

**Frauen mit postpartaler Depression
und ihre Probleme
bei der Alltagsbewältigung
Ansätze für sozialarbeiterische Unterstützung**

Johanna Zweibrod

Diplomarbeit

eingereicht zur Erlangung des Grades
Magistra (FH) der Sozialwissenschaften
an der Fachhochschule St. Pölten

Mai 2008

Erstbegutachterin: Dr.ⁱⁿ Edith Singer

Zweitbegutachter: FH - Prof. DSA Mag. Dr. Peter Pantucek

Kurzfassung

Die vorliegende Arbeit setzt sich mit dem Thema der Alltagsbewältigung bei Frauen mit postpartaler Depression auseinander. Laut Literaturangaben sind jährlich 10-15% der Mütter davon betroffen. Der Krankheitsausbruch ist meist durch das Zusammenspiel mehrerer Ursachen und Risikofaktoren bedingt. Die Folgen dieser Depression haben sowohl einen großen Einfluss auf die Kinder als auch auf das familiäre Umfeld. Für betroffene Mütter ist die postpartale Depression mit großen Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung verbunden. Eine professionelle Hilfe ist daher erforderlich.

Das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit besteht darin, herauszufinden, ob Frauen neben therapeutischer und medizinischer Unterstützung noch ergänzende Hilfe in der Bewältigung des täglichen Lebens brauchen. Daraus entwickelte sich die Forschungsfrage, wie die Sozialarbeit bei der Bewältigung der postpartalen Depression einen Beitrag leisten kann unter der Berücksichtigung des sozialen Netzwerkes und der Bedeutung der Netzwerkdicke.

Um die Forschungsfrage zu beantworten wurden Interviews mit betroffenen Müttern durchgeführt. Die Frage nach der Bedeutung der Netzwerkdicke ergibt sich aus den sozialen Netzwerkkarten, die mit den Frauen erstellt wurden.

Ergebnisse der Forschung zeigen, dass in der Alltagsbewältigung ein sozialarbeiterischer Handlungsbedarf besteht. Die Arbeit beschreibt Ansätze von Interventionen durch die Sozialarbeit in der Betreuung bei Müttern, die von postpartaler Depression betroffen sind. Netzwerkgröße und -dicke sind maßgeblich für die Form und Intensität der Unterstützung.

Executive Summary

Strategies of coping with everyday life of women who suffer from postnatal depression

A social work approach

This diploma thesis deals with strategies of coping with everyday life by women who suffer from postnatal depression. According to research findings 10-15% of mothers are affected by this illness. The causes and risk factors are a combination of many facts. The consequences of this illness influence both children and the

family as a whole. From the point of affected mothers the postnatal depression is connected with a burden of coping with everyday life. Therefore professional support is necessary.

The research of this thesis focuses on the question if and how social work can contribute to supporting this target group. A social diagnostic tool is used to display and analyse the situation of the affected women according to their social (friends), family, working life, and professional (health, psychologists, therapists) network.

Interviews were conducted with a sample of affected women to determine the dynamics of their network at the time of the disease. The research shows that there is a clear need for social work support for this target group when it comes to issues of dealing with everyday life routines and building a bridge to other health professionals as well as to family members in order to foster understanding for the problems these women are going through.

Danksagung

Mein Dank gilt all jenen, die durch ihre fachliche, persönliche Unterstützung und ihr Engagement zum Gelingen dieser Diplomarbeit beigetragen haben.

Mein besonderer Dank gilt meine Betreuerin Frau Dr. Edith Singer, die immer wieder mit zahlreichen wissenschaftlichen Anregungen und Tipps an der Verbesserung der Arbeit einen Beitrag leistete. Ihre Geduld und Ausdauer während der Zeit der Betreuung sorgte für eine angenehme Zusammenarbeit.

Ebenso bedanke ich mich bei Univ. Prof. Dr. Anita Holzinger, Dr. Brigitte Schmid-Siegel und Dr. Claudia Reiner-Lawugger für die Unterstützung dieser Arbeit und die Bereitschaft, für alle Fragen offen zu sein.

Für die Ideen und Denkanstöße vor Entstehung dieser Diplomarbeit danke ich Herrn DSA Josef Schörghofer.

Allen Frauen, die sich bereit erklärt haben, für ein Interview zur Verfügung zu stehen, sei an dieser Stelle auch gedankt. Ich wünsche ihnen an dieser Stelle weiterhin alles Gute.

Ich danke auch ganz herzlich Peter Hechtberger für seine Geduld und sein Verständnis.

Einen letzten ganz besonderen Dank möchte ich meiner Familie und meinen Freunden aussprechen die immer wieder aufbauende Worte fanden und mich während der Entstehung dieser Arbeit begleitet haben. Sie haben viele Versionen gelesen, diese kritisch betrachtet, Diskussionen und Denkanstöße dazu geliefert.

Inhalt

Einleitung und Aufbau.....	1
1. Die postpartale Depression.....	4
1.1. Definition und Symptomatik	4
1.2. Ursachen und Risikofaktoren.....	5
1.3. Häufigkeit	6
1.4. Folgen und Auswirkungen	6
1.4.1. Folgen für die Entwicklung des Kindes	7
1.4.2. Auswirkungen auf Familie und Partnerschaft	8
1.5. Verlauf.....	10
1.6. Behandlung	10
1.6.1. Psychotherapie und Einnahme von Medikamenten	11
1.6.2. Weitere Therapiemöglichkeiten	13
1.7. Versorgungs- und Betreuungsangebote.....	15
1.7.1. Ansätze sozialarbeiterischer Interventionen	16
1.7.2. Selbsthilfegruppe	16
2. Alltagsbewältigung mit einem Kind.....	17
2.1. Definition Alltag	17
2.2. Alltagsbewältigung bei Frauen mit postpartaler Depression	17
3. Methodendesign der Forschung.....	19
3.1. Ausgangslage und Ziele der Forschung	19
3.2. Datenerhebung und Auswertung	20
3.3. Auswahl und Beschreibung der Interviewpartnerinnen	22
3.4. Methode der Datenauswertung.....	24
4. Ergebnisse der Forschung.....	25
4.1. Problemfelder nach der Geburt.....	25
4.1.1. Symptome und Anzeichen der Depression	25
4.1.2. Belastungen, die zur Depression geführt haben.....	26
4.1.3. Alltagsbewältigung	27
4.2. Professionelle Unterstützungsmöglichkeiten	28
4.2.1. Zeitpunkt für die Inanspruchnahme von Hilfe	28
4.2.2. Art und Form von professioneller Unterstützung	29
4.2.3. Entscheidende Einflussgrößen für die Annahme professioneller Unterstützung	29
4.2.4. Wissen und Information über Unterstützungsmöglichkeiten	29
4.3. Soziales Netzwerk.....	30
4.3.1. Fälle	32

4.3.3. Formen der Unterstützung im sozialen Netzwerk.....	66
4.4. Rückblick.....	69
4.4.1. Fehlende Unterstützung in der Krankheitsphase.....	69
4.4.2. Hilfreiche Unterstützungen in der Krankheitsphase.....	71
Resümee.....	72
Literatur.....	75

Einleitung und Aufbau

„Ich habe mir so sehr ein Kind gewünscht und nun kann ich mich über das Baby nicht freuen, ich verstehe mich selbst nicht mehr“ (Psychiatrisches Zentrum Nordbaden 2008: 08.03.2008). Sätze, wie diese, verwundern, da die „Gesellschaft“ vorgibt, dass jede Mutter mit ihrem Neugeborenen einfach glücklich sein muss.

Ich setze mich in der vorliegenden Arbeit mit der Problematik der Alltagsbewältigung bei Frauen mit postpartaler Depression auseinander. Die Idee für mein Forschungsinteresse entwickelte sich im Zuge meines Praktikums im Amt für Jugend und Familie. Dort wurde ich häufig mit Müttern konfrontiert, die mit der Betreuung ihres Kindes überfordert waren. Ich begann mich mit dem Thema „Mütter und ihre Probleme im Zusammenhang mit der Geburt“ näher zu beschäftigen. Daraus ergibt sich die Forschungsfrage, welchen Beitrag die Sozialarbeit - unter Berücksichtigung des sozialen Netzwerkes und der Bedeutung der Netzwerkdicke bei der Bewältigung der postpartalen Depression - für diese Mütter leisten kann. In weiterer Folge lassen sich daraus die Annahmen ableiten, dass Frauen, die von postpartaler Depression betroffen sind, neben therapeutischer und medizinischer Unterstützung auch Hilfe im Alltag benötigen. Es drängt sich eine weitere Überlegung auf, ob eine Unterscheidung zwischen der Art der Unterstützung in Bezug auf die Größe und die Dichte des Netzwerkes gemacht werden kann.

Ein Kind zu erwarten und die Geburt zu erleben, Mutter zu werden, zählt zu den schönsten und glücklichsten Phasen im Leben einer Frau und stellt eine große Bereicherung dar. Eine Familie zu gründen ist mit einer großen Umstellung der bisherigen Lebenssituation verbunden. Eine Schwangerschaft bedeutet auch eine körperliche und emotionale Veränderung für eine Frau. In dieser Zeit leidet die werdende Mutter oft an Ängsten und Verunsicherungen, sieht aber auch mit Freude der Ankunft eines Kindes entgegen.

Nach der Geburt steht anfangs das Baby im Mittelpunkt der Familie. Die Bedürfnisse der Frau, die die Belastungen nach der Schwangerschaft und der Entbindung überstanden hat, werden in den Hintergrund gedrängt. Von der Kindesmutter wird erwartet, dass sie glücklich und zufrieden ist.

In vielen Fällen erweisen sich diese Erwartungen als falsch. Aufgrund vieler Faktoren entwickeln sich postpartal bei den Frauen depressive Verstimmungen bis hin

zu ernstzunehmenden Erkrankungen. Bei diesen Krankheitsbildern wird grob zwischen dem so genannten Baby-Blues, der meist eine Woche nach der Entbindung auftritt, jedoch von selbst wieder verschwindet, der postpartalen Depression und der postpartalen Psychose unterschieden.

Postpartale Depression ist eine behandlungsbedürftige Krankheit. Sie kann bereits im ersten Monat, aber auch innerhalb eines Zeitraumes von bis zu einem Jahr nach der Entbindung auftreten.

Die postpartale Psychose kommt in den ersten Monaten nach der Entbindung zum Vorschein. Die Charakteristika dieser Verstimmung äußern sich in einem depressiven, manischen, schizophrenen oder einem atypischen Bild.

Die postpartale Depression ist eine ernstzunehmende Erkrankung, die mit schwerwiegenden Folgen für die Mutter, das Kind, aber auch die ganze Familie verbunden ist. Die Krankheit wird – trotz der sehr auffälligen Symptome - in vielen Fällen gar nicht oder sehr spät erkannt. Die Veränderungen bei der Mutter werden häufig ausschließlich auf andere Faktoren und Lebensumstände zurückgeführt. Meist schrecken die Frauen aus Scham - oder Schuldgefühlen vor einer ehrlichen Schilderung ihrer Zustände zurück, da sie nicht dem Idealbild einer glücklichen und zufriedenen Mutter entsprechen.

Die Ergebnisse vieler Forschungen zeigen noch sehr unterschiedliche Ansichten über dieses Krankheitsbild, vor allem über ihre Ursachen und etwaige Risikofaktoren. Es herrscht Uneinigkeit darüber, warum Mütter von einer postpartalen Depression betroffen sind. Einigkeit besteht dagegen hinsichtlich der Tatsache, dass der Auslöser dieser Krankheit nie nur ein einziger Faktor, sondern ein Zusammenspiel mehrerer Faktoren ist.

Die vorliegende Arbeit zeigt den Bedarf an Sozialarbeit im Zusammenhang mit der Alltagsbewältigung bei Frauen mit postpartaler Depression auf.

Die Diplomarbeit gliedert sich in vier Kapitel. Im ersten Kapitel geht es vorerst um die postpartale Depression als Krankheitsbild, beginnend mit ihrer Definition und Symptomatik.

Danach wird auf die Ursachen und Risikofaktoren der Depression näher eingegangen. Aus Studien geht hervor, dass nicht spezifische Risikofaktoren als Auslöser verantwortlich sind, sondern ein Zusammenspiel mehrerer Faktoren. Darüber

hinaus kann für diese Krankheit auch eine Prädisposition, d.h. ein angeborenes erhöhtes Risiko, bestehen.

Die Häufigkeit der postpartalen Depression bei Müttern beträgt etwa 10-15%. Nach diesem Kapitel werden die Krankheitsfolgen und Auswirkungen auf Familie und Partnerschaft beschrieben. Bei Kindern kann es durch die postpartale Depression der Mutter zu Interaktionsstörungen zwischen Mutter und Kind, aber auch Verhaltensauffälligkeiten bis zu Entwicklungsstörungen beim Kind kommen. Die postpartale Depression bei der Mutter führt auch zu Veränderungen in der Partnerschaft und im familiären Umfeld, womit der Partner und die Familie sehr schwer oder kaum umgehen können.

Im nächsten Abschnitt wird auf den Verlauf dieser Erkrankung näher eingegangen. Anschließend daran wird der Fokus auf die Behandlung sowohl im medizinischen als auch therapeutischen Sinn gesetzt. Im Zusammenhang damit wird auch ein Ausschnitt von alternativen Heilmethoden vorgestellt.

In weiterer Folge werden die Versorgungs- und Betreuungsangebote für Frauen mit postpartaler Depression behandelt.

Das zweite Kapitel, „Alltagsbewältigung mit einem Kind“, beleuchtet die Schwierigkeiten, denen die Frauen, die an dieser Krankheit leiden, bei der Bewältigung des täglichen Lebens ausgesetzt sind.

Im Kapitel „Methodendesign der Forschung“ werden die Ausgangslage und Ziele der Forschung erörtert, die Datenerhebung und Auswertung beschrieben. Danach folgen eine Beschreibung der Interviewpartnerinnen und die Darstellung der Auswertungsmethode.

Das vierte Kapitel bildet den größten Teil der Arbeit und erläutert die Ergebnisse der Forschung. Dargestellt werden die zentralen Aussagen der durchgeführten Interviews, bei denen insbesondere auf den Aspekt der Sozialarbeit in der Alltagsbewältigung bei Frauen mit postpartaler Depression geachtet wird.

In dieser Arbeit wird nur die weibliche Form verwendet, da es sich um ein frauenspezifisches Thema handelt.

1. Die postpartale Depression

1.1. Definition und Symptomatik

Depressive Episoden sind psychische Störungen, die mit gedrückter Stimmung, Interessensverlust, Freudlosigkeit und Verringerung des Antriebs verbunden sind. Die Verminderung der Energie führt zu einer erhöhten Ermüdbarkeit und Einschränkung der Aktivitäten. Eine deutliche Müdigkeit tritt meist bereits nach kleinen Anstrengungen auf (vgl. Dilling/ Mombour/Schmidt 2005: 139).

Die Patientinnen zeigen meist auch Symptome, wie Konzentrationsschwäche und herabgesetzte Aufmerksamkeit; sie besitzen oft ein geringes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen und empfinden Gefühle der Schuld und Wertlosigkeit. Weiters haben sie negative und pessimistische Zukunftsperspektiven und bisweilen auch Selbstmordgedanken. Schlafstörungen Appetitlosigkeit sind ebenfalls Merkmale von Depressionen (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt 2005: 139).

Als postpartale (lat. partus: nach der Entbindung) Depression werden im Allgemeinen alle schweren länger dauernden und behandlungsbedürftigen depressiven Erkrankungen, die im ersten Jahr nach der Entbindung auftreten, bezeichnet (vgl. Klier/ Demal/Katschnig 2001: 25).

Weitere Symptome, die bei Frauen mit postpartaler Depression auftreten, sind:

- Müdigkeit,
- Schlaf- und Appetitlosigkeit,
- Konzentrationsschwierigkeiten,
- Gefühl der Gefühllosigkeit,
- Ängste,
- Sorgen,
- Schuldgefühle und
- zum Teil auch Suizidgedanken.

Auch Zustände tiefer Depressionen mit einer ausgeprägten Suizidalität kommen vor. Die Merkmale der postpartalen Depression sind die klassischen Symptome der Depression, auffällig ist jedoch, dass Erkrankungen in der postpartalen Zeit mit einer ausgeprägten emotionalen Labilität verbunden sind (vgl. Brockington 2001: 12).

1.2. Ursachen und Risikofaktoren

Als mögliche Ursachen der postpartalen Depression wurden in den letzten Jahren körperliche, psychische und soziale Faktoren genannt.

Hinsichtlich der Ursachen wurde bereits folgende Hypothese aufgestellt: „Postnatale¹ Depression ist die Reaktion auf die Geburtserfahrung, die allem Erwarteten widerspricht und darüber hinaus die Reaktion auf die gesellschaftlich vollzogene Isolation der jungen Mutter in Form von Wehr- und Hilflosigkeit ihrerseits“ (Gröhe 2003: 20).

Aufbauend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen einer Metaanalyse, die 44 Studien zu Prädiktoren der postpartalen Depression umfasste, wurde herausgefunden, dass diese Erkrankung häufig mit einer pränatalen Depression, depressiven Erkrankungen in der Vorgeschichte, Stress im Zusammenhang mit der Versorgung des Kindes, allgemeinen Stress, wenig sozialer Unterstützung, pränataler Angst, Baby-Blues und geringer Zufriedenheit in der Ehe (vgl. Beck 1996: 297 zit. n. Riecher-Rösser 2001:34) einhergeht.

Aus anderen Studien geht hervor, dass der Einfluss bestimmter psychosozialer Faktoren wie soziale Anerkennung und Unterstützung wesentlich ist, und dass auch Möglichkeiten zu eigener Kontrolle am Arbeitsplatz und in der Elternrolle und zwar für Mütter und Väter in der Postpartalzeit sehr wichtig sind (Leathers et al. 1997:129).

Es konnte weiters eine Verbindung zwischen Arbeitslosigkeit der Mutter (bzw. der bestehenden Möglichkeit wieder an den Arbeitsplatz zurückzukehren) oder des Partners und dem Auftreten der postpartalen Depression aufgezeigt werden.

Campbell und Cohn (1991: 594) konnten in einer umfangreichen Studie den Zusammenhang zwischen einem komplikationsreichen Geburtsverlauf und dem Auftreten von postpartaler Depression aufweisen.

Als Hauptrisikofaktor nennt O´Hara (1995: 72) - neben einer familiären Belastung - eine Depression in der Vorgeschichte. Innerhalb der Familie misst er einer Depression der Mutter eine größere Bedeutung zu, als einer des Vaters.

¹In der psychiatrischen Terminologie werden die Begriffe postpartal und postnatal gleichgesetzt. Postnatal bedeutet nach der Geburt aus der Sicht des Kindes (vgl. Doc Check 2008: 14.04.2008).

Aus einer Wiener Langzeitstudie, die in den Jahren 2001-2003 durchgeführt wurde, geht hervor, dass nicht spezifische Risikofaktoren als Auslöser für eine postpartale Depression verantwortlich sind, sondern ein Zusammenspiel mehrerer Einflüsse.

Die meisten Studien belegen, dass in vielen Fällen eine Prädisposition vorhanden ist.

Einigkeit konnte auch in Bezug auf mangelnde soziale Unterstützung als Auslöser für die postpartale Depression erzielt werden. In Hinblick auf die Ursachen kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei der postpartalen Depression um kein Krankheitsbild mit spezifischer Ursache handelt. Deshalb wird diese Störung von anderen Depressionen unterschieden. Der Grund dafür liegt in dem Zeitpunkt des Auftretens in der Postpartzeit, in der die Mutter-Kind-Beziehung aufgebaut wird und daher Folgen für die Entwicklung des Kindes entstehen können.

1.3. Häufigkeit

Postpartale Depressionen kommen nach Angaben der Literatur bei etwa 10-15% aller gebärenden Mütter vor (vgl. Cooper/Murray 1998, Harris et al 1989, Lanczik/Brockington 1997 zit. n. Rohde / Riecher-Rösser 2001: 278).

Die Rate schwerer Depressionen ist bei Müttern in der Postpartalzeit im Vergleich zu gleichaltrigen Frauen, die nicht geboren haben, wahrscheinlich nicht erhöht. Frauen, die sich im gebärfähigen Alter befinden, haben ohnehin eine vergleichsweise hohe Depressionsrate. In den ersten Monaten nach der Ankunft des Kindes tritt jedoch häufig eine Verschlechterung des psychischen Befindens der Mutter ein. Meistens handelt es sich nur um leichtere Verstimmungen im Zusammenhang mit den körperlichen Veränderungen, mit der Einschränkung der sexuellen Genussfähigkeit oder der Verschlechterung der Partnerbeziehung nach der Entbindung (vgl. Riecher-Rössler 2006: 12).

1.4. Folgen und Auswirkungen

Bei postpartaler Depression handelt es sich in jedem Fall um eine Erkrankung, die eine besondere Aufmerksamkeit und auch ein spezielles Behandlungskonzept benötigt.

Dies ist dringend notwendig, da bei diesem Krankheitsbild schwerwiegende Fol-

gen für die Mutter, das Kind und auch für die ganze Familie entstehen können. Neben den Symptomen, wie Stimmungsschwankungen und Antriebslosigkeit, die bei jeder Depression auftreten, hat diese besondere Form auch gravierende Folgen für das Kind. So wird die frühe Mutter-Kind-Beziehung, die für die aktuelle und spätere Entwicklung des Kindes wichtig ist, aufgrund der aussichtslosen und überfordernden Situation der Mutter gestört. Sie selbst kann diese Krankheitszeichen nicht deuten. Ihre Verzweiflung weckt Schuldgefühle, wodurch meist die Depression verstärkt wird.

Aufgrund von Selbstvorwürfen als Mutter versagt zu haben, ist es kein leichter Weg für die betroffene Frau, sich Hilfe zu holen. Zusätzlich ergibt sich die Schwierigkeit, dass viele Fachleute diese Krankheit nicht sofort erkennen oder falsch diagnostizieren. Sobald die Mutter die für sie geeignete Behandlung gefunden hat, ist eine Heilung der postpartalen Erkrankung in Aussicht. Dem Partner, der Familie und dem Umfeld kommt in diesem Zusammenhang eine große Bedeutung zu. Diese sind allerdings mit der Situation überfordert.

Von einer Mitbetroffenheit des Kindes wird in diesem Zusammenhang gesprochen, da es häufig zu emotionalen Reaktionen, Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsverzögerungen im kognitiven Bereich kommt (vgl. Riecher- Rössler 2001: 35).

Hält die Depression länger an, können die Folgen sogar bis ins Schulalter nachgewiesen werden. In einer prospektiven Studie konnten vor allem bei Buben kognitive Defizite bis zum Ende der Volksschulzeit festgestellt werden. Eine frühzeitige Behandlung der Mütter kann die Mutter-Kind-Beziehung und die Entwicklung des Kindes deutlich verbessern (vgl. Riecher- Rössler 2001: 27).

1.4.1. Folgen für die Entwicklung des Kindes

Die Mutter-Kind-Interaktion wird einerseits von Veranlagung und spezifischen Verhaltensweisen des Säuglings und andererseits von der Bedeutung, die die Mutter ihnen unterstellt, geprägt (vgl. Brazelton und Cramer 1991: 120). Es geht um die Gesamtheit der nonverbalen und verbalen Kommunikation und den daraus entstehenden Wechselwirkungen. Störungen der Mutter-Kind-Beziehungen bestehen bei ca. 15% der stationär aufgenommenen Mütter (vgl. Brockington 2001: 21).

Da die postpartale Erkrankung von einer veränderten Grundstimmung gekenn-

zeichnet ist, kommen auch Auswirkungen auf die Interaktion mit dem Kind vor. Das Baby verhält sich in Bezug auf Blick und Körperkontakt abweisend.

Oft wird der Mutter dieses aktive Wegdrehen des Babys bewusst, wodurch Schuldgefühle entstehen können. Weiters sieht sie diese Abneigung als persönliche Ablehnung, Verletzung oder Strafe.

Mütter mit einer postpartalen Depression zeigen oft auch eine Überforderung und Erschöpfung im Umgang mit dem Baby aufgrund der Schreianfälle und Schlafstörungen, die bei der Mutter zu Aggression, Schlafmangel und Konflikten mit dem Partner führen können. Treten Probleme im Zusammenhang mit der Ernährung des Kindes auf, fühlt sich die Mutter zurückgewiesen oder abgelehnt und Versagensängste kommen zutage (vgl. Schwarz- Gerö 2006: 131).

Die Patientinnen sind häufig mit der Befriedigung der Grundbedürfnisse des Babys überlastet. Sie können oft die Signale, die das Kind aussendet, nicht mehr deuten: „Als es mir schlecht ging, hatte ich keine Energie, auf mein Kind zu reagieren. Ich habe sogar bewusst mein Kind nicht angesehen, da ich geglaubt habe, es könne meinen seelischen Zustand wahrnehmen und dadurch Schaden nehmen“(Reck 2007: 236).

Weitere Auswirkungen auf das Kind bei der postpartalen Depression der Mutter sind Verhaltensauffälligkeiten, wie Übererregbarkeit und Hyperaktivität. Störungen bei Kindern im Bereich von motorischer, sozialer und sprachlicher Entwicklung waren ebenfalls zu beobachten (vgl. Schwarz- Gerö 2006: 132).

Im Umgang mit anderen Erwachsenen zeigen Säuglinge oft auch ein depressives Verhalten. Daraus lässt sich schließen, dass Kinder durch die gestörte Beziehung mit ihrer kranken Mutter schon sehr früh ein depressives Interaktionsmuster erlernt haben (vgl. Field et al 1988: 1570 zit. n. Klier/ Muzik 2001:92).

