen: Gedrückte Stimmung, Interessen- und Antriebslosigkeit, motorische Verlangsamung, Konzentrationsschwierigkeit, mangelnde Entscheidungsfähigkeit, Appetitlosigkeit, Schlafstörung, Müdigkeit und Energielosigkeit, körperlich funktionelle Störungen, wie z.B. Kopfschmerzen, Obstipation, Rückenschmerzen, Bauchschmerzen, Herzrasen. Die Frauen fühlen sich wertlos und haben oftmals unbegründete Schuldgefühle. In besonders ausgeprägter Form haben die Wöchnerinnen Todes- und Suizidgedanken. (Quelle 2)

## **2.2 Auswirkungen auf das Kind mit besonderem Blick auf die Stillbeziehung**

Kinder benötigen zum guten Gedeihen eine funktionierende Mutter-KindInteraktion. Depressive Mütter haben eine gestörte Interaktion, was somit auch Auswirkungen aufs Kind hat. Es unterscheiden sich zwei Formen im Mutter Kind Umgang depressiver Mütter.

1. Form: verhaltene, passive Mutter: Der Umgang mit dem Kind wirkt mechanisch. Sie kümmert sich um das Kind, aber ist dabei ausdruckslos, hat wenig Körpersprache und Mimik. Sie nimmt die Signale ihres Kindes nicht wahr. Sie spricht mit ihrem Kind sehr leise und auch nur, wenn es sein muss. Der Kontakt zum Kind erfolgt ohne jede Anteilnahme.

2. Form: aufdringliche, aggressive Mutter: Wegen ihrer hohen Aktivität werden diese Frauen häufig nicht als depressiv erkannt. Sie sind hektisch und aufgeregt, manchmal etwas übergriffig. Diese Art von Mutter versucht ihre Überforderung mit ihrem Tatendrang zu kompensieren. Sie hat ständig die Sorge, etwas zu verpassen. Feinfühligkeit und Intuition bleiben aus.

Beide Formen haben das Problem, dass die Bedürfnisse des Kindes nicht erkannt und somit auch nicht adäquat reagiert wird. Im Bezug auf das Stillen bedeutet dies folgendes:

Hungerzeichen werden von der Mutter nicht erkannt. Sie legen die Kinder erst an, wenn diese schon am Höhepunkt der Hungersignale angekommen sind, nämlich, wenn sie schreien. Das vermeintlich vermehrte Schreien, kann dazu führen, dass sich die betroffenen Mütter vorwerfen eine schlechte Mutter zu sein. Die Selbstwertschätzung sinkt, und die Mutter befindet sich mit dieser Situation im Teufelskreis der postpartalen Depression.

Die hormonelle Veränderung ist enorm während und direkt nach der Schwangerschaft. Frisch entbundene Frauen haben einen hohen Anstieg des Hormons Oxytocin. Dieses sorgt für die Entspannung. Das Hormon wirkt angst- und aggressionsreduzierend. Es fördert das Verlangen nach weiterem Kontakt zum Kind und ist verantwortlich für den Milchspendereflex. Bei depressiven Müttern wird der Transport des Oxytocins durch den kontinuierlich hohen Stresspegel gestört. Es wird vermehrt das Hormon Adrenalin ausgeschüttet. Ein Grund dafür, dass man depressiven Frauen besonders das Stillen empfiehlt, ist die Wirkung des Hormons Prolaktin, welches vor, während und nach dem Anlegen in hoher Konzentration ausgeschüttet wird. Denn dieses kann die Adrenalinausschüttung unterbrechen und somit die Frau zur Entspannung bringen. Prolaktin wirkt beruhigend und verstärkt das Fürsorgeverhalten. Je öfter das Kind angelegt wird, desto mehr

Prolaktinrezeptoren werden in den ersten Lebenstagen gebildet. Diese sind Voraussetzung für die ausreichende Milchmenge im späteren Stillverlauf.

