AWO Landesverband Brandenburg e.V.

Deutsches Rotes Kreuz

pro familia Brandenburg

FACHTAGUNG

AUSWIRKUNG PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN AUF MUTTERSCHAFT UND ELTERNSCHAFT

Dokumentation des Fachtags am 14. Oktober 2015 in Potsdam

IMPRESSUM

Fachtagung 2015
Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf Mutterschaft und Elternschaft

2. geänderte Auflage, Potsdam 2016

Herausgeber
Arbeiterwohlfahrt Landesverband Brandenburg e.V.
Kurfürstenstraße 31
14467 Potsdam

Projektleitung
Viola Berger (DRK), Anne Böttcher (AWO),
Hubert Lautenbach (AWO), Christian Neumann (profa)

Redaktion
Hubert Lautenbach, Carolin Rieck, Christian Neumann

Layout
Lars Wiegand, System Concept GmbH

Fotos
Stefan Specht, Hubert Lautenbach

Kontakt
gf@awo-brandenburg.de
Tel.: 0331 / 97 16 26 0
Fax.: 0331 / 97 16 26 5

INHALT

Vorwort 2
Anne Böttcher, Geschäftsführerin AWO Landesverband Brandenburg e.V.

Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Wochenbett 3
Dr. Annekathrin Bergner, Berliner Versorgungsnetzwerk,
Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe

Postpartale Depression 12
Prof. Dr. Stephanie Krüger, Chefärztin des Zentrums für Seelische Frauengesundheit und
Ärztliche Leiterin des Zentrums für Affektive Erkrankungen, Vivantes Berlin

Schwangerschaft und Suchterkrankungen- mögliche Risiken für das ungeborene Kind 15
Ute Flemig, Wigwam connect, Zentrum für integrative Suchthilfe, Berlin

Workshops

Auswirkung psychischer Erkrankung auf die Beratungsarbeit 20
Dr. Annekathrin Bergner, Berliner Versorgungsnetzwerk, Psychosomatische
Gynäkologie und Geburtshilfe

Arbeit mit psychosozial belasteten Schwangeren im Rahmen von Kuraufenthalten 22
Ulrike Porsch, profa, Psychologin im AWO–Haus an der Sonne, Medizinische
Vorsorgeeinrichtung für Schwangere, Bad Sarrow

Zum Umgang mit Suchtmitteln gebrauchenden werdenden Eltern in der Beratung 24
Ute Flemig, Wigwam connect, Zentrum für integrative Suchthilfe, Berlin

Anne Böttcher,
Geschäftsführerin AWO Landesverband Brandenburg e.V.

VORWORT

Sehr geehrte Damen und Herren,
meine lieben Kolleginnen und Kollegen,

die Landesverbände von pro familia, DRK und AWO freuen sich, dass der Fachtag „Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf die Mutterschaft und Elternschaft“ auf sehr großes Interesse gestoßen ist. Viele Berater_innen aus Schwangerschaftsberatungsstellen, aber auch Mitarbeitetende aus Gesundheits- und Jugendämtern sowie Ärzte, sind zusammen gekommen.

In diesen Wochen hat uns alle das Thema Flüchtlinge in Brandenburg fest im Griff: die Landesregierung, die Kommunen und die freien Träger. Neue Problemlagen und Beratungsbedarfe kommen auch auf Sie in den Schwangerenberatungsstellen zu. Sie haben die Aufgabe, über sprachliche Hürden hinweg die Frauen und Familien entsprechend ihrer Fragen und Bedürfnisse zu beraten.

Und hier besteht auch ein wichtiger Zusammenhang zu dem heutigen Thema. Viele geflüchtete Frauen haben vor oder während ihrer Flucht belastende Erfahrungen gemacht, welche dazu führen können, dass sie unter psychischen Erkrankungen, Depressionen, Angststörungen oder auch Suchterkrankungen leiden. In der Gesamtbevölkerung werden psychische Erkrankungen immer häufiger diagnostiziert. Damit einher geht der steigende Anteil an schwangeren Frauen, welche psychisch krank sind bzw. mentale Belastungen erleben, welche konkret mit der Schwangerschaft, der Geburt und der Zeit danach im Zusammenhang stehen können.

Gesellschaftlich ist es aber zu oft noch ein Tabuthema, im Zusammenhang von Schwangerschaft und Geburt, auch von Sorgen, Schmerzen, Traurigkeit – gar von Depression zu sprechen. „Du musst doch jetzt glücklich sein!“, hören viele Schwangere und Mütter – sie reden es sich selbst auch ein.

Einige von Ihnen haben vielleicht selbst ähnliche Erfahrungen gemacht und sicherlich alle von Ihnen durch die Arbeit mit schwangeren Frauen, werdenden Vätern, jungen Familien können bestätigen, was das Nachrichtenmagazin DER SPIEGEL vor zwei Wochen beschrieben hat:

„Aus enormen Scham- und Schuldgefühlen teilten allerdings auch viele Frauen ihre Depression nicht mit. Sie schreiben sich häufiger selber zu, sie hätten versagt und seien keine gute Mutter.“

Der Hintergrund ist also komplex, Sie alle sind voller Vorwissen, das wir fundiert gemeinsam vertiefen können.