1.4.2. Auswirkungen auf Familie und Partnerschaft

Die Geburt eines Kindes ist immer mit einer enormen Veränderung in der Partnerschaft verbunden. Die emotionalen und körperlichen Belastungen, die sich durch eine Geburt ergeben, werden häufig unterschätzt.

Depressive Mütter richten ihr Hauptaugenmerk und ihre ganze Kraft nur mehr auf das Baby, da sie meist mit Schuldgefühlen belastet sind. Daraus entsteht die Gefahr, dass die Mutter auf eigene Erholung verzichtet und keine neuen Energien in

die Partnerschaft einbringen kann.

Dem Vater des Kindes und Partner der Mutter fällt es oft sehr schwer, mit dieser Ausnahmesituation umzugehen, da er die Veränderung bei der Frau bemerkt, doch nicht weiß, wie er sich verhalten soll.

Es ist daher für das Elternpaar notwendig, sich Unterstützung von der Familie oder aus dem Freundeskreis zu holen, um Zeit füreinander zu haben. Ein Baby kann durchaus für ein paar Stunden einer vertrauenswürdigen Person überlassen werden. Die Partnerschaft sollte unter der Geburt eines Kindes nicht leiden und weiterhin als sehr wichtig angesehen werden (vgl. Rohde 2004: 113).

Eine weitere Veränderung findet in der Beziehung zu den Herkunftsfamilien und zum bisherigen Freundeskreis statt. Durch die Familiengründung ergeben sich auch für die Mutter Umgestaltungen im Beruf, da ihre neue Aufgabe sich vorerst auf das Kind und den Haushalt beschränkt. Auf der anderen Seite wird sich der Partner der Rolle bewusst, der einzige finanzielle Ernährer der Familie zu sein (vgl. Hofecker et al 2005: 142).

Depression des Vaters nach der Geburt

Der Übergang zur Elternschaft ist auch für den Vater auf der Paarebene mit vielen Anpassungsprozessen verbunden, da er den Aufgaben eines Erziehers gerecht werden möchte (vgl. Hofecker et al 2005:141).

In neueren Untersuchungen wird auch eine Depression des Vaters nach der Geburt behandelt. Es gibt seit dem Jahr 1980 lediglich 20 Studien, in denen neben einer klinischen Untersuchung auch die Partner mit Hilfe von Selbstbeurteilungsbogen mit untersucht wurden (vgl. Goodman 2002: zit.n. Hofecker 2005: 143). Ergebnisse zeigen, dass die Risikofaktoren für eine mögliche Erkrankung des Vaters und Partners denen für die Mutter ähnlich sind.

Aufgrund dieser Erkenntnisse kann beobachtet werden, dass psychische Belastungen für die postpartale Depression ausschlaggebender sind als hormonelle Umstellungen, die ja beim Vater nicht vorkommen (vgl. Rohde 2004: 114).

Auslöser für die postpartale Depression sind noch kaum erforscht. Hat der Vater bereits vor der Geburt des Kindes an einer psychischen Erkrankung gelitten, kann diese neue Situation, die eine Veränderung im Leben bedeutet, für ihn ein erneuter Krankheitsauslöser sein (vgl. Rohde 2004: 114).

Indirekte Faktoren, wie etwa ein gestörtes Verhältnis zur Mutter oder Schwierigkeiten im Familienleben können auch eine Rolle spielen. Eine andere Erklärung könnte das nicht erwartete Verhalten des Babys sein, etwa dass es viel weint und wenig schläft. Über die Auswirkungen der Depression nach der Geburt eines Kindes auf Väter gibt es auch nur einzelne Forschungsergebnisse.

In verschiedenen Studien konnten 1-Jahresprävalenzen paternaler postpartaler Depression von 10-29% festgestellt werden. Bei gleichzeitig erkrankten Partnerinnen betragen sie 24-50% (vgl. Lovestone/ Kumar 1993, Harvey/Mc Grath, 1988 zit.n. Hofecker et al 2005: 143).

In einer Studie an der Universität in Oxford im Jahr 2005 konnte jedoch gezeigt werden, dass das Leiden von Vätern an einer postpartalen Depression mit Auswirkungen auf ihre Söhne verbunden ist. Dem männlichen Nachwuchs konnten im Kindergartenalter häufiger Verhaltensauffälligkeiten nachgewiesen werden, als Kindern von psychisch stabilen Vätern. Untersuchungsergebnisse zeigten, dass die mütterliche Depression sich sowohl auf Mädchen als auch auf Buben auswirkt. Von der väterlichen Erkrankung sind Mädchen offenbar weniger betroffen als Buben (vgl. Knopf 2005: 13).

1.5. Verlauf

Die Symptome der postpartalen Depression treten meist erst auf, wenn die Mutter nach der Entbindung nach Hause entlassen wird. Oft wird aus Scham- und Schuldgefühlen oder Angst vor einer eventuellen stationären Einweisung, die mit der Trennung von ihrem Kind verbunden wäre, die Symptomatik gegenüber der nachbehandelnden Gynäkologin verschwiegen.

Trotzdem der Verlauf der postpartalen Depression günstiger ist, als der von anderen depressiven Erkrankungen, kann die Krankheit viele Monate, nicht selten bis zu einem Jahr, andauern.

1.6. Behandlung

Weniger als ein Drittel der Frauen mit postpartaler Depression sucht professionelle Hilfe auf und nur die Hälfte der betroffenen Frauen spricht mit anderen Personen über ihre Verfassung. In der Symptomatik weist die postpartale Depression kaum Unterschiede zu einer depressiven Erkrankung zu einem anderen Zeitpunkt auf, in diesem Fall beziehen sich die Symptome auf das Baby. Häufig sind die Frauen

von Ängsten betroffen, dem Baby etwas anzutun (vgl. Klier/ Lenz/ Lanczik 2001: 42).

Die Behandlung von postpartaler Depression orientiert sich grundsätzlich an den gängigen Therapierichtlinien für Depressionen. Besonders zu beachten sind jedoch die spezifischen Erfordernisse der Postpartalzeit.

Von größter Bedeutung ist eine Aufklärung über die Art dieser Erkrankung. Das Gespräch sollte auch unbedingt den Hintergrund haben, Schuldgefühle zu beseitigen. Entscheidend für den weiteren Verlauf der postpartalen Depression sind das Erkennen der Krankheit und die Einsicht als Mutter nicht versagt zu haben.

Der erste ratsame Schritt, bevor die Auswahl für eine Unterstützungsmöglichkeit getroffen wird, ist die medizinische und psychologische Erstuntersuchung, um die Situation abzuklären.

In vielen Fällen ist die Hebamme die erste Person, die die Depression bemerkt und die Mütter auf ihr Befinden anspricht. Der so genannte Befindlichkeitsfragebogen, EPDS, stellt eine Stütze dar, um die postpartale Depression möglichst früh zu erkennen. Da oft ein enges Vertrauensverhältnis zwischen der Hebamme und der betroffenen Frau herrscht, kann diese die Mutter auch zu einer Abklärung und Behandlung motivieren (vgl. Hornstein/ Klier 2005: 11).

Die vielleicht einfachste und erste Hilfe ist ein Gespräch mit einer Therapeutin. In einer unterstützenden Therapie werden erstmals Bewältigungsstrategien zum Umgang mit der Krankheit und der Rolle als Mutter zum Thema gemacht. Die Frau sollte wieder lernen auch auf ihre Bedürfnisse zu achten und sich Entspannung und Ruhe zu gönnen. Information über Hilfsangebote soll sowohl an die Mutter, als auch an die Familie weitergegeben werden, um die Situation zu entlasten.

In der Folge wird nur eine Auswahl an Behandlungsmethoden dargestellt, da eine vollständige Aufzählung den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

1.6.1. Psychotherapie und Einnahme von Medikamenten

Um der Genesung ein Stück näher zu kommen, ist eine Psychotherapie ratsam, in der tiefer gehende Themen, wie der Rollenwechsel zur Mutter, die Veränderungen in der Familie und die damit auftretenden Schwierigkeiten, besprochen werden. Für die Verarbeitung der Probleme und Belastungen ist eine psychologische Unterstützung hilfreich. Sehr wesentlich dabei ist die Aufrechterhaltung und Förde-

rung einer guten Mutter-Kind-Beziehung. Daher ist es auch wichtig, eine längere Trennung von Mutter und Kind zu vermeiden. Zusätzlich zur Psychotherapie ist in vielen Fällen auch eine medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva erforderlich. Bei dieser Therapie muss in Hinblick auf die Problematik der Einnahme von Medikamenten während der Stillzeit abgeklärt werden, ob die Mutter bereit ist, vorzeitig abzustillen.

Entscheidet sich die Mutter, trotz Medikamenteneinnahme zu stillen, müssen die Vor- und Nachteile besprochen und abgewogen werden. Während des Stillens Antidepressiva einzunehmen, erfordert eine genaue Bestimmung und Abklärung der Dosis des Medikaments (vgl. Riecher- Rössler 2006: 17). Langzeitfolgen über die Auswirkungen auf das Kind gibt es nach derzeitigem Stand der Forschung noch keine.

Neue Erkenntnisse zeigen, dass auch nicht - medikamentöse Behandlungsmethoden gerade für stillende Mütter hilfreich sein können. Es konnten auch bereits Erfolge mit Lichttherapie erzielt werden (vgl. Riecher- Rössler 2001: 30).

Vor jeder Behandlung ist die Mutter jedenfalls umfassend aufzuklären.

Einzel - Paartherapie

Einzelpsychotherapie ist die Methode, die am häufigsten bei Depression in der frühen Mutterschaft angewandt wird, da die behandelnde Therapeutin die ganze Aufmerksamkeit der Mutter und ihrer Krankheit widmen kann.

Im Gegensatz dazu gibt es zur Paartherapie bei postpartaler Depression noch kaum Studien. Doch da in den meisten Fällen der Partner mit betroffen ist, wäre es ratsam und sinnvoll, ihn mit dem Kind zumindest zum Erstgespräch einzuladen. Auf diese Weise kann sich die Therapeutin ein Bild von der ganzen Familie machen und die Interaktionen zwischen den Partnern beobachten. In einer Paartherapie können Idealvorstellungen vom Familienleben und im Gegenzug dazu die Realität im Alltag bearbeitet werden. Wissenschaftliche Erkenntnisse über die Auswirkungen einer Paartherapie auf die Bewältigung einer postpartalen Depression liegen noch nicht vor.

Gruppentherapie

Gruppentherapien als therapeutische Interventionen waren Gegenstand vieler Studien. In Sitzungen, an denen depressive Mütter mit Kindern teilnahmen, konn-

ten Erfolge hinsichtlich der Beziehung zum Kind und der mütterlichen Kompetenzen erzielt werden (vgl. Clark et al. 1991 zit. n. Hofecker et al 2005: 161). In der Zusammenarbeit und im Erfahrungsaustausch mit psychisch gesunden Müttern zeigte sich eine Verschlechterung bei den Frauen mit postpartaler Depression, da die betroffenen Mütter sich ihrer Defizite stärker bewusst wurden (vgl. Fleming et al. 1992: 670 zit. n. Hofecker et al 2005: 161).

Mütter, die an Gruppensitzungen teilnahmen, in denen neben kognitiven und verhaltenstherapeutischen auch psychoedukative Interventionen und die soziale Kompetenz gefördert wurden, kamen positiv gestärkt aus dieser Form der Therapie heraus. Die Partner wurden in einem einmaligen Paargespräch miteinbezogen (vgl. Milgrom et al.1999: 13).

Anhand dieser Beispiele lässt sich erkennen, dass es bei der Gruppentherapie mit Müttern, die von postpartaler Depression betroffen sind, sehr auf die Zusammenstellung der einzelnen Gruppenmitglieder und den richtigen Zeitpunkt nach der Geburt ankommt.

In eine Studie wurde gezeigt dass durch die Therapie in einer Gruppe von Müttern, bei denen dieselbe Krankheit diagnostiziert wurde, Erfolge erzielt werden konnten. Weiters hat sich auch die Mutter-Kind-Beziehung deutlich verbessert (vgl. Klier et al. 2001 zit. n. Hofecker et al 2005: 163).

1.6.2. Weitere Therapiemöglichkeiten

Da es bei jeder Art von Depression und daher auch bei einer postpartalen Depression viele Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten gibt, kann darüber in den nächsten Abschnitten nur ein Überblick gegeben werden.

Therapie mit Hormonen

Bei einer hormonellen Therapieform ist es notwendig, vor allem wenn die psychischen Beschwerden anhalten und Unregelmäßigkeiten im Menstruationszyklus vorliegen, eine Bestimmung der Geschlechtshormone durchzuführen. Mit dieser Untersuchung sollen Mangelzustände von Östrogen oder Progesteron sowie eine

exzessive Hyperprolaktinämie² ausgeschlossen werden. Die entsprechende Therapie besteht in gezielter Verabreichung der zu ersetzenden Hormonen.

Von großer Bedeutung ist die ärztliche Behandlung bei Funktionsstörungen der Schilddrüse, da in der Postpartalzeit oft eine vorübergehende Veränderung im Stoffwechsel der Schilddrüse vorkommt.

Hormonelle Therapien erfordern eine enge Zusammenarbeit mit Fachärztinnen für Gynäkologie und Innere Medizin (vgl. Hofecker et al. 2005: 164).

Schlafentzug und Lichttherapie

Der Schlafentzug zum günstigeren Zeitpunkt ist eine seit vielen Jahren bewährte Methode in der Behandlung von Depressionen nach der Geburt, die im klinischen Alltag allerdings selten angewandt wird.

Ergebnisse einer Studie (vgl. Parry et al. 2000: 210 zit. n. Hofecker et al. 2005: 165) zeigen, dass bei Frauen, die in der zweiten Hälfte der Nacht auf Schlaf verzichteten, ein stärkerer Rückgang der depressiven Symptome zu verzeichnen war, als bei jenen Müttern, denen der Schlaf in der ersten Nachthälfte entzogen wurde.

Doch nicht alle Frauen sprechen auf diese Art der Therapie an. Im klinischen Kontext werden Müttern, die sich aufgrund ihres Schlafmangels Sorgen machen, die positiven Seiten dieser Behandlung dargelegt, um die Frauen für eine entspannte Einstellung zum Schlaf zu gewinnen (vgl. Hofecker et al. 2005: 165).

Die Lichttherapie gilt als alternative Therapieform, die ursprünglich nur bei den saisonal abhängigen Depressionen als Behandlungsmethode verwendet wurde, jedoch in neuerer Zeit vermehrt bei Frauen mit Depressionen in der Stillzeit eingesetzt wird. Diese Art von Behandlung hat in der speziellen Phase eine positive Bedeutung, da die Einsatzmöglichkeit von Medikamenten begrenzt ist und Psychotherapie sowohl aus zeitlichen als auch auf Grund von räumlichen Begebenheiten nicht immer möglich ist. Die Lichttherapie kann auch zuhause durchgeführt werden (vgl. Hofecker et al. 2005:166).

In einer laufenden Studie (vgl. Corral, Kostaras 2002 zit. n. Hofecker et al. 2005:

² Hyperprolaktinämie bezeichnet die pathologische Erhöhung der Serumkonzentration von Prolaktin (vgl. Pschyrembel 2004: 816).

166) mit Müttern, die an einer postpartalen Depression innerhalb von sechs Monaten erkrankt waren, konnte eine umso stärkere Reduktion der depressiven Symptome festgestellt werden, je höher die Lichtintensität der Therapie war. Dieses Ergebnis bestätigt die Überlegungen, dass auch alternative Methoden zu einem Erfolg und einer Heilung der postpartalen Depression führen können.

Babymassage

Die Babymassage stammt ursprünglich aus Asien und wird traditionell als Methode der Stimulation, die mit Hilfe von ätherischen Massageölen, akustischen und visuellen Reizen einen intensiven Austausch zwischen Mutter und Kind ermöglicht, eingesetzt. Die Babymassage kann von der Mutter ohne großen Aufwand erlernt werden und hat den Effekt körperlichen Wohlbefindens und zufriedener Stimmung bei Mutter und Kind. Frauen in der Postpartalzeit, die an einem Babymassagekurs teilnahmen, zeigten danach eine positivere Einstellung zu ihrem Kind. In der Interaktion zwischen ihnen und ihren Babys konnten Fortschritte festgestellt werden (vgl. Onozawa et al 2002: 204).

Eine weitere Studie (Field et al 1996: 110 zit. n. Hofecker et al 2005 168) belegte, dass nach Beendigung einer sechswöchigen Therapie Kinder durch Babymassagen aufmerksamer werden, sich rascher beruhigen und besser schlafen können. Weiters konnte im Urin eine geringere Konzentration an Stresshormonen gefunden werden. Die Babymassage als Methode zur Therapie erweist sich als hilfreich, wenn Mütter, die von postpartaler Depression betroffen sind, Schuld- oder Entfremdungsgefühle oder ein Gefühl von Leere dem Kind gegenüber haben.

1.7. Versorgungs- und Betreuungsangebote

Bei schweren Formen der Depression, einer möglichen Selbstgefährdung und insbesondere bei Risiko eines Suizids ist in den meisten Fällen eine stationäre Aufnahme notwendig. In einigen psychiatrischen Krankenhäusern gibt es die Möglichkeit, in einer Mutter-Kind-Station aufgenommen zu werden.

In Deutschland gibt es bereits an 68 Kliniken Mutter-Kind-Stationen (vgl. Saum-Aldehoff 2006: 53), während es in Österreich an solchen mangelt.

Eine stationäre Therapie sollte auch mit einem ambulanten und gemeindenahen Angebot verbunden sein. Wünschenswert ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen, Pflegepersonal, Psychotherapeutinnen, Psychologinnen

und Sozialarbeiterinnen, um allen Facetten dieser Krankheit gerecht zu werden.

1.7.1. Ansätze sozialarbeiterischer Interventionen

Die Profession der Sozialarbeit hat bereits ansatzweise in der Betreuung von Müttern mit postpartaler Depression Fuß gefasst. Da die Stärke der Sozialarbeit im Handeln selber liegt, ist im Gegensatz zur therapeutischen Maßnahme das Setting nicht vorgegeben. Dadurch wird eine angenehme Atmosphäre und Gesprächsbasis geschaffen, jedoch nicht abweichend vom professionellen Kontext. Die Sozialarbeiterin hinterfragt kaum die Situation, sondern nimmt die Mutter mit ihren Problemen wahr und sucht - gemeinsam mit ihr - nach einem Lösungsansatz. Sie gibt der Frau nach der Geburt Unterstützung in alltäglichen Dingen, wie der Organisation des Haushaltes und der Betreuung des Kindes.

Die Berührungspunkte mit der Sozialarbeit können jedoch bereits viel früher auftreten, da die werdende Mutter schon in der Schwangerschaft über die postpartale Depression und die damit verbundenen Probleme aufgeklärt werden sollte. Der Kontakt zu einer Sozialarbeiterin kann im Rahmen eines Schwangerschaftskurses, aber auch durch Gynäkologinnen, hergestellt werden. Nach der Geburt ist es für die Frau oft hilfreich, mit einer Sozialarbeiterin über ihre Erfahrungen und Ängste zu sprechen. Niederschwellige Kontakte mit Sozialarbeiterinnen können auch in Eltern-Kind-Zentren und bei Kinderärztinnen stattfinden.

1.7.2. Selbsthilfegruppe

Ergänzend dazu besteht ein weiteres Unterstützungsangebot - allerdings nicht im professionellen Sinn - nämlich das von Selbsthilfegruppen. Diese werden von Frauen geleitet, die selbst von der postpartalen Depression betroffen waren und daher über die daraus entstandenen Probleme Bescheid wissen. Bei den Treffen werden Erfahrungen ausgetauscht und Informationen über Hilfsangebote weitergegeben (vgl. Stadt Wien o.J.: 24). Mütter in der Postpartalzeit haben Auswahl an vielen Hilfsangeboten, doch oft ist es ein langer Weg, die richtige Therapie oder Hilfsmaßnahme zu finden, da diese Krankheit meist erst in einem sehr späten Stadium erkannt wird und die Mutter oft nicht mehr in der Lage ist, sich selbst Hilfe zu suchen.

2. Alltagsbewältigung mit einem Kind

2.1. Definition Alltag

Unter „Alltag“ werden routinemäßige Abläufe zivilisierter Menschen im Tages- und Wochenzyklus verstanden. Der Alltag ist gekennzeichnet durch sich wiederholende Muster, die Gewährleistung von Haushalt und Einkommen durch einerseits familieninterne Beziehungsarbeit, als auch durch externe Erwerbsarbeit. Ein weiteres Merkmal ist die Gestaltung der Wohnung, die Sicherstellung der Ernährung und die Intelligenz überleben zu können (vgl. Ritscher 2002:165).

Die Bewältigung des Alltags stellt eine Vielzahl an Herausforderungen an die betroffenen Personen dar: einerseits erfordert sie eine Regelmäßigkeit und Routine, andererseits ein hohes Maß an Organisation.

Die Alltagsbewältigung mit einem Kind bedeutet für jede Frau eine neue Herausforderung und Aufgabe, die jedoch mit viel Mühen und Aufwand verbunden sind. Da einerseits die Gesellschaft hohe Anforderungen an die Mütter stellt, andererseits auch die Frauen selber die „perfekte“ Mutter, Partnerin und Hausfrau sein wollen, stellt es eine noch größere Schwierigkeit dar, diesen Klischees gerecht zu werden.

2.2. Alltagsbewältigung bei Frauen mit postpartaler Depression

Schwierigkeiten ergeben sich naturgemäß, wenn die Mutter aufgrund einer Einschränkung nicht in der Lage ist, den Alltag mit ihrem Kind alleine zu gestalten. Eine neue Situation entsteht für die Mütter dadurch, dass sie für einen gewissen Zeitraum ausschließlich für die Kinder- und Haushaltsbetreuung verantwortlich sind.

Frauen, die nach der Geburt oder innerhalb eines Jahres an einer postpartalen Depression erkranken, schaffen es nur mit größter Anstrengung oder auch überhaupt nicht, den Alltag mit dem Kind zu bewältigen. Meist beschränken sich ihre Tätigkeiten ausschließlich auf die Grundversorgung ihres Kindes, es ist dann nur mehr ein „Funktionieren“: „Es hat sich dann so abgespielt, dass ich ihn versorgt hab, ich hab ihn gefüttert, ich hab ihn anzogen, ich hab ihn gewickelt, das war`s, mehr hab`, ich nicht machen können, ich konnte nichts andres machen. Ich habe weder den Haushalt geführt noch hab ich mich um ihn gekümmert in irgendeiner

Art und Weise, jetzt so mit Spielen oder Halten oder sonst irgendwas, ich hab ihn versorgt“ (Interview 1, Zeilen 28-33).

Mütter in der Postpartzeit ziehen sich aufgrund ihrer Überforderung von der Außenwelt zurück und bleiben oft tagelang mit ihrem Kind zuhause: „Ich habe mich sehr von meiner Umwelt abgekapselt, da ich Angst hatte, vor anderen in Tränen auszubrechen, außerdem empfand ich soziale Kontakte als sehr anstrengend“ (Interview 8, Zeilen 17-19). Oft verzweifeln sie an der Situation und wissen keinen Ausweg. Sie gestehen sich meist selber ihre Krankheit nicht ein, da sie dem Idealbild, den Wertvorstellungen und dem Bild der glücklichen Mutter und Hausfrau entsprechen möchten: „Jede Kleinigkeit hat mich sehr viel Kraft gekostet, ich selbst habe sehr hohe Anforderungen an mich als Mutter gestellt, denen ich nicht gerecht werden konnte“ (Interview 8, Zeilen 14-17).

Für Mütter, die von postpartaler Depression betroffen sind, ist dringend Hilfe und Unterstützung durch das Zusammenwirken von Ärztinnen, Therapeutinnen und Sozialarbeiterinnen erforderlich.

3. Methodendesign der Forschung

3.1. Ausgangslage und Ziele der Forschung

Diese Forschung setzt sich mit der Alltagsbewältigung von Frauen, die nach der Geburt ihres Kindes an postpartaler Depression erkranken, auseinander. Während des Praktikums im Amt für Jugend und Familie wurde die Verfasserin der Arbeit häufig mit Müttern konfrontiert, die mit der Betreuung ihres Kindes überfordert waren. Diese Beobachtung führte zu der Motivation, sich mit dem Thema „Mütter und ihre Probleme“ nach der Geburt näher zu beschäftigen.

Laut Statistik erkranken ca. 10-15% der Mütter nach der Geburt an einer Depression. Viele Frauen, die mit postpartaler Depression belastet sind, fühlen sich mit der Bewältigung des Alltags und mit der damit verbundenen Versorgung ihres Kindes alleine gelassen. Es ist oft ein langer Prozess nötig, bis sich diese Mütter Hilfe holen und in weiterer Folge an die richtigen und dafür zuständigen Stellen gelangen. Da das familiäre Umfeld mit der Situation und den krankheitsbestimmten Umständen konfrontiert wird, ist es in den meisten Fällen unausweichlich, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, vor allem dann, wenn die Krankheit weiter fortgeschritten ist.

Im Zuge der Auseinandersetzung mit diesem Thema und den Beobachtungen wurde erkannt, dass Frauen zwar in medizinischer und therapeutischer Hinsicht Unterstützung bekommen, jedoch im Alltag mit dem Kind oft alleine gelassen sind und es daher häufig zu Verzweiflung und Überforderung kommt. Daraus entwickelte sich ein Interesse an dem Thema: Alltagsbewältigung bei Frauen mit postpartaler Depression. Es entstand die Forschungsfrage, welchen Beitrag die Sozialarbeit bei der Bewältigung der postpartalen Depression, unter Berücksichtigung des sozialen Netzwerkes und der Bedeutung der Netzwerkdichte, leisten kann.