Erkrankte Mütter legen ihre Kinder von der Häufigkeit her eher weniger an, da sie die Signale des Kindes nicht erkennen. Dies führt zur geringen und nicht ausreichenden Milchbildung. Eine ausreichende Milchmenge ist vorhanden, wenn man häufig anlegt, das bedeutet in 24 Std 10 bis 12 Mal, denn die Nachfrage regelt das Angebot. Das wenige Anlegen hat zur Folge, dass die Kinder unruhig und nicht gesättigt sind. In diesem Zustand greifen die Frauen schneller zur Formula Nahrung oder stillen sogar ganz ab, weil sie auch hier mit den Gedanken beschäftigt sind, keine gute Mutter zu sein. Für das Kind bedeutet dies, dass es nicht ausreichend zunimmt und durch das ggf. schnelle Zufüttern zügig abgestillt wird.

(Quelle 5)

Gemäß dem Artikel zur Mutter-Kind Interaktion bei postpartalen Depression: "Die Selbstregulation bei Kindern depressiver Mütter ist oft gestört. Gründe sind die fehlenden Emotionen in der Mutter-Kind-Beziehung und die wenigen Interaktionserfahrung. Das Verhalten depressiver Mütter lässt sich zumeist durch mangelnde Responsivität, Passivität oder Intrusivität, weniger positiven Affekt und ein weniger expressives mimisches Ausdrucksverhalten charakterisieren. Typisch frühkindliche Verhaltensweisen in der Interaktion mit ihren depressiven Müttern sind vermehrte Rückzugs- und Vermeidungsverhaltensweisen, insbesondere ein geringes Ausmaß an positiven Affektausdruck, sowie die Vermeidung von Blickkontakt (Cohn et al., 1986). Das häufige Wegdrehen des Kopfes und die aktive Vermeidung des Blickkontaktes kann als Versuch der Säuglinge verstanden werden, sich vor dem negativen Effekt des mütterlichen Verhaltens zu schützen. Man beobachtet generell, dass die Säuglinge eher ihre depressiven Mütter spiegeln und ausdruckslos in

Interaktionen treten. Field und Mitarbeiter (1988) kamen zu einem Untersuchungsergebnis, dass Kinder in der Interaktion mit ihren

depressiven Müttern deutliche Anzeichen von Stress aufwiesen, erhöhte Cortisolwerte, erhöhte Herzfrequenz und erniedrigter Vagotonus. In einem Experiment, dem Still-Face-Experiment von Tronick 1998, stellte man fest, dass die Kinder eine ausgeprägte selbstregulierende Fähigkeit haben. Außerdem wurde bemerkt, dass Säuglinge sich relativ gut an die Belastung adaptierten. Sie versuchten immer wieder Kontakt zu ihren Müttern aufzunehmen. Es besteht eine Mutter-Kind-Dyade. Somit ist immer und von Anfang an eine gegenseitige Stimulation." (Quelle 6)

### **2.3 Hilfreiche Instrumente zur Erkennung der postpartalen Depression**

Es gibt einige Screeninginstrumente, um eine postpartale Depression herauszufinden.

Die Edinburgh Postnatal Depressions Skala (EPDS) ist ein Fragebogen auf dem, die Antwort markiert wird, die am ehesten beschreibt, wie sich die Frau in den letzten sieben Tagen gefühlt hat. Bei der Bearbeitung des Fragebogens geht es nicht nur um den jetzigen Zustand, sondern um die letzte Woche.

Der Fragebogen wurde von Cox, Holden & Sargovsky (1987) eingeführt und wurde speziell entwickelt, um Depressionen bei Müttern in üblichen Betreuungssituationen nach der Geburt zu entdecken. Dieser Fragebogen schließt körperliche Symptome aus, die nach der Geburt häufig vorkommen (Müdigkeit, Schlafstörungen, Reizbarkeit) und in dieser Phase nicht unbedingt als depressive Symptome zu bewerten sind. Jede Frage hat einen Punktwert von 0 bis 3 und die Werte der 10 Fragen werden

zusammengezählt. Die höchste Punktezahl ist somit 30 und würde eine sehr schwere Depression bedeuten, das Minimum wäre 0 und würde völliges Fehlen jeglicher Symptome bedeuten.