Um diese Frage zu beantworten, wurden leitfadengestützte Interviews mit Betroffenen durchgeführt.

Ziel der Forschung ist, mit Hilfe von Interviews und Netzwerkkarten zu ermitteln, ob Mütter mit einem komplexen Netzwerk eine andere Form der Unterstützung durch die Sozialarbeit benötigen, als Mütter mit einem reduzierten Netzwerk.

Ein weiteres Anliegen ist es, zu erforschen, ob Frauen, die an der postpartalen Depression leiden, aufgrund ihres komplexen Netzwerkes im Bereich der familiären Unterstützung neben der medizinischen und therapeutischen Hilfe noch eine darüber hinausgehende Unterstützung brauchen. Außerdem stellt sich die Frage, ob Mütter mit einem dünneren Netzwerk, also mit wenig Unterstützung, sowohl von Seiten der professionellen Helfer also auch von Seiten der Familie, eine andere Form der Hilfe benötigen würden.

3.2. Datenerhebung und Auswertung

Basierend auf der Forschungsfrage (siehe 3.1.) wurden zur Datenerhebung Interviews ausgewählt, die mit Hilfe eines Leitfadens mit betroffenen Müttern durchgeführt wurden. Ein weiteres unterstützendes sozial diagnostisches Element für die Datenerhebung war die Netzwerkkarte. Diese wurde im Rahmen der Interviews mit den Müttern gezeichnet und diente der Veranschaulichung des sozialen Netzwerkes.

Die Netzwerkkarte hat den Vorteil, dass Beziehungen einer Person bildlich dargestellt werden und daher anschaulicher und leichter verständlich gemacht werden können. Des Weiteren bietet die Netzwerkkarte als diagnostisches Instrument eine Vielzahl an Interpretationsmöglichkeiten (vgl. Pantucek 2005: 141). Durch das Zeichnen dieser Karte wird das Interview aufgelockert und abwechslungsreich gestaltet. Die Netzwerkkarte gibt auf einen Blick eine Übersicht über das soziale Umfeld und die einzelnen Beziehungen der Mütter.

Die Entscheidung, qualitative Interviews mit Betroffenen durchzuführen, ist damit zu begründen, dass bei dieser Art von Interviews die Interviewpartner nicht unter dem Aspekt der Repräsentation einer Statistik stehen, sondern nach einem ihnen unterstellten Typus ausgewählt werden. Die Auswahl Interviewten erfolgte danach, ob sie „spezielle Erfahrungen“ zu dem zu erforschenden Thema gemacht haben. Die ausgewählten Interviewpartner entwickeln eine Beziehung zum Forschungsthema in ihren „repräsentativen Qualitäten“ (vgl. Honer 2006: 95).

Die Fragen der Interviews wurden anhand eines Leitfadens erstellt. Diese Vorgangsweise eignete sich dafür, da diese sowohl auf der Seite des Interviewten als auch auf der Seite des Interviewers eine Strukturierung bewirkt. Ein Leitfaden enthält sowohl Fragen, die offen formuliert sind, als auch bestimmte Themengebiete. Es ist jedoch notwendig, den Umfang des Leitfadens nicht zu groß zu gestalten.

Den Vorteil, den ein Leitfaden bietet, ist, dass die speziell für diese Untersuchung interessanten Aspekte angesprochen werden, und daher ein Vergleich mit anderen Interviews, die denselben Leitfaden zur Grundlage hatten, möglich ist (vgl. Marotzki 2006: 114).

Nach einer ausführlichen Literaturrecherche zu dem Thema „Postpartale Depression bei Frauen und deren Bewältigung“, sowie zu den Gebieten Familie, Geburt und Frau, erfolgte die Formulierung der Forschungsfrage. Daraus wurde der Leitfaden für die Interviews konstruiert. Dieser hatte während der Interviews die Funktion eines inhaltlich „roten Fadens“, trotzdem blieb den interviewten Frauen genügend Freiraum das Gespräch nach ihren Vorstellungen zu gestalten. Vorteilhaft war außerdem, dass die Themen, die für die Beantwortung der Fragen wesentlich waren, angesprochen und behandelt wurden. In der Folge war daher eine Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen der Interviews gegeben.

Bei der Erstellung des Leitfadens wurde folgende Forschungsfrage aufgegriffen:

- ❖ Welchen Beitrag kann die Sozialarbeit bei der Bewältigung der postpartalen Depression, unter Berücksichtigung des sozialen Netzwerkes und der Bedeutung der Netzwerkdicke, leisten?

Zwei Annahmen leiteten die Forschungsfrage:

- Frauen, die von postpartaler Depression betroffen sind, benötigen neben medizinischer und therapeutischer Hilfe zusätzliche Unterstützung im Alltag.
- Mütter mit einem komplexen Netzwerk benötigen eine andere Art der Unterstützung als Mütter mit einem dünnen Netzwerk.

Ziel der Arbeit ist daher, diese Annahmen mit Hilfe von Interviews und Netzwerkkarten zu verifizieren oder zu falsifizieren.

Aufgrund des Leitfadens ergaben sich folgende Themenschwerpunkte:

- ❖ Problemfelder nach der Geburt
 - ◆ Symptome und Anzeichen der Depression
 - ◆ Belastungen, die zur Depression geführt haben
 - ◆ Alltagsbewältigung
- ❖ Professionelle Unterstützungsmöglichkeiten

- ◆ Zeitpunkt für die Inanspruchnahme von Hilfe
- ◆ Art und Form der professionellen Unterstützung
- ◆ Entscheidende Einflussgrößen für die Annahme professioneller Unterstützung
- ◆ Wissen und Information über Unterstützungsmöglichkeiten
- ❖ Soziales Netzwerk
 - ◆ Formen der Unterstützung im sozialen Netzwerk
- ❖ Rückblick
 - ◆ Fehlende Unterstützung in der Krankheitsphase
 - ◆ Hilfreiche Unterstützung in der Krankheitsphase

Die Interviews waren häufig emotionsgeladen und von Ausbrüchen geprägt, da sich die Frauen an die für sie sehr schwierige und einschneidende Situation in ihrem Leben erinnerten. Doch aufgrund des Leitfadens, der eine Struktur in der Führung der Interviews bewirkte, wurden die vorgegebenen Themen beantwortet und bearbeitet. Die meisten Interviews wurden zuhause bei den Müttern in der vertrauten Umgebung durchgeführt. Die Gespräche fanden im November und Dezember 2007 statt.

3.3. Auswahl und Beschreibung der Interviewpartnerinnen

Im Rahmen der Forschungsarbeit wurden insgesamt acht Interviews mit Müttern, die postpartale Depression erlebt hatten, durchgeführt.

Wichtig bei der Auswahl der Interviewpartnerinnen war, dass die Frauen sich noch an die Zeit der Depression zurückerinnern konnten, also die Krankheitsphase noch nicht zu lange vorbei war. Natürlich musste die Hemmschwelle, über die Depression zu sprechen, bei den Betroffenen überschritten werden. Mehrmals lösten Fragen emotionale Reaktionen und leidvolle Erinnerungen aus. Einige der Mütter hatten die negativen Erinnerungen an die Geburt und die ersten Monate mit dem Kind noch nicht ganz verarbeitet. Trotzdem waren sie bereit, offen darüber zu sprechen, da es den Frauen wichtig erschien, von ihrer Krankheit zu berichten, auch um anderen betroffenen Müttern zu helfen. Die Zeit der Depression lag bei den Frauen ein bis drei Jahre zurück.

Anfangs war es schwierig, Interviewpartnerinnen zu finden. Daher erfolgte die konkrete Auswahl der Interviewpartnerinnen über die Psychiaterin Dr. Claudia Reiner-Lawugger. Jede Frau ist eine Klientin mit einer psychiatrischen Diagnose. Da die Lebensumstände für die Interviews eine große Rolle spielten, werden die Interviewpartnerinnen kurz vorgestellt. Vor Beginn des Interviews wurde jede Frau gebeten, ein soziales Stammbblatt auszufüllen, um so die Grunddaten der Frauen zu erfassen. Alle interviewten Mütter leben im Raum von Wien.

Interview 1: Frau S. ist 34 Jahre alt und Mutter eines Sohnes, dessen Alter zum Zeitpunkt des Interviews drei Jahre ist. Frau S. ist verheiratet. Ihre höchste abgeschlossene Schulbildung ist die AHS- Matura. Sie ist als Beamtin in einer Einrichtung der Stadt Wien beschäftigt. Weiters leitet sie jetzt die Selbsthilfegruppe für betroffene Mütter in Wien.

Interview 2: Das Alter von Frau A. beträgt 34 Jahre. Ihre Tochter kam 2004 zur Welt. Fr. A. ist ledig und lebt in einer Partnerschaft mit dem Vater des Kindes. Sie schloss ein Universitätsstudium ab und ist als selbständige Journalistin tätig.

Interview 3: Frau E. ist 35 Jahre und Mutter einer 13 Monate alten Tochter. Sie ist verheiratet. Die höchste abgeschlossene Schulbildung von Frau E. ist ein Universitätsabschluss. Sie arbeitet als Angestellte in einem Büro.

Interview 4: Die betroffene Mutter ist 37 Jahre alt und Mutter von zwei Töchtern. Eine ist 20 Monate alt und die ältere sechs Jahre. Frau H. ist verheiratet, ihre höchste abgeschlossene Schulbildung ist die Matura. Fr. H war vor der Geburt ihrer Kinder als Angestellte tätig.

Interview 5: Das Alter der Interviewpartnerin beträgt 29 Jahre. Frau G. ist verheiratet, hat einen Sohn und eine Tochter auf die Welt gebracht: ihr Sohn ist fünf und die Tochter drei Jahre alt. Frau G. schloss die Handelsakademie ab und war als Angestellte tätig.

Interview 6: Frau M. ist 28 Jahre alt und Mutter einer Tochter, deren Alter 16 Monate beträgt. Frau M. ist ledig und lebt erst seit kurzem mit ihrem Partner in Wien. Sie besuchte eine Fachoberschule für Gestaltung und eine Berufsfachschule für Physiotherapie. Frau M. hat vor ihrer Karenz als Angestellte gearbeitet.

Interview 7: Die Partnerin des 7. Interviews ist 32 Jahre alt. Sie ist Mutter eines Sohnes, dessen Alter 14 Monate beträgt. Der Familienstand von Frau K. ist ledig.

Nach der Matura besuchte sie die Akademie für Physiotherapie. Frau K. ist als Selbständige im Raum von Wien tätig.

Interview 8: Frau D. ist 34 Jahre alt, das Alter ihres Sohnes beträgt zwei Jahre. Sie ist verheiratet. Die höchste abgeschlossene Schulbildung von Frau D. ist die Matura. Sie ist als Angestellte tätig.

3.4. Methode der Datenauswertung

Für die Auswertung der Daten aus den Interviews war es in einem ersten Schritt notwendig, die Inhalte, die auf einem Datenträger aufgenommen wurden, zu transkribieren. Die Transkripte wurden nach der Auswertungsmethode der Inhaltsanalyse von Mayring bearbeitet. Dabei kommt es zu einer Reduzierung des erhaltenen Materials: „ Das Ausgangsmaterial wird als erstes durch Paraphrasierung und dann durch Selektion, Bündelung, Konstruktion und Integration immer mehr reduziert, bis die anfängliche riesige Datenmenge handhabbar wird“ (Lamnek 2005: 529).

Da die Kategorien bereits im Leitfaden vorgegeben waren, erwies es sich als relativ einfach, diese zu bilden. Danach kam es zur Differenzierung nach Haupt- und Unterkategorien. Die Ergebnisse wurden dann in einem letzten Schritt interpretiert.

Die Auswertung der Daten aus den Grafiken, den Netzwerkkarten, erfolgte durch die Berechnung der Dichte und die Interpretation. Pearson stellt das Maß für die Dichte eines Unterstützungsnetzwerks als Größe, die von Bedeutung für die Beurteilung der Funktionalität von Netzwerken ist, dar (vgl. Pearson 1997: 96f. zit.n. Pantucek 2005: 142). Für die Berechnung der Dichte ist eine auf einer einfachen Basis liegende Formel vorgesehen. Die Dichte ist ein Indikator dafür, inwieweit das System eng oder zentriert ist (vgl. Pearson 1997:29f. zit.n. Pantucek 2005: 143). Weiters gibt sie Aufschluss darüber, wie viele Personen tatsächlich Kontakt zueinander haben. Die Auswertung der Netzwerke erfolgt durch eine Interpretation der aus der Zeichnung ersichtlichen Beziehungen. Daher ist es notwendig, sich zentrale Begriffe aus der Netzwerkforschung anzueignen: Beziehungsformen, charakteristische Personen und Anzahl der Beziehungen und Personen.

Der Fokus dieser Arbeit in Bezug auf die Interpretation liegt in der Bedeutung der Personen und Beziehungen in Bezug auf Nähe und Distanz.

4. Ergebnisse der Forschung

Der nächste Teil befasst sich mit den Ergebnissen aus den Interviews und Netzwerkkarten unter dem Aspekt der Frage, wo und wie die Sozialarbeit in der Unterstützung ansetzen kann.

4.1. Problemfelder nach der Geburt

Mit der Geburt eines Kindes ergeben sich viele neue Aufgaben für die Mutter. Die Ankunft eines Babys ist auch mit Problemen und Veränderungen verbunden. Der richtige Umgang mit dem Kind und das Stillen müssen erlernt werden.

Weiters löst ein Zuwachs in der Familie Veränderungen sowohl in der Partnerschaft, als auch im Freundeskreis aus. Das Kind rückt in den Vordergrund, da es besonders viel Aufmerksamkeit benötigt.

Der Alltag der Frau muss neu gestaltet und koordiniert werden. Zusätzliche Erschwernisse stellen körperliche Beschwerden nach einer Geburt mit Komplikationen oder einem Kaiserschnitt dar. Ein Baby beeinflusst den Tagesrhythmus, weil es in der Nacht oft wach wird und damit den Schlaf der Eltern stört.

4.1.1. Symptome und Anzeichen der Depression

Die ersten Ergebnisse der Forschung beziehen sich auf die Symptome und Anzeichen der postpartalen Depression. Diese äußern sich bei den Frauen durch panikartige Zustände, aber auch durch richtige Panikattacken. Des Weiteren ist ein allgemein schlechter psychischer Zustand von den Müttern beschrieben worden. Dieser tritt in Form von Stress und plötzlichem Weinen auf. Doch sonst waren die Anzeichen gleichzusetzen mit denen einer Depression zu einem anderen Zeitpunkt (siehe 1.1.): Gedankenkreise, Schlafstörungen, Zwangsgedanken und Geiztheit, Appetitlosigkeit und Antriebslosigkeit. Indirekte Anzeichen der Depression kamen durch körperliche Beschwerden zum Vorschein: Zahnschmerzen, Herzrasen, Erschöpfung und Durchfall.

Symptome einer Depression oder im engeren Sinn der postpartalen Depression der Mutter sind auch Todesängste, die in einem Interview sehr deutlich angesprochen wurden: „Ich hatte [...] beim ersten Mal, als ich Angst hatte, dass ich sterbe, meinem Freund Bescheid gesagt, also einfach nur, dass ich riesengroße Angst habe“ (Interview 6, Zeilen 12-14). Die Angst, dass dem Kind etwas zustoßen könn-

te, war bei den Frauen immer wieder ein Thema.

Den Zeitpunkt der beginnenden Depression bemerkten und bezeichneten die Frauen sehr unterschiedlich. Bei manchen machten sich die Symptome relativ früh und rasch bemerkbar, wurden schnell erkannt und es war daher offensichtlich, dass der gesundheitliche Zustand nicht in Ordnung war. Eine Mutter erlebte die Anzeichen langsam und schleppend. Bei den anderen Frauen wurden die psychischen Symptome durch körperliche Beschwerden oder durch Belastungen, vor oder nach der Geburt, überlagert.

4.1.2. Belastungen, die zur Depression geführt haben

Aus der Literatur ist bekannt, dass das Zusammenspiel mehrerer Faktoren als Auslöser für eine postpartale Depression maßgeblich ist (siehe 1.2.). Ebenso treffen stets mehrere Belastungsfaktoren zusammen. Die Ergebnisse der Interviews lassen sich in Belastungen vor der Entbindung und nach der Geburt einteilen.

- in der Schwangerschaft/ kurz vor der Geburt

In zwei Interviews war der Tod eines nahen Angehörigen, der bis zum Eintreten der Schwangerschaft noch nicht verarbeitet war, ein Thema. Auch eine vorhergehende Fehlgeburt, eine sehr schwierige Geburt oder ein nicht geplanter Kaiserschnitt waren Belastungen. Als weiteres Problem und Auslöser für die postpartale Depression wurde das Phänomen der spät gebärenden Mutter genannt. Weitere Belastungen der Interviewpartnerinnen waren frühere psychische Probleme. Eine Frau sprach von einer Isolation vor der Geburt, da sie während der Schwangerschaft übersiedelte und sich sozial nicht integrieren konnte: „Also die Hauptbelastung war, dass ich erst zwei Monate vor der Geburt nach Wien gekommen bin und keinen Menschen gekannt habe“(Interview 6, Zeilen 19-21). Interviewpartnerinnen erzählten auch von einer Vorbelastung durch eine psychische Erkrankung der eigenen Mutter.

- nach der Geburt

Als Belastungsfaktoren gaben viele Frauen eine allgemeine Überforderung mit der gesamten neuen Situation, sowohl bezüglich der Kinderbetreuung als auch bezüglich der Bewältigung des Alltags, an. Darauf wird jedoch in 4.1.3. näher eingegangen werden.

Der Umzug in eine andere Wohnung wurde ebenfalls als große Anstrengung emp-

funden. Weitere Beunruhigung löste ein Wohnungseinbruch nach der Geburt aus.

Viele der Interviewpartnerinnen gaben an, Probleme mit dem Stillen zu haben: sie empfanden entweder keine Entspannung beim Stillen oder es kam aufgrund des Stresses zu keiner Milchproduktion. Dadurch wurde Panik ausgelöst, da der Anspruch bestand, stillen zu müssen, damit es zu einer guten Mutter-Kind- Beziehung komme. Ein weiteres Hindernis zu stillen stellt die Einnahme von Medikamenten dar. Daher ist in diesem Fall die Abklärung mit einem Arzt notwendig (siehe 1.6.1.).

Aufgrund der allgemein schwierigen Situation war es den Müttern nicht oder kaum möglich, eine Bindung zu ihrem Kind aufzubauen. Dadurch kann es in weiterer Folge zu Entwicklungsstörungen bei dem Kind kommen (siehe 1.4.1.).

Der Mangel an Schlaf löste bei den Müttern Unruhe, Antriebslosigkeit und Verlust von Energie aus. Aufgrund der Müdigkeit waren sie auch kaum in der Lage, den Mühen des Alltags mit einem Kind gerecht zu werden.

Die Frauen sprachen in den Interviews von Schuldgefühlen und Versagensängsten in der Zeit nach der Geburt. Sie machten sich teilweise große Vorwürfe als Mutter versagt zu haben und die Versorgung ihres Kindes vernachlässigt zu haben, nicht dem Idealbild der Mutter zu entsprechen und die Beziehung zum Partner nicht gepflegt zu haben. Für jedes weiter auftretende Problem gaben sie sich als Frau und Mutter die Schuld daran.

4.1.3. Alltagsbewältigung

Fast alle interviewten Frauen gaben an, dass die Bewältigung des Alltags in der Phase der Depression sehr schwer und nur unter größter Anstrengung möglich war.

Die Alltagsbewältigung beschränkte sich bei den Müttern häufig nur auf die Grundversorgung ihres Kindes; es war ein reines Funktionieren in dem System Familie: „Ich hab aufstehen müssen, es war irgendwie, kleine Kinder sind irgendwie sowie Haustiere, man muss einfach raus, man muss was machen, und hab ihnen Frühstück gmacht halt und hab halt immer gmacht wie, wenn alles in Ordnung wär, aber eigentlich war nicht alles in Ordnung bei mir“ (Interview 4, Zeilen 55-59).

Die Belastung der Mutter führte zu einer Abkapselung von der Umwelt (siehe 2.2.)

und damit verbunden wurde der Aufbau sozialer Kontakte als schwierig empfunden. Ein weiteres von den Frauen geschildertes Problem waren die zu hohen Anforderungen an sich selbst als Mutter. Eine Interviewpartnerin erzählte von einem vermehrten Putz- und Waschwang, der sie zeitweise überfiel.

Bei allen acht interviewten Frauen gestaltete sich die Alltagsbewältigung ohne Hilfe und Unterstützung als schwierig und kaum durchführbar.

4.2. Professionelle Unterstützungsmöglichkeiten

Alle Mütter waren in der Zeit der postpartalen Depression auf fremde Hilfe, also auf professionelle Hilfe, angewiesen.

4.2.1. Zeitpunkt für die Inanspruchnahme von Hilfe

Der Zeitpunkt, an dem die betroffenen Frauen aufgrund der schwierigen Situation professionelle Unterstützung in Anspruch genommen haben, ist unterschiedlich. Die rascheste und schnellste Reaktion erfolgte bereits drei Wochen nach der Geburt des Kindes, als der psychische Zustand als unerträglich empfunden wurde.

Bei einer Interviewpartnerin traten sieben Wochen nach der Geburt körperliche Beschwerden, wie Durchfall, auf. Sie litt auch an massiven Todesängsten und quälte sich mit Suizidgedanken, die schließlich den Auslöser für professionelle Unterstützung lieferten.

Zwei der Mütter wandten sich erst später an professionelle Helfer, da die Symptome erst zehn Monate nach der Geburt schlimmer wurden. In dieser Zeit kam die Selbsterkenntnis, dass etwas nicht stimmt, es begann ein innerer Kampf mit sich selbst, bis schließlich die Mütter Hilfe von außen suchten. Eine Mutter hatte Angst, sich „selbst körperlichen Schaden zuzufügen“ (Interview 8, Zeile 21), als das Baby ca. 14 Monate alt war. Weiters verspürte sie das Gefühl der gesamten Verantwortung gegenüber dem Kind und ihrem Mann und zog daraus die Erkenntnis, sich Hilfe zu holen.

Eine interviewte Frau zögerte den Zeitpunkt, sich Hilfe zu holen, lange hinaus. Doch auf Anraten der Sozialarbeiterin im Eltern-Kind-Zentrum war sie letztlich bereit, Unterstützung in einer entsprechenden Einrichtung zu suchen.

Das Alarmzeichen, sich professionelle Unterstützung zu besorgen, war bei einer Mutter der eklatante Mangel an Schlaf.

4.2.2. Art und Form von professioneller Unterstützung

Die Arten von professioneller Unterstützung waren medikamentöse Behandlungen und Psychotherapien. Von einer Mutter wurde ein Beratungsgespräch in einer anderen Institution in Anspruch genommen. Gespräche mit der Psychotherapeutin wurden als Unterstützung gewählt. Die Psychiaterin leistete ihre Hilfestellung durch Entlastungsgespräche, und Verschreibung der richtigen Dosis der Medikamente. Psychotherapeutische Gespräche waren bei den meisten Frauen im Rahmen der professionellen Unterstützung gegeben (siehe 1.6.).

4.2.3. Entscheidende Einflussgrößen für die Annahme professioneller Unterstützung

Bei der Frage nach der Entscheidung, professionelle Unterstützung in Anspruch zu nehmen, antworteten die Interviewpartnerinnen unterschiedlich. Einige der Mütter erkannten selbständig die Aussichtslosigkeit ihrer Lage und trafen daher die Entscheidung, sich Unterstützung außerhalb der Familie zu holen.

Ein wesentlicher Faktor war das Drängen des Partners, der mit der Situation im häuslichen Bereich überfordert war.

Die Information über Unterstützungsmöglichkeiten erhielten die Frauen auf verschiedene Weise.

4.2.4. Wissen und Information über Unterstützungsmöglichkeiten

Die meisten Mütter sprachen von einer Broschüre, die von der Stadt Wien herausgegeben worden ist und im „Wäschepaket“, das bei der Geburt verteilt wird, enthalten ist. Aufgrund der neuen Situation und der Menge an Informationsmaterial zu wichtigen Adressen und Inhalten wurde diese Auskunft meist überlesen. Die Interviewpartnerinnen zogen auch Freunde und Angehörige zu Rate, um Informationen über die Unterstützungsmöglichkeiten zu erhalten.

Eine Initiative sich selber über Hilfsangebote zu informieren erfolgte bei einer Mutter über eine eigene Internetrecherche. Die Schwierigkeit in dem Fall war die Suche nach dem richtigen Stich- bzw. Schlagwort.

Eine Mutter wurde in einem Eltern-Kind-Zentrum, das sie regelmäßig besucht auf ihre Situation und ihr mögliches Krankheitsbild aufmerksam gemacht und durch ein Telefonat von einer Mitarbeiterin an die zuständige Stelle vermittelt.

Die Information, über die Möglichkeiten von Unterstützungsangeboten wurde bei einer Frau in ihrer verzweifelten Lage durch Arbeitskolleginnen vermittelt.

Kaum eine der interviewten Mütter war zum Zeitpunkt der postpartalen Depression in der Lage und der psychischen Verfassung sich eigenständig Information und einen Überblick über Unterstützungsmöglichkeiten einzuholen. Die nächste Schwierigkeit bestand weiters darin, sich ein Wissen über diese Krankheit anzueignen um anschließend daran an die richtigen und dafür zuständigen Einrichtungen und Stellen zu gelangen.

4.3. Soziales Netzwerk

Während der Interviews wurden mit den Frauen gemeinsam Netzwerkkarten zwecks Übersichtlichkeit und Klarheit während der Interviews direkt auf dem Laptop erstellt. Diese grafisch dargestellten Beziehungen treffen auf den Zeitraum der postpartalen Depression zu. Die einzelnen Bezeichnungen der Personen wurden von den Interviewpartnerinnen selbst gewählt.

Für eine Kontrolle und eventuelle Vervollständigungen wurden die Zeichnungen jeder Mutter übermittelt, bevor diese in die Arbeit hineingestellt wurden. Bei der Interpretation der einzelnen Netzwerkkarten wurden Begriffe aus der Netzwerkstruktur und den Netzwerkinhalten von Gabriele Gerhardt (vgl. Gerhardt, 1998:1) verwendet. Es werden nur die für diese Arbeit relevanten Begriffe herausgegriffen.

1. Netzwerkstruktur:

Diese ergibt sich aus den Fragen nach den Beziehungen der Personen untereinander und nach der Verbindung zwischen den einzelnen Sektoren.

Begriff

Bedeutung

Netzwerkgröße

- Anzahl der Netzwerkmitglieder

Dichte

- Verhältnis zwischen vorhandenen und möglichen Beziehungen

Cluster, Cliques

- Dichtere Regionen, die das Netzwerk enthält

Netzwerkinhalte

- Vom Inhalt kann dann gesprochen werden, wenn nach bestimmten Ressourcen gefragt wird, die in ein Netzwerk weitergeleitet werden.

2. Schlüsselrollen/positionen:

Begriff

Star/Zentrale

Isolierte/r

Bedeutung

- Mitglied mit sehr vielen Verbindungen zu anderen Mitgliedern
- Mitglied ohne Beziehungen zu anderen Netzwerkmitgliedern

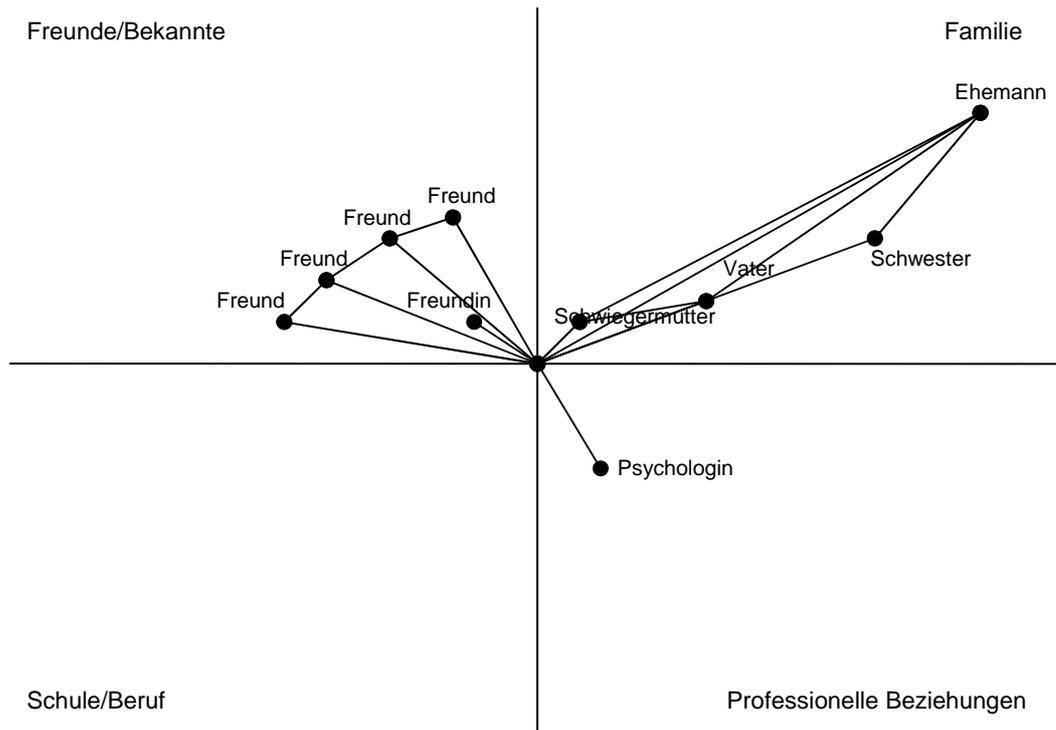
4.3.1. Fälle

1. Frau S.

Alter: 34

Netzwerkgröße: 10

Dichte: 0,17



Bei Frau S. besteht das familiäre Netzwerk aus lediglich vier Personen, erwähnenswert ist jedoch die intensive Nähe zur Schwiegermutter. Die Mutter der Ankerperson fehlt und sowohl der Vater, als auch die Schwester scheinen relativ weit entfernt auf. Auffallend ist auch die distanzierte Beziehung zum Ehemann.

Weiters ist die Isolierung von Arbeitskolleginnen hervorzuheben.

Der Sektor mit den meisten Kontakten befindet sich auf der Seite der Freunde.

Auf der professionellen Seite steht die Psychologin in einer gewissen Entfernung von der Ankerperson. Sonst befindet sich niemand in diesem Bereich.

Es besteht keine Vernetzung zwischen den einzelnen Sektoren.

Die Dichte von 0,17 ist gering.

Interpretation

Schlüsselpositionen:

Stars sind in diesem Netzwerk nicht zu erkennen, da alle Familienmitglieder jeweils vier Kontakte haben.

Cluster: Ein Cluster ist zwischen der Schwiegermutter, dem Vater, der Schwester und dem Ehemann zur Ankerperson zu erkennen.

Isolierte: Zu den isolierten Personen zählen die Psychologin, die Kontakt ausschließlich zur Ankerperson hat und eine Freundin, die auch nur Kontakt zu Frau S. pflegt.

In diesem Fall kann aufgrund der Netzwerkgröße von einem reduzierten Netzwerk gesprochen werden.

Bedeutung von Nähe und Distanz

Die Beziehung zur Schwiegermutter und zum Vater ist in der Zeit der Depression aufgrund ihrer Mithilfe im Haushaltsalltag besonders wichtig. Die Bedeutung der Beziehung zum Ehemann ist in diesem Fall hervorzuheben, da das Verhältnis des Partners zur Ankerperson zwar sehr nahe ist, doch in dieser Phase aufgrund mangelnden Verständnisses nicht wirklich hilfreich sein. In diesem Fall wäre ein Gespräch durch eine Sozialarbeiterin sinnvoll, da diese nicht in einem strengen Setting auftritt, sondern die Frau so annehmen würde, wie sie ist. Doch der professionelle Kontext würde aufrecht erhalten bleiben.

Die Mutter der Ankerperson im Bereich Familie fehlt, da diese vor der Geburt des Kindes verstorben ist.

Auffällig ist der Sektor Beruf und Arbeit, da es hier keine aufrecht erhaltenen Kontakte gibt. Dies ist einerseits auf die derzeitige Karenz zurückzuführen, andererseits dürften in der Arbeitsstelle keine engeren privaten Beziehungen bestehen. Im Bereich der Freunde ist in dieser Zeit nur eine engere Freundin vorhanden, mit der sich Frau S. häufig gemeinsam mit ihrem Sohn trifft und „Muttergespräche“ führen kann.

Auf der professionellen Seite ist lediglich eine Psychologin, die Unterstützung leistet, eingezeichnet. Doch aufgrund der relativen Distanz ist von einer nicht sehr engen oder nicht sehr hilfreichen Beziehung auszugehen.

Im Unterschied zu einem psychotherapeutischen Gespräch, das hinterfragend und nachfragend ist, würde sich die sozialarbeiterische Gesprächsform ausschließlich nach den Bedürfnissen der Frau richten. Es würde problemorientiert gearbeitet und nach Lösungsansätzen gesucht.

Allgemein kann festgehalten werden, dass es keinerlei Verbindungen zwischen den Sektoren gibt. Daraus ergibt sich die geringe Dichte, die sehr auffällig ist. Sowohl die professionelle Unterstützung, als auch die Freunde werden von der Ankerperson ohne familiäre Hilfe in Anspruch genommen. Daraus kann geschlossen werden, dass aus der Familie niemand in die Unterstützung durch die Psychologin involviert ist.

Die Verteilung der Knoten im Bereich Familie und Freunde ist ähnlich, da Frau S. prinzipiell ein sehr kontaktfreudiger Mensch ist, sich aber in der Zeit der postpartalen Depression von der Umwelt distanziert und isoliert. Aufgrund ihrer psychischen Verfassung sieht sich Frau S. nicht in der Lage, Kontakte aufrechtzuerhalten. Die Beziehungen finden sehr ausgewählt statt. Die Ankerperson lässt kaum Leute an sich heran.

Daher sind die Punkte eher weit von der Ankerperson entfernt.

Der Grund für das Vorhandensein lediglich einer Person im Sektor professionelle Unterstützung liegt darin, dass Frau S. eine selbständige Person ist und sich nur professionelle Hilfe sucht, wenn es dringend notwendig ist. Aufgrund der Entfernung ist anzunehmen, dass es keine enge Beziehung ist.

Einschätzung des Netzwerkes

Das Netzwerk von Frau S. ist sowohl aufgrund der geringen Größe, als auch aufgrund der Dichte eher untypisch für eine Frau, die sich selbst als einen kontaktfreudigen Menschen bezeichnet. Aufgrund der psychiatrischen Diagnose der postpartalen Depression und der Symptome kommt es zu einer Isolierung. Das führt zu einer Veränderung im sozialen Netzwerk. Beziehungen, die wichtig waren, werden in dieser Phase in den Hintergrund gerückt. Die Kontakte zu den einzelnen Personen werden separat wahrgenommen; jede bekommt ihren Aufgabenbereich zugeordnet. Innerhalb der Familie sind Verbindungen zu finden. Doch auch hier ist auf Grund der Nähe und Distanz eine interne Organisation zu erkennen.

Das Umfeld zu Freunden besteht bei Frau S. aus separaten Kontakten. Wichtig für

das Netzwerk der betroffenen Mutter wäre eine Vernetzung untereinander, aber auch zum Partner, um so eine hilfreiche Stütze sein zu können. Der eigene Wunsch von Frau S., einer Selbsthilfegruppe anzugehören, würde zu einer weiteren Vernetzung und Erweiterung des Netzwerkes beitragen. Das Gruppen- und Zusammengehörigkeitsgefühl sorgt für Sicherheit. Weiters ist eine solche Gruppe mit einer engen emotionalen Bindung verbunden, da jedes Mitglied von der postpartalen Depression betroffen ist oder war. Eine nächste sehr wesentliche Kennzeichnung ist der face- to- face Kontakt. Merkmale dieser Gruppe sind der häufige Wechsel der Gruppenmitglieder, die nicht vorhandenen formalen Kriterien und die Basis der Freiwilligkeit.

Im professionellen Bereich ist lediglich eine Psychologin für die Betreuung und Unterstützung von Frau S. verantwortlich. Diese professionelle Hilfe ist ausschließlich an die betroffene Mutter gerichtet. Eine Zusammenarbeit und Einbeziehung des Partners oder enger Vertrauensperson aus dem familiären Bereich würde das Netzwerk von Frau S. verbessern. Dadurch wäre die Person informiert und könnte dementsprechend agieren. Weiters würde eine Erweiterung des professionellen Sektors durch andere Berufsgruppen zu einem Fortschritt und einer Verbesserung sowohl des sozialen Netzwerkes als auch der Behandlung der Depression beitragen. Sozialarbeiterische Unterstützung ist zu dem relevanten Umfeld zu zählen.

Ansätze zu sozialarbeiterischer Unterstützung

Der sozialarbeiterische Ansatz der Intervention bei Frau S. würde bei der Führung von Gesprächen nach der Geburt, in denen Probleme, Sorgen und Gefühle, wie Ängste, angesprochen werden können, liegen. Diese Konversationen wirken auf den ersten Blick eher wie freundschaftliche Unterhaltungen, da das strenge Beratungssetting fehlt, doch die Professionalität der Gesprächsführung der Sozialarbeiterin bleibt erhalten.

Da Frau S. sich selbst als kontaktfreudigen Menschen bezeichnet und offen über ihre Probleme spricht, dürfte diese Form der Unterstützung durch die Sozialarbeit hilfreich sein. Die Gespräche mit der Psychologin wirken oftmals aufgrund des strengen Setting als unangenehm nachfragend. Frau S. spricht zum damaligen Zeitpunkt den Wunsch nach einem Kontakt zu anderen betroffenen Müttern aus, um sich austauschen zu können. Die Sozialarbeiterin würde sie an eine Selbsthil-

fegruppe vermitteln. Danach würde sich die Expertin wieder zurückziehen und im Hintergrund bleiben, da Frau S. medizinisch, therapeutisch und durch soziale Kontakte versorgt wäre.

Die Belastungen, die zur Depression geführt haben, liegen alle vor der Schwangerschaft. Der Tod der Mutter, der nicht ausreichend verarbeitet wurde, eine Fehlgeburt und das späte Gebären spielen beim Entstehen der Depression mit. Da diese Belastungen länger zurückliegen, bestünde der Aufgabenbereich der Therapeutin in der Aufarbeitung. Diese Themen könnten in einem sozialarbeiterischen Gespräch auf Basis der momentanen Situation angesprochen werden.

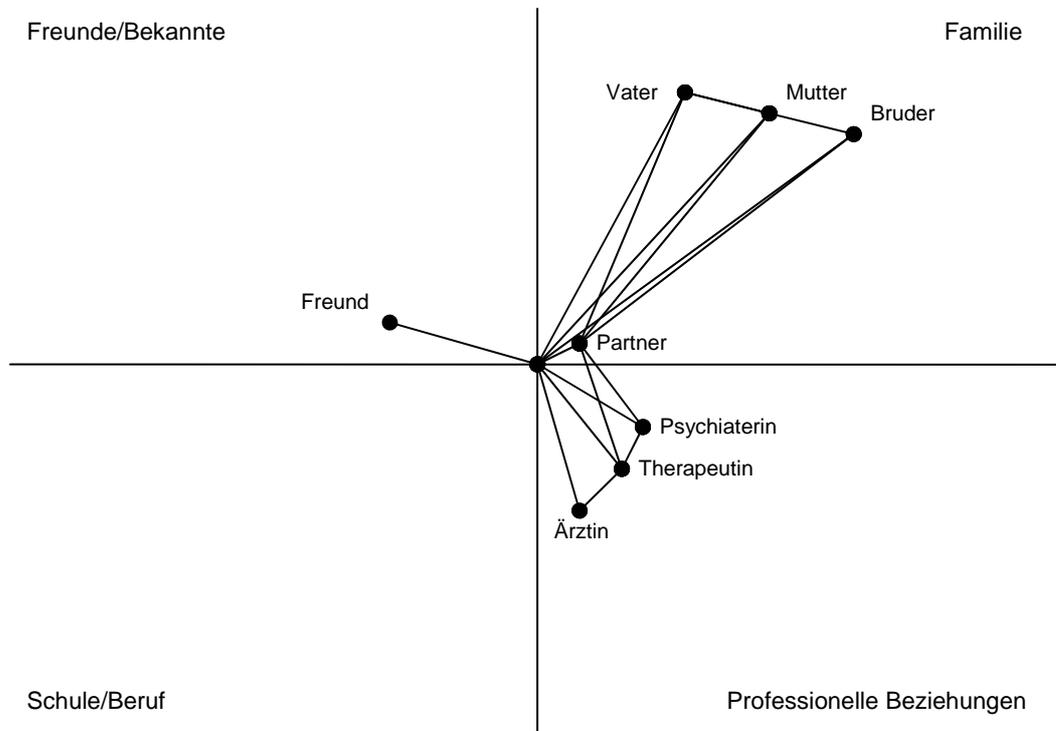
Da Frau S. selbst ziemlich schnell ihre Situation erkennt und sich Hilfe sucht, wäre sie mit der Begleitung und konkreten Unterstützung durch die Sozialarbeiterin ausreichend versorgt.

2. Frau A.

Alter: 34

Netzwerkgröße: 8 Personen

Netzwerkdichte: 0,32



In den Bereichen Familie und professionelle Beziehungen befinden sich eher wenig Kontakte. Außer dem Partner ist die Familie in Distanz zu der Ankerperson. Zwischen den professionellen Helfern, wie der Therapeutin, der Psychiaterin und dem Partner besteht eine Verbindung. Eine Ärztin, die nicht näher bezeichnet ist, besitzt ausschließlich Kontakt zur Ankerperson.

Im Sektor Beruf ist keine Person eingezeichnet.

Auffallend ist der einzige Kontakt im Sektor Freunde; es besteht jedoch keine Verbindung zu anderen Person aus dem Netzwerk.

Mit der Dichte von 0,32 handelt es sich um ein soziales Netzwerk mittlerer Dichte.

Interpretation

Schlüsselpositionen:

Star: Der Star in diesem Netzwerk mit sechs Kontakten ist der Partner der Ankerperson.

Cluster: Ein Cluster ist zwischen dem Partner, der Mutter und dem Vater zu erkennen. Der zweite Cluster wird in den Verbindungen zwischen den professionellen Kontakten sichtbar.

Auffallend ist, dass der einzige Freund in diesem Netzwerk von den anderen Kontakten völlig isoliert ist.

Aufgrund der Netzwerkgröße kann hier von einem reduzierten Netzwerk ausgegangen werden.

Bedeutung von Nähe und Distanz

Die Nähe zum Partner spielt in diesem Netzwerk eine zentrale Rolle, da sowohl die Beziehung zur Ankerperson eng ist, als auch in der Depression die Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeit gegeben wird. Der Partner stellt hier eine Kernperson für Frau A. dar, da dieser sowohl Kontakte zur Familie als auch zu zwei der professionellen Helferinnen aufweist. Erwähnenswert ist die geringe Anzahl der Personen im familiären Bereich; es handelt sich dabei nur um die Kernfamilie von Frau A..

Der Vater, die Mutter und der Bruder sind sehr weit entfernt von der betroffenen Mutter, da der Kontakt aufgrund örtlicher Entfernung nicht so oft möglich ist.

Deutlich zu erkennen ist, dass es keine Kontakte zu Arbeitskolleginnen gibt. Frau A. ist freiberuflich tätig und hat wenig Möglichkeiten, stabile Beziehungen zu Kolleginnen aufzubauen. Außerdem ist sie nach der Geburt ihrer Tochter in der Zeit der Depression in Karenz und daher nicht voll im Arbeitsleben integriert.

Es besteht eine Verbindung zwischen dem Sektor professionelle Unterstützung und Familie: das ist darauf zurückzuführen, dass die Therapeutin den Partner von Frau A. in die Gespräche mit einbezieht. Die Psychiaterin weist auch eine Verbindung zum Partner auf.

Die Aufteilung der Personen auf die einzelnen Sektoren ist damit zu erklären, dass sich Frau A. in der Zeit der Depression aufgrund ihrer Angst und Panikzustände von der Außenwelt zurückzieht und kaum mehr in der Lage ist, soziale Kontakte zu pflegen. Im familiären Bereich agiert nur mehr der Partner als Unterstützer. Auf dem Sektor der Freunde ist nur einer erwähnt worden – jedoch völlig isoliert von den anderen Personen dieses Netzwerkes. Die restliche Hilfe muss durch professionelle Helfer geleistet werden.

Aufgrund der Dichte kann hier von einem sozialen Netzwerk mittlerer Dichte gesprochen werden, da es aufgrund der Netzwerkgröße doch ein paar Verbindungen untereinander gibt.

Einschätzung des Netzwerkes

Die Dichte und die Größe des Netzwerkes von Frau A. sind aufgrund der psychiatrischen Diagnose erklärbar. Die betroffene Mutter zieht sich aufgrund ihrer Panikzustände völlig zurück und ist kaum mehr in der Lage das Haus zu verlassen und Kontakte zu pflegen. Bereits die Geburt führt bei Frau A. zu einer Veränderung des sozialen Netzwerkes, da es für sie schwierig ist, mit dieser neuen Situation umzugehen. Die Kernfamilie ist aufgrund der räumlichen Entfernung für Frau A. kaum hilfreich. Es besteht lediglich eine Verbindung zum Partner der betroffenen Mutter. Um eine für Frau A. effiziente Unterstützung zu bieten, wäre eine Kooperation mit den professionellen Betreuerinnen erforderlich.

Der Partner ist für die betroffene Mutter die einzige Person, die in einem Nahverhältnis steht und Unterstützung und Hilfe, soweit es für ihn möglich ist, bietet.

Auffallend ist der einzige Kontakt im Sektor Freunde, der in dem Netzwerk isoliert eingezeichnet ist. Seine Aufgabe ist es, für Frau A. da zu sein und ihr zuzuhören. Aufgrund der völligen Isolation und der schlechten psychischen Verfassung der betroffenen Mutter können hier nur langsam Kontakte zu Freunden wieder- oder neu aufgebaut werden. Das Umfeld ist für eine Verbesserung des sozialen Netzwerkes sehr wesentlich. Geringgradig organisierte Gruppen, denen eine gemeinsame Motivation zugrunde liegt und in denen gleichzeitig neue Kontakte geschlossen werden können, wären ein wesentlicher Beitrag in der Veränderung und Verbesserung des sozialen Netzwerkes. Professionelle soziale Dienste würden hier auch eine wichtige Rolle spielen, da die Kooperation in diesem Bereich sehr wesentlich ist. So können neue Unterstützungsmöglichkeiten, abhängig vom Umfeld der Interessentinnen sowie den politischen und sozial-ökonomischen Rahmenbedingungen, geschaffen werden.

Es besteht eine Verbindung zu professionellen Helferinnen, wodurch der Partner seine alltägliche Hilfeleistung verstärken und reflektieren kann. Die Betreuung der Ankerperson durch die professionellen Unterstützerinnen erfolgt in Kooperation mit dem Partner von Frau A.. Eine Verbesserung wäre in diesem Fall noch eine weitere Vernetzung der Ärztin sowohl mit den professionellen Helferinnen als auch

mit dem Partner. Dadurch könnte das professionelle Betreuungsnetz für Frau A. optimiert werden. Eine weitere Unterstützung könnte eine Sozialarbeiterin bieten.

Ansätze zu sozialarbeiterischer Unterstützung

Die Kontaktaufnahme durch eine Sozialarbeiterin wäre bei Frau A. bereits in der Schwangerschaft erforderlich, da diese Zeit für die werdende Mutter mit Schwierigkeiten verbunden ist. Ein Monat vor Beginn der Schwangerschaft verstarb ein naher Angehöriger. Frau A. quält sich daher vor der Geburt immer wieder mit ambivalenten Gefühlen, einerseits der Trauer um den Bruder, andererseits der Freude auf das Kind. Sie konnte von ihrem Bruder nicht Abschied nehmen.

Die Aufgabe einer Sozialarbeiterin wäre es, in dieser Situation Begleitung bei der Trauerarbeit anzubieten.

Ein weiterer Ansatzpunkt für die Sozialarbeit wäre die frühzeitige Aufklärung über die postpartale Depression, da Frau A. bereits früher Antidepressiva einnahm und daher eine Prädisposition vorhanden ist.

Die nächste Belastung kurz vor der Geburt ist der Umzug in ein neues Zuhause, das jedoch in einem sehr schlechten Zustand ist; Frau A. spricht selbst von einer „schrecklichen“ Wohnung (Interview 2, Zeile 31). Außerdem beschreibt sie die Probleme mit dem Stillen als „sehr bedrückend“ Interview 2, Zeile 35. An diesem Punkt wären ein Belastungsgespräch und eine Krisenintervention durch eine Sozialarbeiterin erforderlich. Dabei stünde es nicht im Vordergrund, Lösungen zu finden, sondern die Situation zu stabilisieren.

Es kommt nach einem kurzen Aufenthalt von Frau A. und ihrem Kind bei ihren Eltern zu einem erneuten Umzug. Doch auch in dieser Wohnung findet sie sich nicht zurecht und der psychische Zustand verschlechtert sich. Eine begleitende Unterstützung durch die Sozialarbeiterin, die gemeinsam mit Frau A. die neue Wohnung einrichtet, wäre hilfreich. Ab dem Zeitpunkt, an dem körperliche Symptome auftreten, wird die medizinische und therapeutische Unterstützung in den Vordergrund gerückt. Die Sozialarbeit würde hier als begleitende Hilfe auftreten.

Ein ganz wesentlicher Punkt in der Betreuung bei Frau A. wäre die Erarbeitung einer Tagesstruktur, da sie, wie sie selbst schildert, den ganzen Tag zuhause verbringt und überfordert ist. Die Sozialarbeiterin wäre in diesem Fall jemand, der die Mutter durch Gespräche in der Haushaltsorganisation unterstützt.