Die EPDS stellt keine klinische Diagnose Depression und soll auch nicht als Ersatz für eine psychiatrische Evaluation dienen. Die EPDS kann auch nicht voraussagen, ob man mal an einer Depression leiden wird. (3)

Beispiel als Abbildung



### Edinburgh-Postnatal-Depressions-Skala EPDS\*

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
<b>1. ... konnte ich lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen</b>	
<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
<b>2. ... konnte ich mich so richtig auf etwas freuen</b>	
<input type="checkbox"/> so wie immer.....	0
<input type="checkbox"/> etwas weniger als sonst.....	1
<input type="checkbox"/> deutlich weniger als frühe.....	2
<input type="checkbox"/> kaum.....	3
<b>3. ... fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas schief lief</b>	
<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
<b>4. ... war ich ängstlich und besorgt aus nichtigen Gründen</b>	
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht.....	0
<input type="checkbox"/> selten.....	1
<input type="checkbox"/> ja, manchmal.....	2
<input type="checkbox"/> ja, häufig.....	3
<b>5. ... erschrak ich leicht bzw. reagierte panisch aus unerfindlichen Gründen</b>	
<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
<b>6. ... überforderte mich verschiedenste Umstände</b>	
<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
<b>7. ... war ich so unglücklich, dass ich nicht schlafen konnte</b>	
<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
<b>8. ... habe ich mich traurig und schlecht gefühlt</b>	
<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
<b>9. ... war ich so unglücklich, dass ich geweint habe</b>	
<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
<b>10. ... überkam mich der Gedanke, mir selbst Schaden zuzufügen</b>	
<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.

Verein Postnatale Depression Schweiz  
Mühlebachstrasse 30 | 8800 Thalwil | Tel. 044 720 25 55  
info@postnatale-depression.ch | www.postnatale-depression.ch  
PC: 60-606252-7 | IBAN: CH82 0900 0000 6060 6252 7

Ein weiteres Instrument ist die Depression-Angst-Stress-Skala für die Peripartalzeit (DASS-P)

Die Depression-Angst-Stress-Skala wurde von erfahrenen, auf die Perinatalzeit spezialisierten Psychologen entwickelt. Es handelt sich um ein Screeninginstrument, welches auf Basis der klinischen Praxis und unter Einbezug von bereits existierenden und validierten Instrumenten entwickelt wurde. Es ist ein Selbsteinschätzungsinstrument, welches aus 31 Aussagen besteht. Die Häufigkeit der Symptome wird auf einer Antwortskala von 0 bis 3 Punkten angegeben. Die Einschätzung bezieht sich auf Symptome des letzten Monats. Die Skala ist in vier Teile unterteilt: 1. akute Angst und Einstellung, 2. Generelle Besorgnis und spezifische Ängste, 3. Perfektionismus, Kontrolle und Trauma und 4. Soziale Angst.

Aus allen Punkten wird eine Summe gebildet. Ist die Gesamtpunktzahl größer als 5 ist weitere Diagnostik nötig. (4) Beispiel als Abbildung