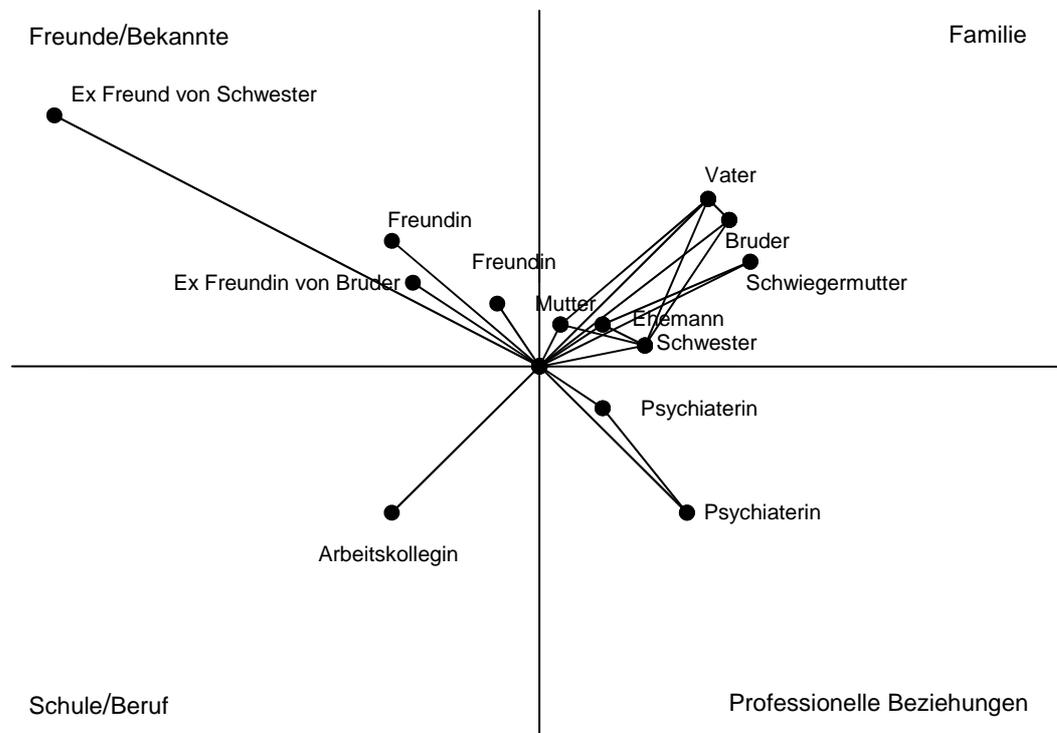
Zur Herstellung neuer sozialer Kontakte könnte Fr. S. angeregt werden, ein Eltern-Kind-Zentrum aufzusuchen. Dort könnten auch individuelle Fragen an die Expertinnen gerichtet und Probleme im Zusammenhang mit dem Stillen angesprochen werden.

3. Frau E.

Alter: 35

Netzwerkgröße: 13 Personen

Netzwerkdichte: 0,11



Im Bereich Familie befinden sich die meisten Kontakte. Auffällig ist das Nahverhältnis lediglich zur Mutter, dem Ehemann und der Schwester. Sichtbar ist, dass kein Kontakt zwischen der Mutter und dem Vater der Ankerperson und dem Ehemann besteht. Auffallend ist, dass die Familie untereinander nicht komplett vernetzt ist. Es ist kein Kontakt zwischen der Mutter und dem Ehemann eingezeichnet. Eine Vernetzung besteht lediglich zwischen dem Ehemann und der Schwiegermutter von Frau E.. Die Familie, in der die Ankerperson aufgewachsen ist, hat untereinander Verbindung. Es ist im familiären Sektor in Bezug auf Verbindungen kein einheitliches Bild vorhanden

Weiters besteht der Sektor der Freunde aus relativ vielen Beziehungen. Die Freunde sind jedoch nicht miteinander verbunden. Sowohl der Ex-Freund der Schwester als auch die Ex-Freundin des Bruders scheinen in diesem Netzwerk auf.

Der Sektor des Berufes enthält lediglich eine Arbeitskollegin. Die Ankerperson hat im Bereich professionelle Beziehungen zwei unterstützende Personen. Es finden

sich keine sektorübergreifenden Verbindungen.

Die Dichte von 0,11 ist angesichts der Netzwerkgröße sehr gering.

Interpretation

Schlüsselpositionen:

Star: Der Ehemann ist in diesem Netzwerk als Star zu bezeichnen, da er die meisten Kontakte unterhält.

Cluster: Ein Cluster ist zwischen Vater, Mutter, Bruder und Ehemann zu erkennen.

Isolierte: Als Isolierte ist in diesem Fall aufgrund des einzigen Kontaktes zur Ankerperson die Arbeitskollegin anzusehen.

Bedeutung von Nähe und Distanz

Die Beziehung zum Ehemann, zur Schwester und zur Mutter ist in dieser Grafik sehr eng, da in der Zeit der Depression eine familiäre Stütze in alltäglichen Dingen gegeben ist. Der Ehemann kann Frau E. aber nicht mit Hilfe von Gesprächen unterstützen, da er mit der Situation überfordert ist. Auffallend ist die nicht eingezeichnete Verbindung zwischen der Mutter, dem Vater und dem Ehemann der Ankerperson. Weiters fehlt eine Verbindung zwischen dem Vater und dem Bruder von Frau E.. Die Schwester und die Mutter sprechen mit der Ankerperson über das eingetretene Problem. Beide besuchen Frau E. im Spital und unterstützen sie bei der Versorgung des Babys. Der Vater hilft Frau E. bei der Erledigung praktischer Dinge, kann jedoch darüber hinaus nicht mit der Situation umgehen.

Die Schwiegermutter ist lediglich mit dem Ehemann der Ankerperson verbunden. Zu den anderen Personen im Netzwerk hat sie keinen Kontakt.

Die Beziehung zu einer Freundin ist relativ eng, die anderen stehen kontaktmäßig weiter weg. Interessant ist, dass sowohl die Ex-Freundin des Bruders als auch der Ex-Freund der Schwester in dem Netzwerk von Frau E. eingezeichnet sind. Die Ex-Freundin des Bruders steht jedoch in einem engeren Kontakt mit der Ankerperson als der Ex-Freund der Schwester. Die Freunde sind alle isoliert von einander eingezeichnet.

Auffallend ist die Beziehung zu einer einzigen Arbeitskollegin, die jedoch nicht von großer Bedeutung ist. Dies führt zur Annahme, dass Frau E. in der Zeit der Karenz kaum Kontakte zu ihrer Arbeitsstelle pflegt und nicht über ihre Situation spricht.

Da die Ankerperson eine enge Verbindung zu ihrer Familie pflegt, sind diese Kontakte und Beziehungen auch in der Zeit der postpartalen Depression aufrecht.

Der professionellen Unterstützung kommt im Netzwerk von Frau E. eine relativ große Bedeutung zu. Eine Psychiaterin, die medikamentöse und geschlechtstechnische Hilfe leistet, befindet sich in unmittelbarer Nähe der Ankerperson. Die Unterstützung durch eine Expertin ist dringend erforderlich, da die Familie überfordert und daher nicht in der Lage ist, Frau E. umfassend zu betreuen. Die Psychiaterinnen sind miteinander verbunden. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang die unterschiedlich entfernte Einzeichnung der Knoten. Daraus ist der Schluss zu ziehen, dass Fr. E. die professionellen Beziehungen zu einer der Ärztinnen als enger, zur anderen als loser erlebt.

Einschätzung des Netzwerkes

Da dieses Netzwerk aus wenigen Personen besteht, ist die Dichte sehr gering. Dies wirkt für die betroffene Mutter eher untypisch, da Frau E. sich nicht als isolierten Menschen bezeichnet, sondern voll im Berufsleben integriert ist. Doch die bereits schwierige Schwangerschaft und die damit verbundene nicht einfache Geburt führen zu einer Veränderung im sozialen Netzwerk. Die Familie bietet Frau E. Hilfe an; jeder leistet einen Beitrag nach seinen Möglichkeiten. Ein enger Zusammenhalt und Austausch zwischen den einzelnen Familienmitgliedern wäre für Frau E. hilfreich und trüge zu einer Beruhigung für die betroffene Mutter bei.

Die im Sektor Freunde bezeichneten Personen sind alle voneinander und auch von anderen Personen isoliert in dem Netzwerk eingezeichnet. Jede der Freundinnen hat ihren Platz und ihre Aufgabe. Das soziale Umfeld stellt für Frau E. eine Relevanz dar, da es sowohl enge Beziehungen und Verbindungen untereinander, als auch persönliche Kontakte, Stabilität und eine gewisse Regelmäßigkeit ermöglicht. Da Frau E. eine schwierige Geburt erlebte und sich daraus Probleme ergeben, sind professionelle soziale Dienste für eine Verbesserung des Netzwerkes von großer Bedeutung. Hier spielt die Kooperation zwischen den Einrichtungen eine wichtige Rolle.

Im Bereich des Berufes ist eine Vernetzung zwischen den behandelnden Ärztinnen vorhanden. Eine Verbesserung des Netzwerkes könnte geschaffen werden, wenn diese sowohl mit der Familie als auch mit anderen Berufsgruppen kooperieren würden und vernetzt wären. Die Ankerperson hätte sich auch eine Betreuung

durch eine Psychologin gewünscht. Weitere Hilfestellung könnte auch eine Sozialarbeiterin bieten.

Ansätze zu sozialarbeiterischer Unterstützung

Bei Frau E. besteht bereits eine Überforderung in der Schwangerschaft, da sie in ihrem Beruf sehr beansprucht ist. Ein ebenfalls in dieser Zeit auftretendes finanzielles Problem führt endgültig zu einer krisenartigen Situation und schließlich zum Zusammenbruch. Eine wichtige Unterstützung durch die Sozialarbeiterin wäre es in diesem Fall, einen Finanzplan zu erstellen bzw. Frau E. an die Schuldnerberatung weiterzuleiten. Die zusätzlichen Stressfaktoren hätten Platz und Raum in einem Belastungsgespräch. Außerdem wären auch Gefühle, wie Ängste im Zusammenhang mit der Geburt, wichtige Themen. Da die betroffene Mutter keine schöne und entspannte Geburt erlebt, wäre es in diesem Fall besonders wichtig, sie nachher sowohl durch psychologische als auch durch sozialarbeiterische Gespräche zu entlasten. Die Sozialarbeiterin würde die Mutter reden lassen, würde nicht hinterfragen, sondern würde verständnisvoll und mitfühlend reagieren - immer mit dem Hintergrund eines professionellen Kontexts.

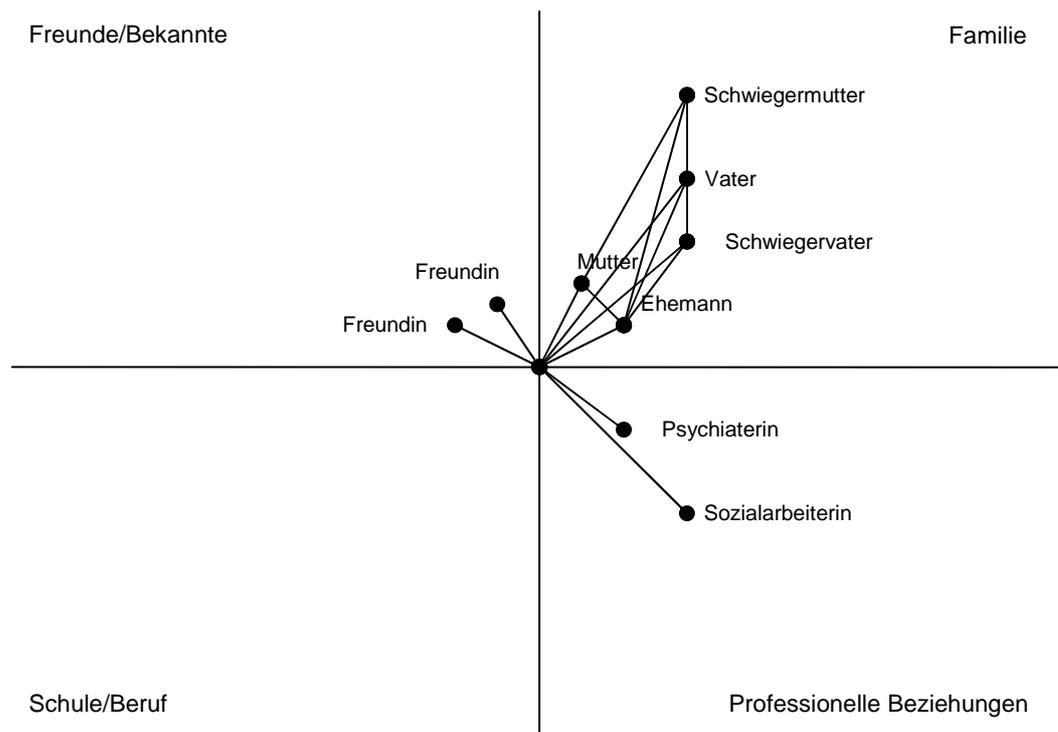
Der Alltag zuhause mit dem Kind scheint bei Frau E. zu funktionieren, da, wie sie es selbst beschreibt, sich die Depression bei ihr in Hyperaktivität äußert. Sie muss ständig aktiv handeln. Sie wird im Haushalt von der Familie unterstützt und ist daher in diesem Bereich nicht alleine gelassen. Frau E. hat das Bedürfnis, über ihre Situation, ihre Ängste und Sorgen zu sprechen - ihre Familie ist damit überfordert. Hier findet sich wieder ein Aufgabenbereich für die Sozialarbeiterin, nämlich diese Themen anzusprechen und zu bearbeiten. Oft genügt nur ein Gespräch, das den Charakter eines „Plauderns“ hat. Der Vorteil der sozialarbeiterischen Unterstützung läge darin, dass sie durch eine neutrale Person erfolgt, die nicht direkt in die Problematik involviert ist. Ein Problem für die Mutter im Umgang mit dem Kind stellt das Stillen dar. Dies verursacht noch zusätzlichen Stress und führt zu einer großen Belastung. Die Sozialarbeiterin könnte die Situation durch aufbauende Worte entschärfen und die Mutter an eine Stillberatung vermitteln. Die Helferin würde sich bemühen, Frau E. von den negativen Gefühlen und Ängsten zu befreien und die Beziehung zu ihrem Kind zu stärken.

4. Frau H.

Alter: 37

Netzwerkgröße: 9

Netzwerkdichte: 0,19



Im Netzwerk von Frau H. bestehen im Bereich der Familie die meisten Kontakte und Beziehungen. Die Mutter und der Ehemann befinden sich in enger Beziehung zur Ankerperson - die Knoten sind sehr nah eingezeichnet. Innerhalb der Familie sind Verbindungen vorhanden. Geschwister scheinen in diesem Netzwerk nicht auf. Die beiden Freundinnen sind relativ nahe zur Ankerperson eingezeichnet. Zwischen den beiden ist keine Vernetzung vorhanden.

Die professionellen Helfer befinden sich eher in einer Distanz zu Frau H.. Die Psychiaterin ist näher eingezeichnet als die Sozialarbeiterin.

Auf der Seite des Berufes besteht zum damaligen Zeitpunkt kein Kontakt.

Es bestehen keine Verbindungen zwischen den einzelnen Sektoren.

Die Dichte von 0,19 ist eher gering.

Interpretation

Schlüsselpositionen:

Star: In diesem Netzwerk kann der Ehemann aufgrund von fünf Kontakten als Star bezeichnet werden.

Cluster: Diese sind innerhalb der Familie zu finden.

Bedeutung von Nähe und Distanz

Für Frau H. ist das Betreuungsnetzwerk während ihrer Phase der Depression in Ordnung, es besteht nicht der Wunsch nach mehr involvierten Personen.

Der Ehemann spielt eine große Rolle als Unterstützer bei der Erledigung alltäglicher Dinge, im Haushalt und bei der Versorgung und Betreuung der Kinder. Dennoch versteht er die Veränderung und die Gründe für die Erkrankung seiner Ehefrau nicht. Auch mit ihrer Mutter führt Frau H. kaum Gespräche über ihre Situation, wird jedoch von ihr in praktischen Dingen unterstützt. Der Schwiegervater hilft Frau H. bei der Betreuung der Kinder, indem er das Ältere abholt und mit diesem etwas unternimmt. Die Problematik der Erkrankung kann er nicht nachvollziehen. Die Bedeutung der Beziehung zum Vater wird von Frau H. im Laufe des Interviews nicht erwähnt. Auffallend im Sektor Familie ist, dass keine Geschwister und entfernte Verwandte eingezeichnet sind. Weiters besteht zwischen der Mutter von Frau H., dem Vater sowie dem Schwiegervater keine Verbindung.

Auch die Wichtigkeit der eingezeichneten Freunde wird - bezogen auf den Zeitraum der postpartalen Depression - nicht weiter erörtert. Aufgrund der nicht sehr weiten Entfernung der Freunde zur Ankerperson kann von einer engeren Beziehung ausgegangen werden.

Aufgrund der zu geringen Unterstützung durch die Familie, ist es Frau H. ein Bedürfnis, professionelle und neutrale Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die deutliche Nähe zur Psychiaterin konstituiert sich aus einem kurzen, aber sehr klar strukturierten Gespräch und der Verordnung von Medikamenten.

Mit der Sozialarbeiterin kommt die Ankerperson nur in dem Eltern-Kind-Zentrum in Kontakt, wo diese Frau H. auf ihre Situation aufmerksam macht und sie an die entsprechende Stelle weiterleitet.

Zwischen den einzelnen Sektoren ist keine Verbindung vorhanden. Außer dem Bereich Familie sind alle Personen von den anderen isoliert.

Zu diesem Zeitpunkt will die Ankerperson keine weitere Unterstützung, zumal der Fokus auf Familie und Psychiaterin eingegrenzt wird.

Einschätzung des Netzwerkes

Dieses soziale Netzwerk ist aufgrund der Dichte ein eher geringes Netzwerk. Die Netzwerkgröße ist für Frau H. selbst in der Zeit der postpartalen Depression in Ordnung, das heißt, dass eine Erweiterung durch mehrere Personen eventuell zu einer Überforderung führen könnte. Ob Kontakte aufgrund der schwierigen Situation abgebrochen wurden, ist nicht erwähnt worden.

Die verschiedenen Aufgabenbereiche im Rahmen der Unterstützung sind je nach Bedeutung der Beziehungen aufgeteilt. Die Mutter und der Ehemann der betroffenen Mutter geben in dieser Zeit die meiste Hilfe. Die Funktionen der Psychiaterin und der Sozialarbeiterin sind klar aufgeteilt.

Der regelmäßige Kontakt zu einem Eltern-Kind-Zentrum würde zu einer Erweiterung des sozialen Netzwerkes führen. Ein Kontakt innerhalb dieser Organisation war bereits durch ein kurzes Gespräch durch die Sozialarbeiterin gegeben. Bei dieser Einrichtung handelt es sich um ein höhergradig organisiertes Umfeld, da formale Strukturen vorhanden sind. Ein Eltern-Kind-Zentrum wird zu den professionellen sozialen Diensten gezählt. Der Kooperation mit anderen Berufsgruppen kommt eine große Bedeutung zu. In diesem Fallbeispiel hat die Sozialarbeiterin die Klientin an eine Psychiaterin weitergeleitet.

Es finden sich in diesem Netzwerk keine sektorübergreifenden Verbindungen. Zu einer Verdichtung des Netzwerkes von Frau H. würde eine Kooperation zwischen der Psychiaterin und dem familiären Sektor, im engeren Sinn dem Ehemann, beitragen. Damit wäre die Familie über die Problematik informiert und könnte - in Absprache mit der Ärztin – zu einer Verbesserung beitragen.

Eine intensivere Betreuung und Unterstützung durch eine Sozialarbeiterin wäre in diesem Fall hilfreich.

Ansätze zu sozialarbeiterischer Unterstützung

Frau H. ist in der Phase der Depression in einem guten und stabilen Netzwerk aufgehoben. Sie betont in dem Interview, dass bei ihr nicht der Wunsch besteht, mehr Personen zu involvieren. Frau H. klagt darüber, dass sie in der Zeit der Erkrankung mit dem Haushalt und der Betreuung und Beschäftigung der Kinder überfor-

dert ist. Sie spricht über die typischen Symptome einer Depression, wie zum Beispiel Antriebslosigkeit. Der Ansatz der Unterstützung durch die Sozialarbeit läge in einer Hilfestellung zur Erarbeitung einer Tagesstruktur. Damit sollte der Klientin die Gedanken genommen werden, als Mutter zu versagen. Mit Hilfe einer Struktur würde es Frau H. leichter fallen, sich auf das Wesentliche im Alltag zu konzentrieren.

Sie erhält zwar medizinische Unterstützung durch eine Ärztin, mit der sie auch über die Situation spricht, doch im Haushalt und in der Kinderbetreuung ist Frau H. alleine gelassen.

Auch die Aussprache mit einer neutralen Person, jedoch nicht in einem strengen Setting, fehlt in dem Unterstützungsnetzwerk der betroffenen Mutter. Sie bekommt die Empfehlung der Ärztin, sich eine Psychologin zu suchen, muss dieses Vorhaben aber aus finanziellen Gründen aufgeben. Eine Sozialarbeiterin wäre in diesem Zusammenhang eine gute ZuhörerIn und Ansprechperson. Außerhalb des familiären Systems, ohne steifes Setting, würden in Gesprächen auf professioneller Ebene unter anderem Zukunftsängste zum Thema gemacht.

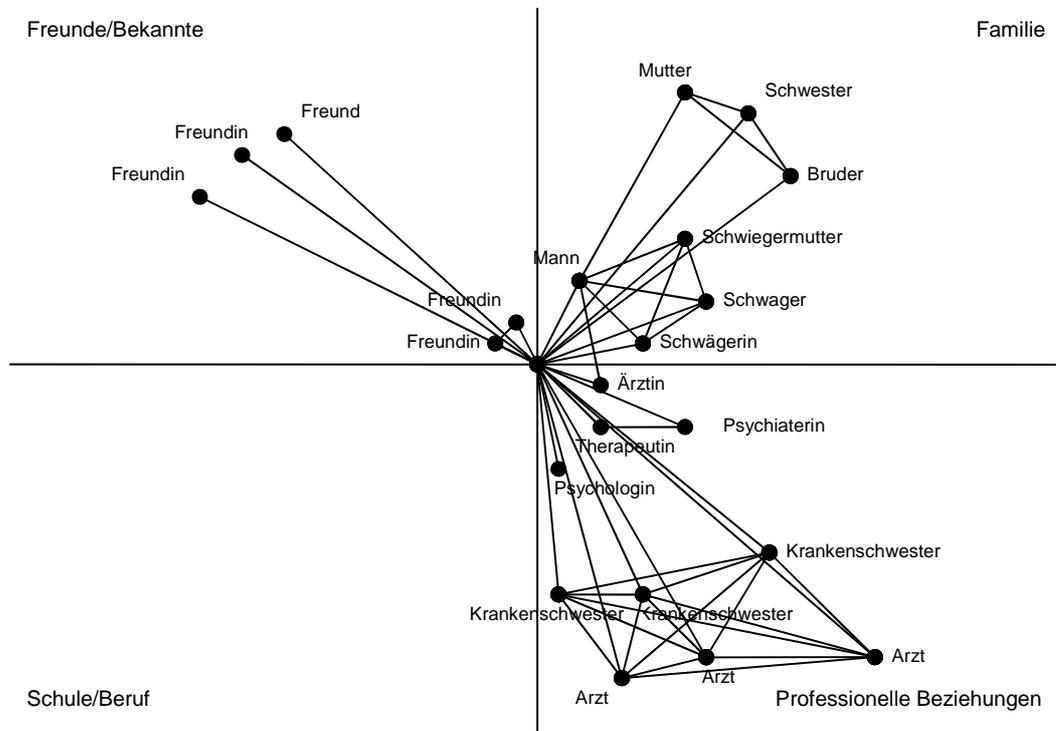
Eine Sozialarbeiterin könnte auch beurteilen, ob psychologische Hilfe dringend erforderlich wäre und – erforderlichenfalls - Frau H. bei der Aufstellung eines Hilfeplans unterstützen, um die Frage der Psychotherapiekosten abzuklären. Der Austausch mit anderen Müttern ist Frau H. sehr wichtig, daher besucht sie wöchentlich ein Eltern-Kind-Zentrum. Dort kommt es auch zu einem kurzen Kontakt mit einer Sozialarbeiterin. Diese verweist Frau H. an die Psychiaterin.

5. Frau G.

Alter: 29

Netzwerkgröße: 22

Dichte: 0,10



Im Netzwerk von Frau G. bestehen sowohl im familiären Sektor als auch im professionellen Bereich viele Kontakte. Erwähnenswert ist die Relevanz der Größe der Familie. Innerhalb des großen familiären Systems finden sich Verbindungen und Kontakte untereinander. Der Ehemann von Frau G. ist mit den Mitgliedern seiner Familie verbunden, aber er unterhält nicht zu allen Familienangehörigen der Ankerperson Kontakte. Lediglich er ist es auch, der einen Kontakt außerhalb des familiären Systems zum Sektor professionelle Beziehungen unterhält. Auffallend sind die Distanz zur Mutter und das Fehlen des Vaters von der Ankerperson.

Die professionellen Beziehungen sind bei Frau G. ein wichtiger und entscheidender Faktor bei der Unterstützung. Innerhalb dieses Bereiches finden sich zahlreiche Kontakte und Verbindungen. Die Psychologin, die sich relativ nahe zur Ankerperson befindet, ist allerdings mit keiner Person aus diesem Sektor verbunden.

Zwei Freundinnen sind relativ nah zur Ankerperson eingezeichnet und auch miteinander verbunden. Die anderen Freunde befinden sich in einer größeren Entfernung zu Fr. G. und sind voneinander und den anderen Freunden isoliert.

Im Bereich Beruf sind keine Kontakte vorhanden.

Mit 0,10 kann von einer niedrigen Dichte gesprochen werden.

Interpretation

Schlüsselpositionen:

Als *Star* ist der Ehemann zu bezeichnen, da dieser sehr viele Verbindungen zu anderen Mitgliedern besitzt. Auch im professionellen Sektor finden sich bei den Ärzten und Krankenschwestern untereinander viele Kontakte.

Cluster: Diese sind in dem Netzwerk häufig vorhanden, sowohl bei familiären als auch bei professionellen Kontakten.

Isolierte: Drei der Freunde sind ausschließlich mit der Ankerperson verbunden.

Bei diesem Netzwerk kann aufgrund der Netzwerkgröße von einem komplexen Netzwerk gesprochen werden, da die Sektoren Familie und professionelle Beziehungen viele Kontakte enthalten.

Bedeutung von Nähe und Distanz

Die Beziehung des Ehemannes zur Ankerperson ist in diesem Fall von Bedeutung, da dieser seiner Frau in der Zeit der Depression immer wieder positive Impulse gibt. Auch die Entscheidung, trotz familiärer Hilfe professionelle Unterstützung in Anspruch zu nehmen, ist für den Ehemann selbstverständlich. Die Nähe zur Schwägerin spielt auch eine wichtige Rolle im Betreuungsnetz. Frau G. holt sich bei der Schwägerin Rat und bittet um Unterstützung bei der Suche nach professionellen Helferinnen. Die Beziehung zwischen der Schwägerin und der Ankerperson wird durch Gespräche gefestigt. Der Bruder des Ehemannes von Frau G., leistet durch beruhigende und aufbauende Worte Unterstützung. Er vermittelt seiner Schwägerin immer wieder, dass sie „nicht verrückt sei“ (Interview 5, Zeile 31) und diese Phase wieder vorbeigehe. Die Schwiegermutter leistet Frau G. Hilfe, indem sie Entlastung und Unterstützung bei der Versorgung und Beschäftigung mit den Kindern gibt.

Die Distanz zur Mutter ergibt sich dadurch, dass diese sich bereits seit längerem in einer Psychiatrie befindet. Das Fehlen des Vaters in diesem Netzwerk ist nicht erläutert worden.

Zwei Freundinnen treten während dieser Zeit durch Gespräche und konkrete Hil-

feststellungen in alltäglichen Dingen in ein Nahverhältnis zur Ankerperson. Weitere drei Freunde pflegen nur einen losen Kontakt zu der Ankerperson.

Trotz familiärerer Versorgung wird von der betroffenen Mutter die Entscheidung getroffen, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, weil - laut Frau G. - das „Wissensvermögen“ (Interview 5, Zeile 53) von Familie und Freunden nicht ausreichend sei.

Da die Ankerperson für einige Zeit hospitalisiert wird, verdichtet sich das Betreuungsnetz. Deutlich zu erkennen ist die nahe Beziehung zu einer Ärztin und zu einer Therapeutin. Von diesen fühlt sich Frau G. besonders unterstützt und verstanden.

Der leere Bereich im Sektor der Arbeitskolleginnen ist darauf zurückzuführen, dass Frau G. zum damaligen Zeitpunkt zwecks Kinderbetreuung ausschließlich im häuslichen Bereich tätig ist.

Aufgrund der Kontaktfreudigkeit und des Bedürfnisses, über die schwierige Situation zu sprechen, sind sehr viele Kontakte im familiären und professionellen Bereich vorhanden.

Lediglich der Sektor der Freunde ist ein isolierter Bereich ohne Verbindungen.

Einschätzung des Netzwerkes

In diesem Fall kann von einem Netzwerk mit einer niedrigen Dichte gesprochen werden. Lediglich in den Bereichen Familie und professionelle Beziehungen befinden sich Verbindungen sowohl untereinander, als auch zwischen den Bereichen. Frau G. beschreibt sich selbst als einen kontaktfreudigen, offenen Menschen, daher ist die Dichte in diesem Netz auffällig. Jede Person in diesem Netzwerk bekommt ihren Platz und ihre Aufgabe. Die Betreuung durch die einzelnen Familienmitglieder erfolgt nach deren Ermessen, der Wichtigkeit und der Bedeutung in diesem System.

Die Freunde bekommen in diesem Netzwerk eigene Aufgabenbereiche in Bezug auf Unterstützung und Hilfeleistung bei Frau G.. Lediglich zwei Freundinnen sind miteinander verbunden. Eine Verbindung dieses Sektors mit dem familiären Bereich wäre für die Krankheitssituation günstig. Innerhalb des professionellen Sektors findet teilweise eine Kooperation zwischen den einzelnen Berufsgruppen statt, doch eine enge Zusammenarbeit auch mit der Familie wäre in diesem Fall sehr

hilfreich.

Aufgrund der Herkunft aus einem anderen Kulturkreis wäre eine Gruppe in dem für Frau G. relevanten Umfeld förderlich. Diese könnte durch eine Sozialarbeiterin vermittelt werden (siehe unten). Durch einen face-to-face Austausch und den Aufbau von neuen Beziehungen kann eine Verbesserung des sozialen Netzwerkes geschaffen werden. Der Vorteil einer solchen Gruppe ist die Freiwilligkeit - die Nichtteilnahme ist mit keinen negativen Auswirkungen verbunden. Ein nächster Schritt, neue Verbindungen herzustellen, wäre der Besuch von Kulturvereinen, die jedoch formal strukturiert sind.

Der professionelle Sektor dieses Netzwerkes erfordert eine Kooperation zwischen den einzelnen Berufsgruppen, um Frau G. optimale Hilfe und Unterstützung zu geben. Der Ausbau von Vernetzungssystemen ist wichtig, um ressourcenorientiert zu handeln und für ein stabiles Netzwerk zu sorgen. Gleichzeitig darf es zu keiner Überforderung von Frau G. kommen. Daher ist es wichtig, jemanden, der einen Überblick behält, in dieses Betreuungsnetzwerk einzubinden. Die Einbindung einer Sozialarbeiterin wäre dringend erforderlich.

Ansätze zu sozialarbeiterischer Unterstützung

Das soziale Netzwerk von Frau G. zeigt die umfangreiche Versorgung in der Zeit der postpartalen Depression. Sozialarbeiterische Unterstützung wäre in diesem Fall relativ bald nach der Geburt anzusetzen. Es ist jedoch schwierig, an Frau G. heranzukommen, da sie zwar ein offener und kontaktfreudiger Mensch ist, trotzdem aber nicht gewohnt ist, außerfamiliäre Hilfe anzunehmen. Aufgrund ihrer Herkunft aus einem anderen Kulturkreis ist es für sie unüblich, sich für die Bewältigung einer psychischen Erkrankung Unterstützung zu holen.

Sie selbst schildert die Alltagsbewältigung sechs Monate nach der Geburt ihres zweiten Kindes als kaum durchführbar. Aufgrund des Schlafmangels, der ständigen quälenden Gedanken und Schuldgefühlen ist es Frau G. kaum möglich, ihre Kinder und sich selbst zu versorgen. Hier würde sich eine konkrete Hilfestellung durch eine Sozialarbeiterin anbieten. Deren Aufgabe wäre es, in gewisser Weise die Kontrollfunktion zu übernehmen, um die Grundversorgung zu sichern.

Während des Spitalsaufenthaltes ist die Betreuung sowohl in medizinischer als auch in therapeutischer Hinsicht vorhanden.

Die familiäre Hilfe ist laut der Schilderungen von Frau G. ausreichend. Der Wunsch nach Gesprächen mit einer neutralen Person wird durch eine Psychotherapeutin und Psychologin erfüllt. Diese beiden Berufsgruppen tendieren in die Richtung Verarbeitung und Aufarbeitung der Vergangenheit.

Die Sozialarbeiterin träte in diesem Fall auch als außen stehende Person auf, setzte jedoch bei der derzeitigen Situation an, ohne zu hinterfragen. Eine Hilfsvariante wäre – wie bereits ausgeführt - auch die Vermittlung von sozialen Kontakten aus dem Kulturkreis von Frau G..

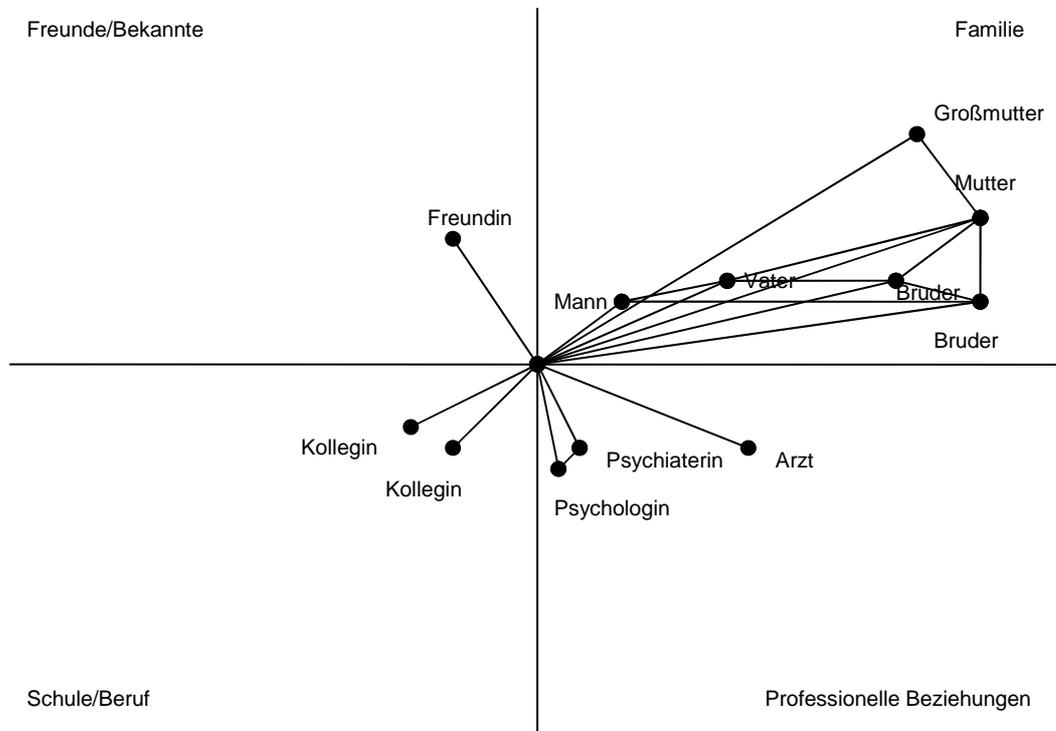
In diesem Netzwerk ist auffallend, dass der familiäre und der professionelle Sektor sehr überladen sind. Dadurch kann es zu Überschneidungen in der Betreuung für Frau G. kommen. Es zeigt sich hier eine Komplexität, aber nicht unbedingt eine Vernetzung zwischen den Personen. Lediglich zwischen den Familienmitgliedern, Ärzten und Krankenschwestern ist eine Vernetzung gegeben. Die hohe Komplexität in dieser Netzwerkkarte führt zwar zu einer Entlastung und ausreichenden Hilfestellung in vielen Bereichen, jedoch nicht unbedingt zu einer Förderung der Heilung der Erkrankung. In diesem dichten Betreuungsnetz ist Kooperation an den Schnittstellen der einzelnen Professionen wünschenswert.

6. Frau M.

Alter: 28

Netzwerkgröße: 12

Netzwerkdichte: 0,13



Die meisten Personen in dieser Grafik befinden sich im familiären Sektor. Die Familienmitglieder befinden sich - mit Ausnahme des Ehemannes - in weiter Entfernung zu Frau M.. Auffallend ist besonders die große Entfernung der Mutter zur Ankerperson. Die Brüder und die Großmutter sind ebenfalls weit weg eingezeichnet.

Auffallend ist im Bereich Freunde eine einzige Freundin, die völlig isoliert ist.

Im Bereich des Berufes sind zwei Kolleginnen, die aber untereinander nicht in Kontakt sind, eingezeichnet.

Auf der professionellen Seite sind die Psychiaterin, Psychologin und der Arzt relativ weit von der Ankerperson entfernt. Lediglich die Psychiaterin und Psychologin sind miteinander verbunden.

Zwischen den Sektoren besteht keine Vernetzung.

Mit der Dichte von 0,13 ist das Netzwerk als sehr gering anzusehen.

Interpretation

Schlüsselpositionen:

Ein *Star* ist in diesem Netzwerk nicht zu finden, da sowohl der Mann als auch die Mutter gleichviel Verbindungen zu anderen Familienmitgliedern aufweisen.

Mehrere *Cluster* sind in diesem Netzwerk im familiären Bereich vorhanden.

Isolierte: Als Isolierte ist hier die Freundin zu bezeichnen, da sie als einzige in dem Sektor Freunde eingezeichnet ist und außer zur Ankerperson zu niemandem Beziehungen hat.

Bei diesem Netzwerk kann von einem reduzierten gesprochen werden, da sich dieses auf die Relevanz der Beziehungen in den ersten sechs Wochen bis zu drei Monaten nach der Geburt bezieht. Vor der Depression gab es mehr Kontakte. Danach verändert sich das Bild wieder.

Bedeutung von Nähe und Distanz

Die Beziehung zum Partner ist für Frau M. in der Zeit der Depression eine wesentliche Stütze. Eine weitere nähere Beziehung im familiären Sektor ist die zum Vater von Frau M. Im Gegensatz dazu ist die Mutter in einer größeren Entfernung zur Ankerperson eingezeichnet. Der Vater akzeptiert die schwierige Situation und nimmt seine Tochter so an, wie sie ist. Weiters leistet er Hilfestellung bei der Betreuung des Kindes. Die Mutter von Frau M. distanziert sich von der psychologischen Problematik, hilft jedoch ihrer Tochter bei der Erledigung alltäglicher Dinge. Eine Unterstützung durch die Brüder findet in der Form von verständnisvollen Telefonaten statt. Die Bedeutung der Distanz zur Großmutter wird in dem Interview nicht erläutert.

Bemerkenswert ist die große Entfernung der Ankerperson zur Mutter. Der Vater und der Partner sind im Gegensatz dazu sehr nahe eingezeichnet.

Auffallend ist der einzige Kontakt im Bereich Freunde. Dafür liegen laut Frau M. mehrere Gründe vor. Erstens sind Freunde und Bekannte in der Zeit, in der sie für Frau M. wichtig gewesen wären, nicht vorhanden. Zweitens hindert die Ankerperson ein Schamgefühl, offen über ihre Situation zu reden. Die Ambivalenz ihrer Gefühle drückt sich einerseits im Bedürfnis aus, mit außerfamiliären Menschen zu reden, andererseits besteht eine Hemmung, sich Freunden gegenüber zu öffnen. Und drittens verursacht die Übersiedelung ein weiteres Hindernis, tiefere Bindun-

gen aufzubauen.

Erwähnenswert ist die Nennung der beiden Berufskolleginnen.

Professionelle Unterstützung ist trotz familiären Rückhalts aufgrund des schlechten physischen und psychischen Zustandes von Frau M. nötig. Eine weitere Begründung für die Inanspruchnahme von außerfamiliärer Hilfe ist die persönliche Erfahrung von Frau M., da sie bereits früher an einer psychischen Erkrankung litt und auch damals professionelle Unterstützung benötigte. Sowohl von der Psychologin als auch von der Psychiaterin fühlt sich die Ankerperson gut betreut. Über die Unterstützung durch den Arzt gibt es keine Informationen. Die Verteilung der Personen macht deutlich, dass sich Frau M. aufgrund ihrer Zustände und neuen Umgebung in dieser Zeit isoliert.

Einschätzung des Netzwerkes

Das Netzwerk dieser Frau kann aufgrund der Dichte als eher gering angesehen werden. Die Netzwerkgröße ergibt sich dadurch, dass Frau M. aufgrund der neuen Umgebung kaum Kontakte aufgebaut hat. Wie bereits weiter oben erwähnt, bezieht sich dieses Netzwerk auf die ersten sechs Wochen bis zu drei Monaten nach der Geburt. Eine hilfreiche Unterstützung ist in diesem Fall in der Familie durch den Mann und Vater von Frau M. gegeben. Beide leisten konkrete Hilfestellungen, wenn diese erforderlich sind. Es bestehen jedoch Verbindungen zwischen den Familienmitgliedern. Die Aufgabe der professionellen Betreuung kommt der Psychiaterin, der Psychologin und dem Arzt zu. Hier wäre für ein besseres Verständnis für die Situation eine Verbindung zwischen den professionellen Beziehungen und der Familie notwendig.

Der Aufgabenbereich der Freundin und den Kolleginnen aus dem Bereich Beruf ist von Frau M. nicht erwähnt worden.

Um eine Verbesserung dieses sozialen Netzwerkes zu erwirken, wäre der Besuch einer Freizeitgruppe hilfreich. Dadurch kommt es zu Kontakten und es können Beziehungen aufgebaut werden. Ratsam wäre eine Gruppe mit Müttern und ihren Kindern, um so über Themen zu sprechen, die jede von ihnen beschäftigt. Aufgrund der psychisch labilen Verfassung wäre eine unverbindliche Gruppe in diesem Fall sinnvoll. Sobald sich der Zustand verbessert hat, kann eine hochgradig organisierte, nicht professionelle Gruppe, wie zum Beispiel ein Eltern-Kind-Zentrum, besucht werden. Damit sollte eine gewisse Regelmäßigkeit an der Teil-

nahme verschiedenere Veranstaltungen stattfinden und dadurch kommt es zu einer Stabilität im sozialen Netzwerk. Dieser Kontakt kann durch eine Sozialarbeiterin hergestellt werden.

Im professionellen Sektor wäre es sehr sinnvoll, dass die professionellen Helferinnen untereinander kooperieren um damit eine besondere Versorgung zu bieten. Die professionelle Unterstützung ist in diesem Fall jedoch nur in einem strengen Setting und in einem therapeutischen Kontext gegeben. Eine Person, die Frau M. unter einem nicht strengen Setting betreut, wäre eine Sozialarbeiterin.

Ansätze zu sozialarbeiterischer Unterstützung

Frau M. würde aufgrund der schwierigen Situation in der Schwangerschaft Unterstützung durch eine Sozialarbeiterin brauchen. Die werdende Mutter kommt erst zwei Monate vor der Geburt nach Wien und ist daher, als das Kind auf der Welt ist, sozial nicht eingegliedert. Eine wichtige Aufgabe der Sozialarbeiterin wäre daher, die Herstellung von sozialen Kontakten, vor allem zu Müttern, um einen Gedankenaustausch zu ermöglichen. Da Frau M. bereits früher an einer Depression litt, wäre eine Aufklärung über die Probleme, die nach der Schwangerschaft auftreten können, erforderlich. Die werdende Mutter sollte sich über die Prädisposition im Klaren sein.

Eine weitere Hilfestellung nach der Geburt wäre die Stärkung der Mutterrolle. Frau M. kämpft mit Todes- und Versagensängsten. Diese tendieren in die Richtung, das eigene Kind abzulehnen und nicht mehr annehmen zu können. Die Mutter-Kind-Beziehung ist ein Thema, das in Gesprächen von der Sozialarbeiterin angesprochen werden sollte. Da Frau M. mit dem Kind untertags auf sich alleine gestellt ist und fast keine sozialen Kontakte hat, wäre die Sozialarbeiterin die erste neutrale Ansprechperson. Sie übernehme damit die Rolle einer „Bekanntens“, aber gleichzeitig auch die der Expertin, die gemeinsam mit Frau M. eine Tagesstruktur und einen Alltagsplan erstellt.

Ziel dieser Intervention wäre, Frau M. Hilfestellung beim Hineinwachsen in ihre Mutterrolle zu geben. Ein weiterer Lösungsansatz würde dahin führen, dass Frau M. lernt, über ihre Gefühle zu reden und ihre Bedürfnisse klar auszusprechen.

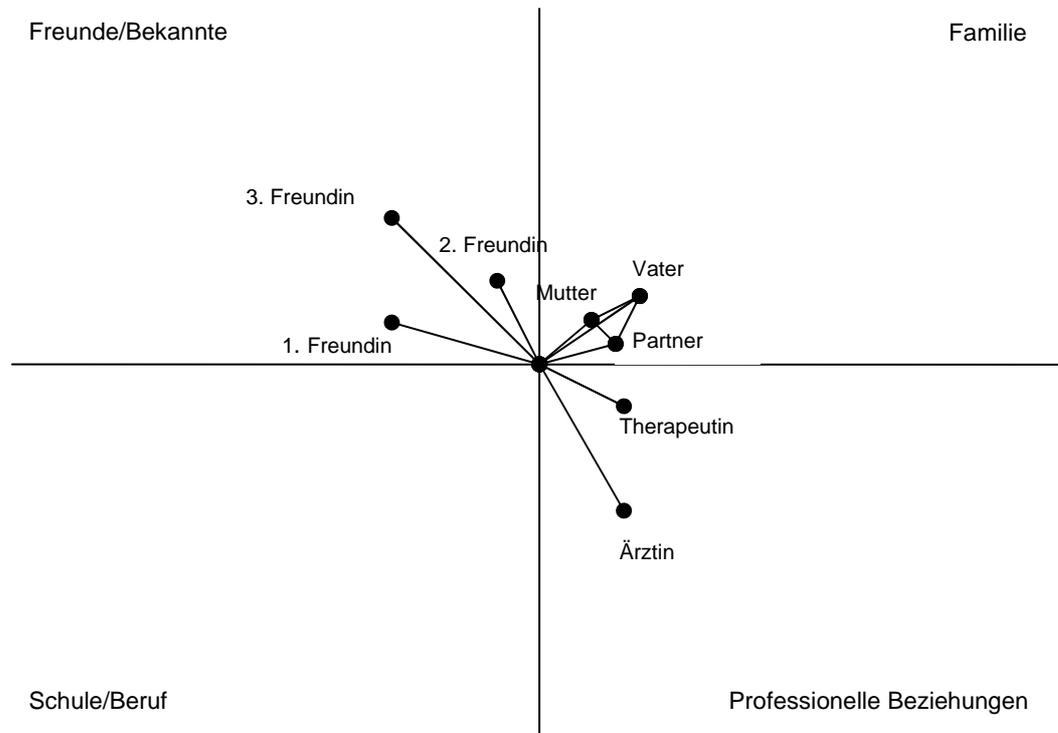
Aufgrund des schlechten psychischen Zustandes von Frau M. ist es besonders wichtig, sie nicht mit einem zu dichten Betreuungsangebot zu überfordern.

7. Frau K.

Alter: 32

Netzwerkgröße:8

Dichte: 0,10



In diesem Netzwerk ist auffallend, dass alle drei besetzten Sektoren aus wenigen Beziehungen zur Ankerperson bestehen. Die Beziehung zum Partner und zur Mutter von Frau K. ist gleich intensiv. Der Vater ist weiter entfernt eingezeichnet. Auffallend in diesem Netzwerk ist die Einschränkung auf die Kernfamilie. Andere Familienmitglieder fehlen.

Die drei Freundinnen sind unterschiedlich weit entfernt von der Ankerperson und weisen keine Verbindung untereinander auf.

Erwähnenswert ist der leere Berufssektor. Zwischen den Sektoren gibt es keinerlei Verbindungen.

Mit der Dichte von 0,10 ist dieses Netzwerk sehr gering.

Interpretation

Schlüsselpositionen:

Die meisten Kontakte in diesem Netzwerk sind „Isolierte“, da außer den Eltern und

dem Partner von Frau K. niemand mit einer anderen Person in Verbindung ist.

Cluster: Es ist ein Cluster im familiären Bereich zu finden.

Bedeutung von Nähe und Distanz

Aus dieser Grafik geht deutlich hervor, dass in der Phase der postpartalen Depression bei Frau K. die so genannte Kernfamilie eine große Rolle spielt. Dies lässt sich daraus schließen, dass sowohl der Partner, als auch die Mutter und - etwas entfernter - der Vater im familiären Bereich eingezeichnet sind. Doch diese haben jedoch nur eine markierte Beziehung zur Ankerperson. Mitglieder einer weiteren Verwandtschaft fehlen in diesem Netzwerk.

Der Partner unterstützt Frau K., indem er sich um das Kind kümmert, aber auch im Haushalt Dinge erledigt und Einkäufe tätigt. Er nimmt in der schwierigen Zeit Rücksicht auf ihre Bedürfnisse und geht auch Kompromisse ein. Die Gespräche über die aufgetauchten Probleme sind für Frau K. manchmal etwas unbefriedigend. Die Eltern helfen ihrer Tochter im Haushalt, übernehmen aber auch das Babysitten und „Nachtdienste“. Über die Aufteilung der Knoten im Bereich Freunde liegen keine weiteren Informationen vor. Es kann lediglich vermutet werden, dass zwei engere Freundinnen näheren Kontakt zu Frau K. aufrechterhalten.

Der Sektor des Berufes enthält keine eingezeichneten Personen, es kann davon ausgegangen werden, dass während der Karenz keine Kontakte bestehen.

Professionelle Unterstützung wird wegen Schlafstörungen in Anspruch genommen. Das Verhältnis zur Psychotherapeutin ist in diesem Fall ein nahes. Die Relevanz der Beziehung zur Ärztin ist von Frau K. nicht erläutert worden.

Einschätzung des sozialen Netzwerkes

Die Dichte in diesem Netzwerk ist aufgrund der wenigen Personen und den wenigen Verbindungen sehr gering. Es sind im familiären Bereich lediglich drei Personen eingezeichnet, von denen jede eine Aufgabe und Hilfestellung in der Unterstützung von Frau K. übernimmt. Alle drei Familienmitglieder sind untereinander vernetzt, das heißt, es findet ein Austausch statt. Über die Funktion und über konkrete Hilfestellungen der drei Freundinnen liegen keine Informationen vor. Doch eine Vernetzung untereinander und mit dem familiären Sektor könnte zu einer Verbesserung des sozialen Netzwerkes und einer effektiveren Hilfeleistung führen. Die Aufgaben der professionellen Helferinnen sind klar verteilt. Zwischen

diesen beiden ist jedoch keine Verbindung vorhanden. Für ein besseres Verständnis des Verhaltens von Frau K. wäre eine Verbindung zwischen der Therapeutin und der Ärztin mit dem Partner notwendig und sinnvoll. Um das Netzwerk von Frau K. zu erweitern und auszubauen, wäre im relevanten Umfeld der Kontakt zu einer geringgradig organisierten Gruppe herzustellen. Dabei ginge es darum, persönliche Beziehungen auf- oder auszubauen. Die Motivation, eine Gruppe zu besuchen, wäre noch abzuklären. Eine Selbsthilfegruppe wäre ratsam, da aufgrund des Rückzugs von den Freundinnen die Annahme besteht, sich nicht bei Personen aus dem Umfeld auszusprechen. In einer Gruppe, in der jede Teilnehmerin eine Depression dieser Art mitgemacht hat, würde sich Frau K. angenommen und verstanden fühlen und es sollte auch kein Druck entstehen, regelmäßig kommen zu müssen und im Falle des Nichterscheinens mit negativen Konsequenzen rechnen zu müssen. Bei Frau K. wäre eine langsame Verbesserung und Erweiterung des sozialen Netzwerkes nötig, da es sonst zu einer Überforderung kommen könnte. Um dieses Ziel zu erreichen, wäre eine Person, die Frau K. dabei unterstützt, sinnvoll. Diese Aufgabe könnte eine Sozialarbeiterin übernehmen.