Fragen zu Ihrem Befinden					
<p><b>Bearbeitungshinweis:</b> Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie die Zahl 0, 1, 2 oder 3 an, die angeben soll, wie sehr die Aussage während der letzten Woche auf Sie zutrifft. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuchen Sie, sich spontan für eine Antwort zu entscheiden.</p>					
0	Trifft gar nicht auf mich zu				
1	Trifft bis zu einem gewissen Grad auf mich zu oder manchmal				
2	Trifft in beträchtlichem Maße auf mich zu oder ziemlich oft				
3	Trifft sehr stark auf mich zu oder die meiste Zeit				
1	Ich fand es schwer, mich zu beruhigen.	0	1	2	3
2	Ich spürte, dass mein Mund trocken war.	0	1	2	3
3	Ich konnte überhaupt keine positiven Gefühle mehr erleben	0	1	2	3
4	Ich hatte Atemprobleme (z. B. übermäßig schnelles Atmen, Atemlosigkeit ohne körperliche Anstrengung).	0	1	2	3
5	Es fiel mir schwer, mich dazu aufzuraffen, Dinge zu erledigen.	0	1	2	3
6	Ich tendierte dazu, auf Situationen überzureagieren.	0	1	2	3
7	Ich zitterte (z. B. an den Händen).	0	1	2	3
8	Ich fand alles anstrengend.	0	1	2	3
9	Ich machte mir Sorgen über Situationen, in denen ich in Panik geraten und mich lächerlich machen könnte.	0	1	2	3
10	Ich hatte das Gefühl, dass ich mich auf nichts mehr freuen konnte.	0	1	2	3
11	Ich bemerkte, dass ich mich schnell aufregte.	0	1	2	3
12	Ich fand es schwierig, mich zu entspannen.	0	1	2	3
13	Ich fühlte mich niedergeschlagen und traurig.	0	1	2	3
14	Ich reagierte ungehalten auf alles, was mich davon abhielt, meine momentane Tätigkeit fortzuführen.	0	1	2	3
15	Ich fühlte mich einer Panik nahe.	0	1	2	3
16	Ich war nicht in der Lage, mich für irgendetwas zu begeistern.	0	1	2	3
17	Ich fühlte mich als Person nicht viel wert.	0	1	2	3
18	Ich fand mich ziemlich empfindlich.	0	1	2	3
19	Ich habe meinen Herzschlag gespürt, ohne dass ich mich körperlich angestrengt hatte (z. B. Gefühl von Herzrasen oder Herzstolpern).	0	1	2	3
20	Ich fühlte mich grundlos ängstlich.	0	1	2	3
21	Ich empfand das Leben als sinnlos.	0	1	2	3

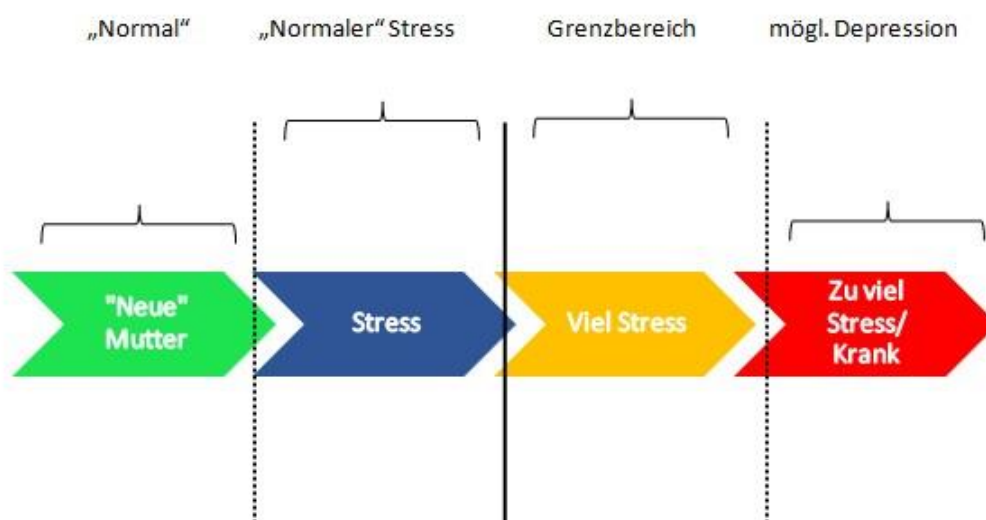


Trotz dieser wissenschaftlichen Instrumenten sollten alle Person, die frischgebackene Mütter betreuen sich immer auf ihr Bauchgefühl verlassen. Besteht in welcher Art auch immer der Verdacht einer postpartalen Depression, ist es unsere Aufgabe, der Frau zur Seite zu stehen, ihr jeder Zeit empathisch entgegenzutreten und ihr Hilfsangebote nahe zu legen.

### 3 .Mögliche Hilfestellungen der Laktationsberaterin

Die Beraterin kann bei ihrer Arbeit auf ihr fundiertes Wissen zurückgreifen. Die Schwierigkeit in dieser besonderen Situation besteht darin, dass die Symptome also die Laktationsstörung ihren Ursprung in der Depression haben. Um die Laktationsstörung zu beheben, muss man die Ursache, also die Depression behandeln.