Ansätze zu sozialarbeiterischer Unterstützung

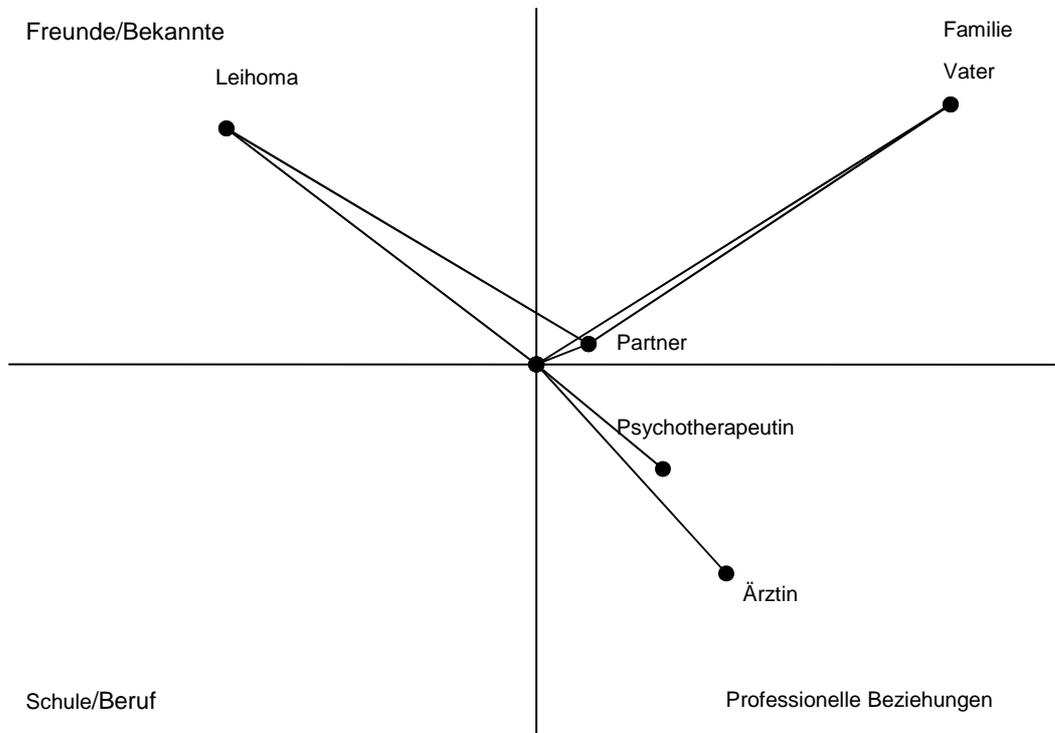
Frau K. äußert im Interview den Wunsch, jemanden zu haben, der nicht nur untertags sondern auch in der Nacht auf ihr Kind aufpasst. Eine Unterstützung und Entlastung bezüglich der Kinderbetreuung könnte in diesem Fall von der Sozialarbeiterin organisiert werden. Die Belastungen, die zur Depression geführt haben, sind für Frau K. einerseits der Umgang mit dem unruhigen Kind, andererseits, wie sie es selbst bezeichnet, die „symbiotische“ (Interview 7, Zeile 8) Beziehung zur eigenen Mutter. Frau K. sieht darin einen Zusammenhang. Diese Thematik sollte auch Teil eines sozialarbeiterischen Gespräches sein. Für Frau K. wäre eine neutrale Person wichtig, die emotional nicht in die Situation eingebunden ist, aber professionell auftritt. Die Aufgabenbereiche der Sozialarbeiterin reichten in diesem Fall von „Gesprächspartnerin sein“ bis zu einer Unterstützung im Alltag und im Umgang mit dem Kind. Weiters würde diese Helferin Sicherheit vermitteln, um Frau K. auch in Krisensituationen professionell beizustehen. Der fachliche Hintergrund wäre notwendig um direkt im Feld agieren zu können. Das tägliche fachkundige Gespräch mit Frau K. wäre ein wichtiger Bestandteil in der Betreuung durch eine Sozialarbeiterin, da der Partner diesbezüglich überfordert und hilflos ist.

8. Frau D.

Alter: 34 Jahre

Netzwerkgröße:5

Dichte: 0,2



Das Netzwerk von Frau D. besteht aus sehr wenigen Kontakten und Beziehungen. Die einzig nah zur Ankerperson eingezeichnete Person ist der Partner. Auffallend ist der Sektor der Freunde, in dem lediglich der Kontakt zu einer Leihoma erscheint. Der Partner ist im familiären Sektor mit dem Partner und im Bereich Freunde mit der Leihoma verbunden. Auffallend ist an diesem Bereich, dass als Freundin lediglich eine Leihoma genannt wird.

Im Bereich des Berufes sind keine Beziehungen vorhanden. Professionelle Unterstützung ist durch zwei Kontakte gegeben, wobei die Verbindung zu Psychotherapeutin deutlich näher eingezeichnet ist, als zur Ärztin.

Die Netzwerkdichte von 0,2 ist sehr gering.

Interpretation

Schlüsselpositionen:

In diesem Netzwerk scheinen nur wenige Personen und Beziehungen auf, deshalb sind keine Schlüsselpositionen zu erkennen. Die Mitglieder sind als isolierte Personen anzusehen, da nur Kontakt zur Ankerperson besteht, mit Ausnahme des Partners, der Kontakte mit dem Vater und der Leihoma hat.

In diesem Fall kann von einem reduzierten Netzwerk gesprochen werden, da sich Frau D. in der Zeit der Depression von der Umwelt abkapselt. Soziale Kontakte werden dieser Zeit als anstrengend empfunden. Vor der Erkrankung waren mehr Kontakte vorhanden, auch nach der Depression hat sich die Auswahl an Beziehungen wieder normalisiert.

Bedeutung von Nähe und Distanz

Die Beziehung zum Partner ist für Frau D. von großer Bedeutung, da dieser ein verständnisvoller Gesprächspartner ist. Weiters gibt er Unterstützung und Entlastung im Alltag. Aufgrund der Distanz von Frau D. zum Vater ist dieser Verbindung im Zusammenhang mit der Depression keine besondere Funktion hinsichtlich der Unterstützung zuzuschreiben. Auffallend ist das Fehlen der Mutter von Frau D. und Geschwister. Der familiäre Bereich besteht lediglich aus zwei Personen.

Auffallend im Bereich Freunde und Bekannte ist nur ein einziger Kontakt- er findet mit der Leihoma statt. Diese hilft Frau D. beim Babysitten. Es scheint keine einzige Freundin auf. Frau D. selbst spricht in diesem Zusammenhang von einer Isolation von der Außenwelt und erwähnt außerfamiliäre Kontakte als sehr anstrengend. Daraus ist zu schließen, dass die Beziehungen in der Zeit der postpartalen Depression abgebrochen wurden.

Im Sektor Beruf gibt es keine Nennung.

Der Partner rät aufgrund der Zwangsgedanken, Überforderung und sozialen Abkapselung zu professioneller Hilfe.

Die relative Nähe zur Psychotherapeutin lässt darauf schließen, dass sich Frau D. durch die Gesprächstherapie und Aufarbeitung besser angenommen und betreut fühlt als durch den Kontakt zur Ärztin, deren Aufgabe vor allem darin besteht, Medikamente zu verschreiben.

Einschätzung des sozialen Netzwerkes

Aufgrund der geringen Größe und Vernetzung wird bei Frau D. von einem sehr geringen Netzwerk gesprochen. Wie bereits im vorigen Punkt erwähnt, kommt es bei Frau D. zu einer völligen Isolierung und daher zu einer Veränderung des Netzwerkes. Kontakte werden zu einer Belastung und sind mit einer enormen Anstrengung verbunden. Zu diesem Zeitpunkt besteht bereits eine psychiatrische Diagnose.

Da der Vater aufgrund der Entfernung zur Ankerperson im Zusammenhang mit der Betreuung und Hilfeleistung von Frau D. nicht relevant ist, ist der Partner der einzige aus dem familiären Bereich, der Hilfe leistet.

Die Aufgabe im Sektor Freunde der Leihoma ist das Beaufsichtigen des Kindes. Hier wäre eine enge Freundin wichtig, die die betroffene Mutter versteht und mit der sie sich unterhalten kann. Der Bereich der Freunde sollte aufgrund eines Aufbaus von Beziehungen zu einer Verbesserung des Netzwerkes und Erweiterung des Umfeldes beitragen. Eine Subgruppe in dem Bereich geringgradig organisiertes Umfeld, wie eine Selbsthilfegruppe, würde den Selbstwert von Frau D. steigern. Weiters ergibt sich die Möglichkeit, Kontakte zu knüpfen und Beziehungen aufzubauen. Das Prinzip der Freiwilligkeit ist in diesem Fall sehr wesentlich, da Frau D. selbst entscheiden kann, wann sie daran teilnimmt. Ein nächster Schritt kann sein, in Vereine oder Vereinigungen Anschluss zu finden um eine Regelmäßigkeit und Stabilität in den Alltag zu bekommen.

Weiters wäre es sinnvoll, an einer Freizeitgruppe mit Gleichgesinnten teilzunehmen. Dadurch können neue Kontakte und eventuelle Freundschaften entstehen.

Eine weitere wichtige Anregung, um das soziale Netzwerk zu erweitern und verbessern, wäre eine Vernetzung zwischen den professionellen Helferinnen. Dadurch können neue Ressourcen geschaffen werden und ein Austausch erfolgen. Um die Hilfeleistung des Partners in der Betreuung von Frau K. zu erleichtern, ist eine Zusammenarbeit zwischen der Psychotherapeutin und der Ärztin erforderlich. In diesem Fall wäre eine neutrale Person, die nicht in einem professionellen Kontext auftritt, hilfreich. Diese Rolle und Aufgabe könnte eine Sozialarbeiterin übernehmen.

Ansätze zu sozialarbeiterischer Unterstützung

Die Betreuung durch die Sozialarbeiterin wäre ziemlich bald nach der Geburt des Kindes anzusetzen. Eine Mutter-Kind-Beziehung ist bei Frau D. nicht ab der Geburt vorhanden, da ihr dieses Ereignis nicht in Erinnerung geblieben ist. Daraus ergeben sich die Ängste, keine gute Mutter zu sein.

Die Sozialarbeiterin würde hier als ZuhörerIn auftreten. In den Gesprächen sollten Ängste und Sorgen thematisiert werden. Zehn Tage nach der Geburt wird in Frau D´s Wohnung eingebrochen; dieses Ereignis nennt die Mutter eine weitere Belastung. Die Konsequenz daraus ist, dass Frau D. jede Kleinigkeit im Alltag viel Kraft kostet. Sie stellt hohe Anforderungen an sich selbst als Mutter, denen sie aber nicht gerecht werden kann.

Eine Hilfe in der Bewältigung des Alltags wäre erforderlich. Wichtig dabei wäre es, Frau D. eine strukturierte Unterstützung, die aus einem gemeinsam erstellten Plan bestünde, zu bieten. Auf der anderen Seite müsste mit der Mutter an einem Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung gearbeitet werden.

Da sich Frau D., aus Angst, vor anderen in Tränen auszubrechen, von der Umwelt abkapselt, wäre hier die Regelmäßigkeit einer Betreuung zuhause sehr wichtig. Es sollte auch möglichst darauf geachtet werden, immer dieselbe Kontaktperson zu Frau D. zu schicken, um unnötigen Stress zu vermeiden. Soziale Kontakte werden als sehr anstrengend empfunden. Hier würde die Sozialarbeiterin unterstützend im Aufbau von Kontakten agieren, ohne jedoch Frau D. zu überfordern.

Der Partner besteht auf professionelle Unterstützung; ab dem Zeitpunkt, an dem sich die Mutter selbst Schaden zufügen will, steht die medizinische und therapeutische Unterstützung im Vordergrund.

Die Aufgabe der Sozialarbeiterin in diesem Fall wäre, Frau D. Hilfestellungen im alltäglichen Leben zu geben. Ziel dabei wäre es, die Mutter zur Selbständigkeit anzuleiten. Ein weiterer wichtiger Punkt wäre die Herstellung eines sozialen Netzwerkes und das Knüpfen von neuen Kontakten.

4.3.2. Diagnostische Aussagekraft der Netzwerkkarten

Aus den Netzwerken ist zu erkennen, welche Art von Unterstützung und Hilfe die Frauen in der Zeit der postpartalen Depression noch gebraucht hätten oder woran es noch gefehlt hat. Eine sehr hohe Dichte familiärer und bzw. oder professioneller Beziehungen sagt noch nichts darüber aus, wie gut oder ausreichend die Versorgung der Mutter ist. Durch eine hohe Dichte ergibt sich zwar eine emotionale Entlastung, jedoch wirkt sie nicht per se heilend. In einem Netzwerk mit einer dichten Vernetzung kann es unter Umständen zu einer Überforderung für die betroffene Mutter kommen.

Im Netzwerk des fünften Interviews ist im Bereich der professionellen Beziehungen eine Vernetzung vorhanden, doch trotzdem benötigt Frau G. Unterstützung durch andere Spezialistinnen.

Die sozialen Netzwerke zeigen auf, dass es nicht immer wesentlich ist, ob einzelne Sektoren vernetzt sind. Das Wichtigste in der Behandlung von postpartaler Depression ist es, die jeweils zuständige Fachkraft für die Behandlung der einzelnen Themenkreise zu finden.

In diesen Grafiken wurde herausgearbeitet, dass es für die Mütter relevante Themen gibt, für die die Sozialarbeiterin die richtige Ansprechperson ist. Die erste Unterstützung für diese Frauen ist es, mit einer guten ZuhörerIn, „FreundIn“ und fachkundigen Person in Kontakt zu treten. Themen, die sich auf die Veränderung im Leben der Mutter beziehen, haben Platz in den Gesprächen mit der Sozialarbeiterin.

Ein weiterer wichtiger Aufgabenbereich der Sozialarbeiterin wäre in diesen Fällen die Koordination und Vermittlung zu den jeweils dafür zuständigen Stellen. Die Expertin erarbeitet gemeinsam mit der Klientin Tagesstrukturen und sucht nach Lösungsansätzen.

4.3.3. Formen der Unterstützung im sozialen Netzwerk

Einschätzung der Mutter zu ihrem sozialen Netzwerk

Zu der Frage nach der eigenen Einschätzung des sozialen Netzwerkes konnten nicht alle Mütter eine Antwort geben.

Zum Zeitpunkt der Depression wurde von einigen Frauen dieses als gegebene

Tatsache akzeptiert und nicht hinterfragt. Im Interview konnte dafür keine Begründung gefunden werden.

Der Wunsch nach Involvierung eines größeren Personenkreises bestand bei den Müttern kaum, da es aufgrund der Krankheit zu einer Isolierung von der Außenwelt gekommen ist.

Als auffällig empfanden einige der Mütter die kaum oder wenig vorhandenen Kontakte zu Freunden, da diese teilweise nicht erreichbar waren oder bei den Frauen ein Schamgefühl bestand, offen über ihre Situation zu sprechen.

Eine der Interviewpartnerin hatte aufgrund einer Übersiedlung nicht die Möglichkeit, tiefere Bindungen aufzubauen.

In den Netzwerkkarten waren für die Frauen Kontakte zu unterstützenden Personen, ersichtlich.

Unterstützung durch den Partner

Hinsichtlich der Unterstützung durch den Partner lassen sich deutlich zwei Gruppen von Antworten erkennen:

Keine ausreichende Unterstützung

Es bestand bei den Partnern oftmals eine völlige Überforderung durch die eingetretene Situation. Die Männer wussten nicht, wie sie mit ihrer Partnerin umgehen sollten. Sie verstanden nicht, warum sie sich ihm, dem Kind und der Umwelt gegenüber so verhielt. Aus diesem Grund waren tiefer gehende Gespräche zwischen der Mutter und ihrem Partner kaum möglich, da auch von ihm kein ausreichendes Wissen über die Krankheit und deren Verlauf vorhanden war.

Ausreichende Unterstützung

Die Frauen, die sich von ihrem Partner ausreichend unterstützt gefühlt haben, nahmen Hilfe nur in bestimmten Bereichen in Anspruch, es handelte sich daher nicht um eine umfassende, aber für die Mütter befriedigende Betreuung.

Der Partner entlastete die Mutter in vielen Fällen in alltäglichen Dingen wie im Haushalt, in dem er Aufgaben übernahm oder teilweise auch zur Gänze bewältigte. Auch die Versorgung des Kindes wurde, soweit es dem Vater möglich war, von diesem übernommen.

Da die Partnerin in der Zeit der postpartalen Depression einer großen psychischen

Belastung ausgesetzt war, bot der Lebensgefährte eine mentale Stütze, indem er sie aufbaute und Verständnis für ihre Situation zeigte.

Die Frauen sprachen auch immer wieder von einem Bestärken und einer Akzeptanz durch den Partner. Als sehr wesentlichen Unterstützungsfaktor beschrieben die Mütter die Rücksicht auf ihre Bedürfnisse und damit verbunden auch das Schließen von Kompromissen. Als sehr positiv beschrieben die Mütter das Ernstgenommenwerden durch den Partner auch in dieser schwierigen Zeit.

Unterstützung durch andere Personen

Neben der Unterstützung durch den Partner erwähnten die Interviewpartnerinnen auch die Hilfe durch andere Familienmitglieder. Zum Beispiel wurde der Vater der Kindesmutter genannt, der organisatorische Hilfe leistete. Die Frauen sprachen auch von einer akzeptierenden, annehmenden Haltung.

Die Mütter der betroffenen Frauen spielten teilweise eine unwesentliche Rolle während der Zeit der Depression bzw. wurden bewusst aus der Situation ausgeschaltet. Häufig distanzierte sich die Mutter von der Problematik ihrer Tochter. Ein paar der Frauen erzählten von einer Unterstützung durch die Mutter, sie entlastete ihre Tochter im Alltag oder besuchte diese im Spital.

Geschwister wurden von wenigen Frauen erwähnt. Diese leisteten Alltagsentlastung oder unterstützten mit aufbauenden Telefonaten.

Die Schwiegermutter und der Schwiegervater unterstützten vereinzelt die betroffene Frau bei der Versorgung ihres Kindes, indem sie dieses für ein paar Stunden beschäftigten oder allfällige Dinge erledigten.

Einige der interviewten Mütter erwähnten neben der Unterstützung durch den Partner auch eine Hilfe durch Schwager und Schwägerin: Gespräche, Entlastung und Unterstützung im Alltag wurden genannt.

Eine Frau hob eine enge Freundin, mit der sie regelmäßige Treffen zusammen mit den Kindern vereinbarte, besonders hervor, um so den Kontakt zu einer anderen Mutter aufrechtzuerhalten.

Eine andere Frau bekam Unterstützung durch eine „Leihoma“, die auf ihren Sohn häufig aufpasste, um so die Mutter zu entlasten.

Unterstützung von außen

Neben familiärer Hilfe war es bei allen Frauen notwendig, Hilfe von außen zu bekommen. Die Frauen wandten sich an Spezialisten, um fachmännisch versorgt zu werden. Da bereits in 4.2.2. auf die Unterstützung außerhalb des familiären Umfeldes näher eingegangen wurde, folgt daher nur mehr eine kurze Aufzählung: Psychiaterin, Kinderärztin, Psychologin, Therapeutin, Familienhelferin und Sozialarbeiterin.

Als Begründung für Beistand von außen wurden folgende Gründe angegeben:

Die Hilfestellung durch Familie und Freunde war nicht ausreichend, daher wäre eine professionelle, neutrale Person wichtig gewesen. Das nicht ausreichende „Wissensvermögen“ (Interview 5, Zeile 53) von Freunden und der Familie wurde als weiteres Argument genannt, fremde Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Ein nächster Grund, außerfamiliäre Unterstützung zu holen, war der schlechte psychische und physische Zustand der Mutter. Eine Interviewpartnerin handelte aus Erfahrung. Da sie bereits früher von einer psychischen Krankheit betroffen war, wusste sie daher, dass fachmännische Hilfe in solchen Situationen notwendig ist. Bei einer Mutter bestand der Partner aufgrund der auftretenden Probleme auf professionelle Unterstützung.

Über die Zufriedenheit mit der außerfamiliären Hilfe gaben nicht alle Mütter eine Antwort. Manche Frauen erzählten, dass sie zu Beginn der Betreuung mit der Änderung der Situation nicht zufrieden waren.

Bei den Müttern, die stationär behandelt wurden, bestand noch Unsicherheit in Bezug auf die neue Umgebung. Als positiver Effekt wurde der rasche Aufbau des Betreuungsnetzes angegeben.

4.4. Rückblick

Das Ende des Interviews bestand aus einem persönlichen Rückblick der Mütter auf die Zeit, in der sie von der postpartalen Depression betroffen waren.

4.4.1. Fehlende Unterstützung in der Krankheitsphase

Die Frauen wurden konkret befragt, welche Unterstützung oder Hilfe sie während der Depression noch benötigt hätten. Eine Mutter erwähnte, dass ihr eine Selbsthilfegruppe geholfen hätte, sich mit anderen Frauen auszutauschen, die dasselbe

Schicksal erlitten haben.

Einige der Frauen vertraten die Meinung, dass sowohl beim Fachpersonal als auch bei schwangeren Müttern Präventionsarbeit geleistet werden müsste. Damit verbunden wäre auch eine Sensibilisierungsarbeit in der Gesellschaft notwendig. Im Kontext dazu ist die Öffentlichkeitsarbeit in jeglicher Form als wichtiger Punkt erwähnt worden, um damit dieses Tabuthema zur Diskussion zu stellen und weitere Forschungen und Überlegungen anzuregen. Diese Art von Depression sollte nicht als eine unheilbare Krankheit dargestellt werden, über die niemand sprechen darf.

Auch eine Aufklärung der Mütter und des Fachpersonals, zum Beispiel in Schwangerschaftsberatungsstellen, wäre dringend erforderlich. Eine Interviewpartnerin hätte gerne einige Tage nach der Geburt im Krankenhaus ein Gespräch mit einer Psychologin geführt, da ihr Kind unerwartet durch einen Notkaiserschnitt auf die Welt kam. Ihrer Meinung nach sollte jede Frau nach einer schwierigen Geburt auf Wunsch psychologisch nach betreut werden.

Die fehlenden Kontakte in der Phase der postpartalen Depression machte den Müttern zu schaffen und führten oft zu einer sozialen Isolierung.

Manche Frauen hätten sich von Freundinnen mehr Verständnis gewünscht und weniger Mitleid für ihre Situation erwartet. Eine Mutter sprach das Verlangen nach einer Kinderbetreuung zu Hause, speziell in der Nacht, aus. Es existieren Organisationen, die die Frau mit dem Kind unterstützen, jedoch nur eine Hilfe untertags anbieten. Daher wäre eine Organisation einer nächtlichen Betreuungsmöglichkeit wünschenswert.

Einer Frau fehlte ganz besonders die fachmännische Hilfeleistung im Alltag. In Krisensituationen wäre die Anwesenheit einer neutralen Person, die emotional nicht in die Situation eingebunden ist, wesentlich. Jedoch sollte sich diese mit der Problematik auskennen. Weiters fehlte ihr auch eine Unterstützung bei der Versorgung ihres Kindes.

Die Interviewpartnerinnen kritisierten teilweise die fehlende längerfristige Betreuung der Mutter nach der Geburt. Nach der Ankunft des Kindes steht dieses im Mittelpunkt und die Mutter wird sowohl emotional, als auch von der Seite der Betreuung in den Hintergrund gedrängt. Wichtig ist eine Nachbetreuung, um alle Probleme, die mit der Geburt eines Kindes zusammenhängen, zu besprechen und auf-

zuarbeiten.

Von den Betroffenen wurde auch die mangelhafte Aufklärung der Frauen durch Gynäkologinnen zum Thema postpartale Depression und insbesondere zum Umgang mit dieser Krankheit angesprochen. In den Einrichtungen, in denen Mütter während der Schwangerschaft betreut werden, sollte entsprechendes Informationsmaterial aufliegen.

4.4.2. Hilfreiche Unterstützungen in der Krankheitsphase

Die letzte Frage des Leitfadens konzentrierte sich auf die Weitergabe von Vorschlägen und Ratschlägen der Frauen, die selbst von postpartaler Depression betroffen gewesen sind.

Familiäre Unterstützung

Ein ganz wesentlicher Punkt ist das Verständnis des Partners, da dieser meist in diese Problematik involviert ist. Doch gleichzeitig ist diese Haltung sowohl von der betreuenden Person innerhalb der Familie als auch im Freundeskreis zu erwarten. Voraussetzung dafür ist ein stabiles soziales Netzwerk.

Wünschenswert ist auch ein Partner, der absolut hinter der Frau steht und dies in einem Gefühl der Wertschätzung und persönlicher Zuwendung ausdrückt. Sehr wichtig für diese Frauen ist auch die Vermittlung von Sicherheit. Die Mütter wünschen sich, ernst genommen zu werden. Es besteht die Gefahr, dass sich die gesamte Aufmerksamkeit nur auf das Baby richtet, während die Frau vergessen wird. Doch so sehr der Partner für die Mutter unterstützend agiert, benötigt auch er fachmännische Unterstützung, da er meist mit der Situation und Problematik überfordert ist. Abhilfe könnte durch eine Selbsthilfegruppe geschaffen werden.

Professionelle Betreuung

Frauen brauchen im fachmännischen Kontext einerseits Verständnis für die Situation und andererseits Gespräche, in denen sie über ihre Probleme, Ängste und Sorgen reden können. Voraussetzung dafür ist eine „gute“ (Interview 8, Zeile 13) Therapeutin, zu der Vertrauen gefasst werden kann. Weiters ist es den Frauen ein Anliegen, betreuende Personen zu haben, die nachvollziehen und spüren können, wenn um Hilfe gerufen wird. Falls es für die Betroffene notwendig ist, muss mit der Ärztin über die Einnahme und richtige Dosierung von Medikamenten gesprochen werden.

Resümee

Wie in der Arbeit gezeigt wurde, eröffnet die Betreuung und Unterstützung von Müttern mit postpartaler Depression neue Ansätze in der Sozialarbeit. Die Ergebnisse der Forschung weisen auf eine fehlende oder mangelnde Unterstützung in der Alltagsbewältigung bei betroffenen Frauen hin. Daraus begründet sich die Einbindung der Sozialarbeit, denn gerade in dieser Profession ist das Interesse für den gesamten Lebenszusammenhang der Klientin ein wesentliches Tätigkeitsmerkmal. Eine weitere Eigenschaft ist die Orientierung an den gesunden Aspekten der Klientinnen, nicht ausschließlich an Defiziten (vgl. Österreichischer Berufsverband der SozialarbeiterInnen 2004: 07.04.2008), so dass durch sozialarbeiterisches Tun positive Ressourcen geweckt werden können, welche den Gesundungsprozess durchaus beschleunigen können.

Die Interviews geben Aufschluss darüber, in welchem konkreten Bereich noch eine Hilfestellung in der Zeit der Depression notwendig gewesen wäre. Ergänzend dazu zeigen die Netzwerkkarten, dass aufgrund des sozialen Netzwerkes und der Netzwerkdichte und -größe Unterstützung für die betroffenen Frauen nötig gewesen wäre. In den Netzwerkkarten ist teilweise im familiären und professionellen Bereich eine hohe Komplexität vorhanden. Es zeigt sich jedoch, dass nicht selbstverständlich ausreichend Hilfe vorhanden ist. Die in den einzelnen Fällen erhobene Dichte zeigt, dass das soziale Netzwerk für das Problem der postpartalen Depression ausreichend protektiv und stützend ist.

Bei einigen Interviews kann ein reduziertes Netzwerk erhoben werden, da die Mütter sich entweder aufgrund der auftretenden Depression in der Zeit der postpartalen Depression von der Außenwelt distanzieren oder aufgrund äußerer Umstände (wie zum Beispiel Umzug) in eine soziale Isolation geraten sind.

Wie aus den Netzwerkkarten ersichtlich, besteht sozialarbeiterischer Handlungsbedarf wegen des fehlenden oder mangelhaften sozialen Netzes. Dabei zeigen sich Unterschiede in der Dichte des Netzwerkes. Die Netzwerkkarten der interviewten Frauen sind in der Regel auf familiäre und professionelle Beziehungen fokussiert, da sich das Netzwerk in der Zeit der postpartalen Depression verkleinert hat. Daraus ist der Schluss zu ziehen, dass die Betreuungsarbeit hinsichtlich der Intensität abhängig von der Netzqualität der Klientin zu sein hat.

Die Sozialarbeit grenzt sich in der Betreuung und Beratung sehr klar von der the-

therapeutischen Intervention ab, da sie an kein bestimmtes Setting gebunden ist. Sie handelt aber meist in einem therapeutischen Sinn und problembewältigungsorientiert. Der Alltag der Klientinnen steht in der sozialarbeiterischen Intervention im Vordergrund. Ihre Sichtweise und die kooperative Haltung werden zum zentralen Thema des Gespräches (vgl. Österreichischer Berufsverband der SozialarbeiterInnen 2004: 07.04.2008). Die Sozialarbeiterin bietet Raum zum Reden und gibt Antworten, die für die Problembewältigung hilfreich sein sollten. Die Sozialarbeiterin wählt einen niederschweligen Zugang und versucht auf der Beziehungsebene auf selber Augenhöhe zu sein. Sozialarbeiterinnen handeln direkt im Feld.

Die Stärke der Sozialarbeit liegt darin, dass sie eine handelnde Wissenschaft mit einer relativen Niederschwelligkeit ist. Sie zeichnet sich aber auch durch eine professionelle Gesprächsführung aus. Ein weiteres Merkmal der Sozialarbeit ist die Orientierung an den bereits vorhandenen Ressourcen.

All die genannten Kriterien und Vorteile der Sozialarbeit eröffnen einen neuen Ansatz in der Arbeit mit Müttern, die von postpartaler Depression betroffen sind. Deren Belastungen hinsichtlich der Bewältigung des Alltags liegen einerseits in der Struktur des sozialen Netzwerkes, andererseits auch in persönlichen Problemen. Bei den strukturellen Hindernissen stehen finanzielle Schwierigkeiten und Probleme mit der Wohnsituation im Vordergrund. Die persönlichen Problemlagen beziehen sich auf Partnerschaftskonflikte, die aufgrund der Schwangerschaft und der neuen Lebenssituation auftreten. Der Partner ist für Gespräche mit den Frauen häufig bereit, jedoch eine wirklich hilfreiche Auseinandersetzung mit der Problematik ist aufgrund von Überforderung und fehlenden Verständnisses für die Situation nicht möglich.

Berufliche Probleme und Ängste werden in den Interviews zu einem Thema gemacht. Die Beziehung zu den Eltern, vor allem zur Mutter der betroffenen Frau verändert sich häufig. Ein sehr großes und wichtiges Thema, das die Frauen beschäftigt, sind Schuldgefühle sowohl sich selbst als dem Kind gegenüber.

Berührungspunkte der Sozialarbeit mit dem Thema postpartale Depression bei Frauen finden sich, wie aus den Interviews hervorgeht, bereits während der Schwangerschaft. Präventions- und Aufklärungsarbeit sollte sowohl in Geburtsvorbereitungskursen, von Frauenärztinnen, als auch von Sozialarbeiterinnen geleistet werden. Damit werden die schwangeren Frauen bereits auf dieses sensible

Thema aufmerksam gemacht. Das Bewusstmachen von Stressoren und Risikofaktoren erleichtert den Umgang mit dieser Erkrankung. Die Frauen sprachen oft von einer Überforderung des Partners, daher ergibt sich die Notwendigkeit, möglichst früh auch diesen in die Aufklärung mit einzubeziehen und über die Veränderungen in der Partnerschaft zu informieren.

Nach der Geburt haben die Frauen außer der Hebamme sehr oft keinen professionellen Ansprechpartner, um über die Ängste und Veränderungen nach der Geburt und die neue Situation zu Hause zu sprechen.

Sobald die Frau mit ihrem Baby zuhause ist, ergeben sich Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung. Daher ist ein Ansatz der Sozialarbeit in der Arbeit mit Müttern mit einer Depression nach der Geburt, diesen Frauen Strukturierungs- und Orientierungshilfen in der Bewältigung des Alltags zu geben. Ein sehr wesentlicher Punkt darin ist die Thematisierung der Probleme und die Erarbeitung von Lösungsansätzen. Aufgrund der oft zu oberflächlichen Gespräche mit dem Partner ist es den Müttern ein Anliegen über ihre Ängste, Sorgen, ambivalenten Gefühle und Schuldgefühle mit jemandem außerhalb des familiären Umfelds zu sprechen. Es gehört auch zu Aufgaben der Sozialarbeit, mögliche Hilfe zu koordinieren, die den Klientinnen je nach Bedarf materielle Unterstützung, persönliche Betreuung und soziale Integration bieten muss. Durch eine Kontaktaufnahme unter den zuständigen Organisationen kann der Handlungsspielraum der Mütter erweitert werden und führt in weiterer Folge zu einer Verbesserung der Lebensqualität. Eine weitere wichtige Anlaufstelle und Schnittstelle mit der Sozialarbeit sind die Einrichtungen, die Mütter mit ihren Kindern aufsuchen, wie Eltern-Kinder-Zentren und Kinderärztinnen. Daher ist eine Aufklärungsarbeit über dieses Thema auch in anderen Berufsgruppen besonders wichtig.

Um diesen Müttern optimal helfen zu können, ist es erforderlich, vorerst bei jenen Personen, die Schwangere betreuen, ein Problembewusstsein und eine Sensibilisierung für dieses Thema zu erzeugen. Dazu sollten spezielle Schulungen sowie Informations- und Fortbildungsveranstaltungen angeboten werden.

Die Ergebnisse der Arbeit zeigen auf, dass sich bei der Bewältigung der postpartalen Depression Angebote aus dem Bereich der Sozialarbeit als sehr hilfreich erweisen würden. Die Sozialarbeit sollte sich daher eingehend mit dieser Problematik befassen, um verstärkt Hilfestellungen anbieten zu können

Literatur

Ardelt, Nastasja (2000): Autobiographisches Gedächtnis und postpartale Depression Diplomarbeit an der Universität Wien.

Bertram, Hans (2006): Es geht um die Zukunft von Familie. In: Deutsches Jugendinstitut e.V. | Bulletin Plus, Nr. 74, 4-7

Bischi, Katrin (2004): Mütter und Beruf. Nur Mütter? In: Psychologie heute, Nr.31, 18 - 18

Bonsack, Alfred/Winfried Marotzki/Michael Meuser, Hg (2006): Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung. Berlin, Magdeburg

Brazelton, T. Berry/ Cramer Bertrand G. (1991): Die frühe Bindung. Die erste Beziehung zwischen dem Baby und seinen Eltern. Stuttgart

Brockington, Ian Fraser (2001): Die Psychiatrie der Mutterschaft. Ein neues Fachgebiet. In: Klier Claudia M./Demal Ulrike/Heinz Katschnig (Hg): Mutterglück und Mutterleid. Diagnose und Therapie der postpartalen Depression. Wien, 11-20

Brockington, Ian Fraser (2001): Psychiatrische Behandlung während der Mutterschaft. Eine komplexe Herausforderung an die psychiatrischen Dienste. In: Riecher-Rössler Anita/ Rohde Anke(Hg): Psychische Erkrankungen bei Frauen, Für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie. Freiburg, Basel, 15-24

Campbell Susan B/Cohn Jeffrey F (1991): Prevalence and Correlates of Postpartum Depression in First-Time Mothers. In: Journal of Abnormal Psychology, Nr. 4, Washington DC, 594-599

Dilling Horst/Mombour W/Schmidt M.H.(2005): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch diagnostische Leitlinien. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle

Dix, Carol (1991): Depressionen nach der Geburt. Hilfe für Mütter und Väter. Reinbeck bei Hamburg

DocCheck Medical Services GmbH (2005): <http://www.doccheck.com/de/imprint/> am 14.04.2008

Dunnewold Ann/ Sanford Diane G. (1996): Ich würde mich so gerne freuen. Verstimmungen nach der Geburt. Hilfen für Mütter und Väter. Georg Thieme Verlag:

Stuttgart

Fallahpour Hofecker Maria, Caroline, Stieglitz Rolf-Dieter, Riecher- Rössler Anita (2005): Was Mütter depressiv macht und wodurch sie wieder Zuversicht gewinnen. Ein Therapiehandbuch. Bern

Flaker Vito/Schmid Tom (2006) (Hg) Von der Idee zur Forschungsarbeit. Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft. Wien, Köln, Weimar

Geisel, Elisabeth (1997): Tränen nach der Geburt. München

Gerhardter, Gabriele (1998): Netzwerkorientierung in der Sozialarbeit. Eine überblicksartige Zusammenstellung zu „Soziale Netzwerke“ und „Organisationsnetzwerke“: In: http://www.pantucek.com/diagnose/netzwerkkarte/gerhardter_netzwerk.pdf, am 10.04.2008, 1-8

Gmür, Pascale (1998); MutterSeelenAllein. Erschöpfung und Depression bei jungen Müttern. Freiburg im Breisgau

Gröhe, Friederun (2003): Nehmt es weg von mir. Depression nach der Geburt eines Kindes. Göttingen

Heller, Angela (2002): Nach der Geburt. Wochenbett und Rückbildung. New York

Hofecker Fallahpour Maria/ Zinkernagel Christine/Ulrike Frisch/ Caroline Neuhofer/ Rolf-Dieter Stieglitz/ Anita Riecher-Rössler (2005): Was Mütter depressiv macht und wodurch sie wieder Zuversicht gewinnen. Ein Therapiehandbuch. Bern

Honer, Anne (2006): Interview. In: Bonsack Ralf/ Marotzki Winfried /Meuser Michael (Hg): Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung Berlin, Magdeburg: 94-99.

Hornstein Christiane, Klier Claudia (2005): Auf einmal ist da ein Kind- postpartale Depression Erkennen und Helfen, Stuttgart

Kapella Olaf, Rille- Pfeiffer (2007): Einstellungen und Wertehaltungen zu Themen der Vereinbarkeit von Familie und Erwerb. Deskriptive Ergebnisse einer Einstellungs- und Wertestudie zur Mutter- und Vaterrolle, Kinderbetreuung und Erwerbstätigkeit der Frau. Österreichisches Institut für Familienforschung (Hg.): Mutter- und Vaterbild heute: Beziehungsweise, Nr.16, In: http://www.oif.ac.at/presse/bzw/Artikel.asp?Rubrik=3&ID_Art=1&BZWArtikel=998, am 08.03.2008

Klier, Claudia M/Demal Ulrike/Katschnig Heinz (2001) (Hg): Mutterglück und Mutterleid. Diagnose und Therapie der postpartalen Depression. Wien

Knopf, Dagmar Ursula (2005): Babyblues- auch Väter sind betroffen, In: Psychologie heute, Nr.11, 13-13

Konzack Nadine, Jost Annemarie (2006): Postpartale Depression. Gesellschaftliche Tabuisierung und Mutterschaftsideale. In Soziale Arbeit: Zeitschrift für sozialverwandte Gebiete, Nr.12, 455-461

Köllner, Sabine (2003): Mütterliche Depression und ihre Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung. Diplomarbeit an der Universität Wien

Lamnek, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung. Weinheim, Basel

Lanczik, M/ Lenz, G (2001): Psychotherapie bei Depressionen in Schwangerschaft und nach der Geburt. In: Klier, Claudia M./Demal Ulrike/Katschnig Heinz (Hg): Mutterglück und mütterleid. Diagnose und Therapie der postpartalen Depression. Wien, 39-54

Leathers, Sonya J./Kelley Michele A /Richman Judith (1997): Postpartum Depression Symptomatology in New Mothers and Fathers. Parenting, Work and Support, In: Journal of nervous and mental disease, Nr 12. , März 1997, Baltimore, 129-139

Luef, Christina (2004): Was Mütter brauchen. Lebensqualität von Frauen mit Kindern im Vorschulalter. In: Österreichisches Institut für Familienforschung (Hg): Beziehungsweise, Nr.5, 22-24, In: [http://www.oif.ac.at/presse/bzw/artikel.asp? Rubrik=3& ID _Art=1&BZW Artikel=725](http://www.oif.ac.at/presse/bzw/artikel.asp?Rubrik=3&ID_Art=1&BZW_Artikel=725) am 8.03.2008

Luef, Christina (2004): Frau-Sein und Mann-Sein. Die Rolle des Geschlechts in Beziehungen. In: Österreichisches Institut für Familienforschung (Hg): Beziehungsweise, Nr.5, 20-21, In: [http://www.oif.ac.at/presse/bzw/artikel.asp? Rubrik =3&ID_Art=1&BZW_Artikel=724](http://www.oif.ac.at/presse/bzw/artikel.asp?Rubrik=3&ID_Art=1&BZW_Artikel=724) am 08.03.2008

Luef, Christina (2006): Die Angst als Rabenmutter zu gelten. Über den Stellenwert der Haus- und Erziehungsarbeit bei Karrierefrauen. In: Österreichisches Institut für Familienforschung (Hg):Beziehungsweise, Nr.3, 1-4; In: [http://www.oif.ac.at/presse /bzw.artikel.asp?Rubrik=3&ID_Art=1&BZW_Artikel=884](http://www.oif.ac.at/presse/bzw.artikel.asp?Rubrik=3&ID_Art=1&BZW_Artikel=884) am 08.03.2008

Marcé Gesellschaft für peripartale psychische Erkrankungen e.V. <http://www.marce-gesellschaft.de/> am 08.03.2008

Mayring Philipp (2007): Qualitative Inhaltsanalyse- Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel

Milgrom Jeanette/ Martin, Paul. R. /Negri, Lisa. M (1999): Treating postnatal depression. A psychological approach for health care practitioners. Wiley, Chichester

Muzik M. (2001): Mutter- Kind Interaktionen in der postpartalen Periode. In: Klier Claudia M./Demal Ulrike/Katschnig Heinz (Hg): Mutterglück und Mutterleid. Diagnose und Therapie der postpartalen Depression. Wien, 91-102

Netzwerk Frauenforschung NRW (o.J.) In: http://www.netzwerk-frauenforschung.de/das_netzwerk.php?lang=de am 10.04.2008

Nispel, Petra (2001): Mutterglück und Tränen- Das seelische Tief nach der Geburt überwinden. Freiburg in Breisgau

Nuber, Ursula (2003): Arbeit und Familie: Wir können beides haben. In: Psychologie heute, Nr.5, 20-24

O'Hara, Michael W. (1995): Postpartum Depression, Series in Psychopathology, New York

Onozawa, K./Glover V./Adams D./Modi N./Kumar R (2001): Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression. In: Journal of Affective Disorders, England Nr. 63: 201-207

Österreichischer Berufsverband der SozialarbeiterInnen (2004): Handlungsfelder der Sozialarbeit In: <http://www.sozialarbeit.at/handl.htm> am 07.04.2008

Österreichischer Berufsverband der SozialarbeiterInnen (2004): Berufsbild der SozialarbeiterInnen, Salzburg, In: <http://www.sozialarbeit.at/berbi.htm> am 07.04.2008

Palmeshofer, Claudia (2006): Postpartale Depression aus der Sicht der Bindungstheorie. Wie lässt sich eine Beeinträchtigung der frühen Mutter-Kind-Beziehung verhindern bzw. behandeln? Diplomarbeit an der Universität Wien

Pantucek, Peter (2005): Fachhochschule St. Pölten (Hg): Soziale Diagnose. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit Wien, Köln, Weimar

Psyhyrembel. Klinisches Wörterbuch (2004). Berlin, New York

Psychiatrisches Zentrum Nordbaden: Mutter-Kind-Behandlung, In: <http://www.mutter-kind-behandlung.de/> am 08.03.2008

Reck, Corinna (2007): Postpartale Depression: Mögliche Auswirkungen auf die

frühe Mutter-Kind-Interaktion und Ansätze zur psychotherapeutischen Behandlung. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Nr.3, 234-244

Reinders, Heinz (2005): Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen. Ein Leitfaden. München

Riecher-Rössler, Anita (2001): Die Depression in der Postpartalzeit. In: Klier, Claudia M. / Demal Ulrike/Katschnig Heinz(Hg): Mutterglück und Mutterleid. Diagnose und Therapie der postpartalen Depression. Wien, 23-38

Riecher- Rössler, Anita/Rohde Anke (2001): Psychische Erkrankungen bei Frauen. Für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie. Freiburg, Basel

Ritscher, Wolf (2002): Systemische Modelle für die soziale Arbeit. Ein integratives Lehrbuch für Theorie und Praxis. Heidelberg

Rohde, Anke/Riecher-Rössler Anita, (2001): Psychische Erkrankungen bei Frauen. Psychiatrie und Psychosomatik in der Gynäkologie. Regensburg

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

Salis, Bettina (2000): Psychische Erkrankungen im Wochenbett, In: Die Hebamme, Nr.3. http://www.bettina-lis.de/joomla/index.php?option=com_content&task=view&id=68&Itemid=97 am 08.03.2008

Salis, Bettina (2004.): Möglichkeiten und Grenzen der Hebammenbetreuung. In: Deutschen Hebammenforum, Nr.11, http://www.bettina-salis.de/joomla/index.php?option=com_content&task=view&id=87&Itemid=97 am 08.03.2008

Salis, Bettina (2007) Das ist so ein komisches Gefühl. In: Deutschen Hebammenforum, Nr.04, http://www.bettina-salis.de/joomla/index.php?option=com_content&task=view&id=94&Itemid=97 am 08.03.2008

Saum-Aldehoff, Thomas (2006): Postpartale Depression. Leere statt Liebe. In: Psychologie heute. Nr. 33, 53

Schatten & Licht-Krise nach der Geburt e.V (Welden).: Eine bundesweite Selbsthilfe-Organisation zur postpartalen Depression und Psychose, in: <http://schatten-und-licht.de/index.html> am 08.03.2008

Schipfer Rudolf (o.J.) Nur eine soziale Gruppe oder doch mehr –

Familiendefinitionen und –,-beschreibungen. In: Österreichisches Institut für Familienforschung.[http://www.oif.ac.at/archiv/archivdisplay.asp?ID_Archiv=26& Rubrik=8&ID_Link_Gruppe=9](http://www.oif.ac.at/archiv/archivdisplay.asp?ID_Archiv=26&Rubrik=8&ID_Link_Gruppe=9) am 08.03.2008

Schulze Micha/Scheuss Christian (Hg), (2007): Alles, was Familie ist. Die neue Vielfalt: Patchwork,- Wahl- und Regenbogenfamilien. Berlin

Schwarz- Gerö, Josephine (2006): Postpartale Depression und Säuglingssymptomatik-Interaktion und Therapie. In: Wimmer- Puchinger Beate/ Riecher-Rössler, Anita (Hg): Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis. Wien, 127-138

Stadt Wien (o.J.): Eigentlich sollte ich glücklich sein, Ein Ratgeber für Mütter, die sich(stark) belastet fühlen sowie deren Angehörige und Partner

Konzack Nadine, Jost Annemarie (2006): Postpartale Depression. Gesellschaftliche Tabuisierung und Mutterschaftsideale. In: Soziale Arbeit: Zeitschrift für sozialverwandte Gebiete, Nr.12, 455-461

Wenzel Petra (o.J.): Postpartale Depression, <http://members.telering.at/ppd.treff/> am 08.03.2008

Wilfinger, Kathrin (2003): Die Auswirkungen einer postnatalen Depression der Mutter auf die kindliche Entwicklung im Vorschulalter-eine Interaktionsanalyse. Diplomarbeit an der Universität Wien.

Wimmer-Puchinger Beate, Riecher-Rössler Anita (2006) (Hg): Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis. Wien.

Anhang

Leitfadeninterview für Interviews mit betroffenen Müttern

A Einstieg

A1. Wann und wie haben Sie Ihre Depression bemerkt?

A2. Gab es Belastungen, von denen Sie glauben, dass sie zur Depression geführt haben?

A3. Wie ist es Ihnen bei der Bewältigung des Alltags gegangen?

B professionelle Unterstützungsmöglichkeiten

B1. Zu welchem Zeitpunkt haben Sie sich Hilfe geholt?

B1a. Warum?

B2. Welche Art von professioneller Unterstützung haben Sie in Anspruch genommen?

B2a. Wessen Entscheidung war das?

B2b. Woher wussten Sie von diesen Unterstützungsmöglichkeiten?

B3. Wurden Sie über professionelle Hilfsangebote informiert?

B3a. Wenn ja, von wem?

B4. Haben Sie sich unterstützt gefühlt?

B5. In welcher Form haben Sie eine Unterstützung bekommen?

C Netzwerk

C1. Darf ich mit Ihnen eine Netzwerkkarte zeichnen? (Erklärung)

C2. Was meinen Sie, ist aus dieser Zeichnung ersichtlich?

C3. Haben Sie sich von Ihrem, Partner genügend unterstützt gefühlt?

C3a. In welcher Form?

C4. Haben Sie außer Ihrem Partner noch von anderen Personen Unterstützung bekommen?

C4a. In welcher Form?

C5. Haben Sie sich trotz einer Unterstützung noch Hilfe von außen geholt (wie z.B. vom Arzt, Psychologen, Therapeut...)?

C5a. Warum?

C5b. Wie zufrieden waren Sie?

D Rückblick

D1. Wenn Sie zurück denken, haben Sie sich ausreichend unterstützt gefühlt oder hätten Sie bei bestimmten Dingen noch Hilfe gebraucht?

D1a. Bei welchen Dingen?

D1b. Was fehlte Ihnen besonders?

D1c. Was glauben Sie, dass Frauen in einer solchen Situation brauchen?

Soziale Stammdaten

1. Alter:

2. Kinde(r)/Alter:

3. Familienstand:

Ledig	
Verheiratet	
Geschieden	
Verwitwet	

4. Höchste abgeschlossene Schulbildung:

5. Beruf:

Angestellte	
Arbeiter	
Selbständig	
Hausfrau	
Pension	

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Johanna Zweibrod, geboren am 02.03.1983 in Wien, erkläre,

1. dass ich diese Diplomarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Diplomarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

St. Pölten, am 05.05.2008

Unterschrift