Als Laktationsberaterin hat man die Aufgabe, der frisch gewordenen Mutter zu helfen. Eine Differenzierung ist notwendig. Befindet sich die Wöchnerin in der "normalen" Lebensumstellung, oder hat sie Stress wegen kleiner Startschwierigkeiten in ihrer neuen Rolle? Bei beiden Umständen hat die Laktationsberaterin Möglichkeiten zu helfen. Kommt die Mutter, aber in den Grenzbereich und eine Depression ist vorhanden,



ist die Beraterin in der Pflicht, die Frau weiter zu schicken um ihre Erkrankung zu behandeln, zur Anschauung die Grafik.

### **3.1 Beratung und Gesprächsführung**

Als Still- und Laktationsberaterin ist es unsere Aufgabe und wir tragen die gemeinsame

Verantwortung, mit der Frau für deren Gesundheit zu sorgen. In der Beratung ist ein respektvoller Umgang sehr wichtig. Man muss sein Gegenüber wahrnehmen wie es ist und seine Individualität respektieren. Besteht der Verdacht einer postpartalen Depression, muss dieser mit der betroffenen Frau besprochen werden. Diese Situation bedarf einer Gesprächsvorbereitung.

Vor dem Gespräch sollte man sich Informationen einholen. So kann man während des Gesprächs der Frau vermitteln, dass man sich mit ihr und ihrem Problem befasst hat. Besteht zwischen Beraterin und Frau eine gute Vertrauensbasis, ist es nötig empathisch und klar in seiner Gesprächsführung zu bleiben. Die Frauen verlieren sich in ihrem Redefluss. Hier ist eine konstruktive Führung des Gesprächs erforderlich. Dramatisierungen und oder Bagatellisierungen sind absolut fehl am Platz. In dem Gespräch muss die Beraterin immer authentisch bleiben. Dies funktioniert am besten mit Ich-Botschaften. Ein Beispiel: „Da muss man eben durch.“ wäre eine Bagatellisierung. Authentisch und empathisch wäre „Ich weiß, es ist schwer, aber sie werden um diesen Schritt nicht herumkommen.“ So versteckt die Beraterin sich nicht hinter generalisierten Aussagen und gibt der Frau Signale, mit ihr zusammen die Verantwortung zu tragen. In der Situation sollte immer wieder paraphrasiert werden, um Missverständnisse zu minimieren.

Eine versierte Beraterin kann Signale vom Körperausdruck der Frau, wie zum Beispiel Unruhe, verkrampfende Hände oder Blickabwendungen aufgreifen. Solche Wahrnehmungen oder auch die eigene Intuition sollte man mitteilen, um falschen

Interpretationen aus dem Weg zu gehen. Oft liegt hier das eigentliche Thema verborgen. Für diesen Schritt muss sich die Beraterin sicher sein, den Prozess weiter leiten zu können.

Am Ende des Gesprächs sollte man mit allen Beteiligten nochmal Bilanz ziehen. Was wurde in dem Gespräch erreicht und was sind die nächsten Schritte?

Wenn man als Beraterin den Verdacht hat, dass die von uns betreute Person an einer postpartalen Depression leidet, muss man das Problem ansprechen. Diese erste Hürde ist oft schwer und bedarf nochmal besonderer Handhabung.

Als erstes wäre zu klären, ob die Frau gerade in der Lage ist, zuzuhören. Sie kann selbst entscheiden, wann und in welchem Rahmen sie sich einem unangenehmen Thema stellt.

Zu Anfang zeigt man erst einmal das eigene sachliche und persönliche Interesse, man sollte seine Wahrnehmungen aufzählen und zu welcher Schlussfolgerung man deswegen kommt. An diesem Punkt kommt es vor, dass die Betroffenen in eine Abwehrhaltung gehen, die man dann auch begleiten soll. Ist die Frau weiterhin in der Lage sich zu öffnen, muss man ganz klar äußern, dass es um einen Verdacht geht, und welche Schritte die nächsten wären.

Als Beraterin ist immer wieder darauf zu achten, dass unsere Wahrnehmung und Einschätzung mit der Wöchnerin geteilt werden. Es kommt oft vor, dass die Frauen die Problematik bestreiten oder herunterspielen. Oft wird auch die Lösbarkeit bestritten oder die persönliche Fähigkeit, an der Situation etwas zu ändern, ausgeblendet. Wenn solche passiven Verhaltensweisen identifiziert werden, ist es sinnlos an einer Lösung zu arbeiten. Denn die Wöchnerin muss erstmal die Existenz des Problems wahrnehmen. Auch die Problemerkennung ist ein Erfolg. Damit kann man schrittweise deren Bedeutung betrachten und sich dann auf die Lösbarkeit fokussieren.

Es ist ratsam, das Problem noch einmal zu beschreiben. Die Beraterin kann sich im Gespräch damit identifizieren und bietet auch Interpretationen an, zum Beispiel: „Ich könnte gut verstehen, dass.....“ oder „Mir würde es in Ihrer Situation so gehen.....“. Um den betroffenen Frauen zu helfen, ist es auch gut, ihnen die Konsequenzen aufzuzeigen, die die jetzige Situation mit sich bringt. Hierbei ist es wichtig an der Seite der Wöchnerin zu bleiben. Denn es ist für die Frauen eine Konfrontation mit sich selbst, und dafür brauchen sie Halt von der Beraterin.

Ist das Problem von der Wöchnerin erkannt und auch akzeptiert, würde man in die Beratung übergehen. (Quelle 7 Seite 118-128)

### **3.2 Hilfestellungen von der Laktationsberaterin**

In den ersten Tagen nach der Geburt ist es wichtig, die Wöchnerin in ihren Kompetenzen als Mutter zu unterstützen und zu fördern. Als betreuende Person sollte man den Schwächezustand nach der Entbindung psychisch wie auch körperlich respektieren und akzeptieren, und mit den vorhandenen Ressourcen an der Mutter-Kind-Beziehung arbeiten. Der Vater spielt in dieser sehr emotionalen Zeit eine wichtige Rolle und sollte stets mit einbezogen werden.

Wir als Beraterinnen müssen uns selbst reflektieren und alle Patienten gleich behandeln, akzeptieren und respektieren.

Idealerweise sollten alle Personen, die mit jungen Familien Umgang haben und den Anfang ihres gemeinsamen Weges begleiten eine Mischung von Gelassenheit, Entschlossenheit und

unerschütterlichem Vertrauen in die Fähigkeit von Mutter und Kind besitzen. Die bezeichnet man auch als "Tender loving care". (Quelle 5)

Da Frauen mit postpartaler Depression sehr häufig Stillprobleme haben, ist es unsere Aufgabe, diese schnell und umgehend zu beheben, um diesen Stressfaktor auszuschließen. Die positiven Aspekte des Stillens im Hinblick auf die Depression sind nicht außer Acht lassen. Denn das Baby kann seine Mutter stabilisieren. Bei Stillverzicht wird eine hormonelle Veränderung stattfinden, und das Hormonsystem kommt ins Ungleichgewicht. Ein problemloses Stillen wirkt beruhigend auf Mutter und Kind.

Unsere Aufgabe ist es auch, den Frauen bei der Kontaktaufnahme zu Frauenarzt, Psychologe, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen oder ähnliches zu unterstützen.

Auch die Wichtigkeit, die Frauen auf eine erhöhte Selbstfürsorge aufmerksam zu machen, sollte uns bewusst sein.

Die frisch gebackene Familie sollte nie Scheu haben, Hilfe anzunehmen. Die Mutter kann sich einmal am Tag eine Auszeit nehmen, nur für sich. Evtl. sogar ein kleinen Spaziergang, um eine leichte Bewegung an der frischen Luft zu haben. Sie sollte nicht in die Isolation kommen. Als Beraterin könnte man ihr Stillgruppen oder andere Treffs anbieten und auch hier den Erstkontakt einleiten.

Eine Trennung von Mutter und Kind sollte absolut vermieden werden, da das Kind oft der Rettungsanker der Mutter ist.

### **3.3 Grenzen der Hilfestellung**

Die für uns wohl größte Herausforderung in der Betreuung psychisch kranker Frauen ist, den Frauen das richtige Maß an Selbstverantwortung zu lassen, ihr auch Verantwortung zuzumuten,

und gleichzeitig Mitverantwortung zu übernehmen ohne überverantwortlich zu werden.

Viele Frauen können keine Selbstverantwortung mehr übernehmen und dann liegt es an uns Betreuenden, dass die Frau adäquat versorgt wird. Hierbei muss man seine persönliche Grenze im Blick behalten, sie erkennen und danach zu handeln.

Unsere Aufgabe ist die postpartale Depression zu erkennen, die Behandlung ist unsere Grenze.

Die Laktationsberaterin muss die Grenze ihrer Hilfestellung erkennen und hat die Verantwortung eine Behandlung in Gang zu setzen oder zumindest die betroffene Frau an einen Facharzt weiterzuleiten.

Bei Suizidgefahr muss unmittelbar klinische Hilfe hinzugezogen werden, um das Leben von Kind und Mutter nicht zu gefährden. Hier ist eine Klinikeinweisung unumgänglich. (Quelle 7 Seite 127)

### **III Schlussfolgerung**

Zum Abschluss meiner Arbeit ist zu sagen, dass unsere Arbeit als Still- und Laktationsberaterin tiefgründig ist. Das es nicht nur um körperliches Leiden geht oder um Zahlen wie das Gewicht des Kindes, sondern um das ganzheitliche Bild der zu betreuenden

Frau. Der körperliche, geistige und soziale Zustand in ihrer jetzigen neuen herausfordernden Lebenssituation. Die Still- und Laktationsberater sollten ihren Rundumblick gut schulen und durch professionelle Beratung und Gesprächsführung den Frauen adäquat helfen. Trotz allem Engagement niemals ihre Grenzen überschreiten. Sondern sich und der Wöchnerin stets die Grenze aufzeigen und die Frau weiterleiten, sich mit anderen Berufsgruppen vernetzen, um ihre Krankheit zu behandeln zu lassen. Eine Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen ist wichtig, um die optimale Versorgung der eventuell erkrankten Mutter zu gewährleisten. Hier hat die Still- und Laktationsberaterin eine hohe Verantwortung.

#### **IV Literaturverzeichnis**

- 1- A. Riecher-Rössler- Postpartale Depression, 2006-  
Springer
- 2- Skript- Ausbildungszentrum Laktation und Stillen-  
Psychosomatik und psychische Auffälligkeiten im

Wochenbett- Seminar 3- Erika Nehlsen- IBCLC

- 3- Die Edinburgh Postnatale Depression Skala (EPDS) EPDS  
Richtlinie für Professionelle im Gesundheitswesen
- 4- Die Depressions-Angst Stress-Skalen Der DASS – ein  
Screeningverfahren nicht nur für Schmerzpatienten P.  
Nilges<sup>1</sup> · C. Essau<sup>2</sup> © Deutsche Schmerzgesellschaft  
e.V. Published by Springer-Verlag Berlin Heidelberg - all  
rights reserved 2015
- 5- Folie aus dem Skript - Ausbildungszentrum Laktation und  
Stillen- Psychosomatik und psychische Auffälligkeiten im  
Wochenbett- Seminar 3 - Erika Nehlsen- IBCLC
- 6- Mutter Kind Interaktion und postpartale Depression Theorie  
und Empirie im Überblick – Reck, Backenstraß, Möhler,  
Hunt, Resch, Mundt
- 7- Psychische Störungen im Wochenbett-Möglichkeiten der  
Hebammenkunst- Bettina Salis



## **V Abkürzungsverzeichnis**

PPD            Postpartale Depression

IBCLC        International Board Certified Lactation Consultant

EPDS        Edinburgh Postnatal Depression Scale

DASS-P      Depression-Angst-Stress Skala in der Perinatalzeit