Ich wünsche allen eine tollen Fachtag mit viel Knowhow und jeder Menge fachlichem Austausch in den Workshops und Diskussionsrunden. Schließlich möchte ich auch dem MASGF herzlich danken, dass es auch in diesem Jahr unseren Fachtag finanziell unterstützt.

Dr. Annekathrin Bergner Berliner Versorgungsnetzwerk,
Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN IN SCHWANGERSCHAFT UND WOCHENBETT

Die Beratung von Frauen mit psychischen Erkrankungen, im Kontext von Schwangerschaft und Geburt, erfordert von den Beratungsstellen oftmals umfangreiches Wissen über deren besonderen mentalen Belastungen.

In diesem Zusammenhang ist ein fachlich fundiertes Wissen wichtig um die Auswirkung von psychischer Erkrankung bzw. Belastung auf das Erleben von Schwangerschaft und Elternschaft im Umgang mit Ratsuchenden mitzudenken um das eigene fachliche Handeln entsprechend ausrichten zu können. Darüber hat Dr. Annekathrin Bergner vom Berliner Versorgungsnetzwerk referiert.

Psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft

Depressive Erkrankung (Halbreich & Kornstein, 2004)	**6-16%**
Schwere depressive Episode (Halbreich & Kornstein, 2004)	**10%**
Angststörungen (vgl. Alder & Urech, 2014)	**7-13%**
Subklinische Symptome (Heron et al., 2004)	**50%**

Erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Wochenbett bei:

- Frauen, die vor der Schwangerschaft schon einmal erkrankt waren (in manchen Fällen allerdings Stabilisierung durch die Schwangerschaft)
- Frauen mit familiärer Vorbelastung
- Nach abrupten Absetzen von Psychopharmaka mit Feststellung der Schwangerschaft
- Zusätzlichen psychosozialen Belastungen (Einkommen, Partnerschaft) (Dudas et al., 2012; Elsenbruch et al., 2007; Simoes 2004)
- Vorausgegangen Verlusten (Todesfälle, Schwangerschaftsverluste und –abbrüche) (Bergner et al., 2008)

Psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft

Es wird nur die Hälfte aller psychischen Erkrankungen in der Schwangerschaft diagnostiziert!

- Überlagerung der psychischen Symptome durch Schwangerschaftssymptome
- Scham der Schwangeren, Angst vor Stigmatisierung

Warum ist eine frühzeitige Behandlung psychischer Erkrankungen der Schwangeren wichtig?

1. Statistisch erhöhtes Risiko für spätere Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen:
   - Präeklampsie, Plazentaablösung, Fehl- und Frühgeburten
   - Geringes Geburtsgewicht, geringer APGAR, Trinkschwäche
   - Geburtskomplikationen (höhere Raten an Epidurialanästhesien, Kaiserschnittentbindungen, operativen vaginalen Geburten)
2. Sekundäre Risiken durch Komorbidität wie Alkoholkonsum (60% der Depressiven) und mangelnde Selbstfürsorge

Warum ist eine frühzeitige Behandlung psychischer Erkrankungen der Schwangeren wichtig?

3. Irritation der HHNA-Achse (Stressregulation) des Kindes
4. um 2 bis 6fach erhöhtes Risiko für postpartale Störungen
5. Bindungsstörungen zwischen Mutter und Kind
6. Beim Neugeborenen mehr körperliche/ physiologische Reaktionen (Koliken, Stillprobleme)
7. Kognitive Entwicklung des Kindes verlangsamt

Psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft

Affektive Störungen

Angsterkrankungen

Zwangserkrankungen

Psychosomatische Erkrankungen

Persönlichkeitsstörungen

Essstörungen

Suchterkrankungen

Traumafolgestörungen

Psychotische Erkrankungen

Depressive Erkrankung in der Schwangerschaft – Besonderheiten im Erscheinungsbild

- Niedergeschlagene, traurige Stimmung mit fehlender Freude über die Schwangerschaft und auf das Kind
- Verlust des Interesses an eigentlich angenehmen Aktivitäten, sozialer Rückzug
- Selbstzweifel, vermindertes Selbstvertrauen, Schuldgefühle, insbesondere als Mutter nicht genügen zu können, z.T in Form zwanghaften Grübelns
- Pessimistische Zukunftserwartungen, Suizidalität
- Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, Appetitstörungen, Schmerzen, gastrointestinale Probleme, Herz-Kreislaufprobleme (stärkere Somatisierung in Schwangerschaft möglich)
- Manchmal eher aggressiv-gereizte Stimmung, die sich auch gegen das Ungeborene richten kann

Angsterkrankungen in der Schwangerschaft – Besonderheiten im Erscheinungsbild

Panikstörung:

- Wiederkehrende, unvermittelte Angstattacken mit ausgeprägten unbewussten Symptomen (Herzrasen, Atemnot/ Hyperventilieren, Schwindelgefühl, Zittern, Schwitzen, Übelkeit, Taubheitsgefühlen in Händen und Füßen), die von Todesängsten oder Angst vor Kontrollverlust begleitet sind
- Starker Stressor in der Schwangerschaft, besonders bei erstmaligem Auftreten

Agoraphobie:

- Angstattacken treten in Situationen öffentlicher Exposition auf (z.B. öffentliche Verkehrsmittel, Supermärkte)
- „Angst vor der Angst“: diese Situationen werden zunehmend vermieden oder können nur in Begleitung aufgesucht werden, es entsteht ein Teufelskreis aus Angst und Vermeidung

Zwangserkrankungen in der Schwangerschaft – Besonderheiten im Erscheinungsbild

- Sich aufdrängende Ideen, Vorstellungen und Impulse meist aggressiver oder sexueller Natur (Verschmutzung, Versündigung, Tod), die stark ängstigend sind und von massiven Scham- bzw. Schuldgefühlen begleitet sein können, Zwangsgedanken und –handlungen dienen als Rituale der Wiedergutmachung
- Ein Unterbinden der Zwangshandlungen (z.B. Wasch-, Kontrollzwänge) geht mit massiven Ängsten einher

Zwangsgedanken und –handlungen beziehen sich häufig auf das Kind (aggressive Impulse dem Kind gegenüber), was als besonders leidvoll erlebt wird

Borderline-Persönlichkeitsstörung

- Ausgeprägte Instabilität der interpersonalen Beziehungen, des Selbstbildes, des Affekts und deutliche Impulsivität (desorganisierter Bindungsstil, der Folgen für die spätere Mutter-Kind-Bindung hat)
- Schwere Depressions-, Angst- und Erregungszustände, die Stunden bis Tage anhalten können
- Wutanfälle, Anwandlungen von Feindseligkeit bis hin zu tätlicher Aggression/ Gewalttätigkeit
- Impulsive, selbstschädigende Handlungen wie Alkohol- und Drogenmissbrauch, Fressanfälle, gefährliche sexuelle Kontakte, selbstverletzendes Verhalten oder Suizidalität gefährden Mutter und Kind

Trauma-Reaktivierung in der Schwangerschaft und unter der Geburt

Unauffällige Schwangerschafts- und Geburtsverläufe können für bereits früher traumatisierte Frauen retraumatisierend sein:

- Körpersensationen unter den Wehen erinnern an früheren Missbrauch
- Schmerzen, Kontrollverlust, Ausgeliefertsein
- Wehentropf o.ä. kann manche Frauen an Gefesseltsein während einer Vergewaltigung erinnern
- Kommandos wie „Öffnen Sie Ihre Beine“, „Machen Sie mit“, „Sei ein gutes Mädchen“ können ebenso an sexuellen Missbrauch erinnern wie z.B. der Druck des Kopfes des Babys auf die Vagina

Hinweise auf eine Traumatisierung

In der Schwangerschaft:

- Stark ausgeprägte Geburtsängste
- Betroffene wünschen Kaiserschnitt
- Auffälliges Verhalten bei Vorsorgeuntersuchungen (Verspannen/ Verkrampfen, Ängste, Dissoziieren)
- Schwangerschaft als Trigger für wiederkehrende traumatische Erinnerungen: Albträume, kann u.U. zu schweren Schlafstörungen führen
- Vermeiden von Triggern > Ignorieren der Schwangerschaft, Vermeidung von ärztlichen Untersuchungen oder Aufsuchen einer Klinik (z.B. bei früherer traumatischer Geburt)

Psychotische Störungen in Schwangerschaft und Wochenbett

- In der Schwangerschaft scheinen sich Psychosen eher zu bessern (Östrogen als Dopaminantagonist)
- Nach der Schwangerschaft ist das Rückfallrisiko erhöht (bei Schizophrenie 20fach!)

Risiken:

- Gefahr, dass die Schwangerschaft von einer psychotischen Pat. nicht erkannt bzw. verleugnet wird
- Unzuverlässigere Teilnahme an Vorsorgemaßnahmen verschlechtern das Schwangerschafts-Outcome (hohes Risiko für geburtshilfliche Komplikationen)
- Bei Verweigerung der Nahrungsaufnahme und starker Agitation Gefahr der Elektrolytentgleisung
- Suizidgefahr bei psychotischen Ängsten und Zwangsvorstellungen (schnelles Handeln)
- Postpartale Gefahr des erweiterten Suizids oder Infantizids
- Gefährdung des Kindes durch mangelhafte Fürsorge aufgrund desorganisierter Zustände der Mutter

Psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft – Besonderheiten der Behandlung

Diagnostisch:

- **Wichtig: Erkennen der psychischen Erkrankung** (z.B. EPDS geeignetes Screeningverfahren für antepartale und postpartale Depression)
- Abklärung von Suizidalität, Fragen nach Substanzmissbrauch (Schlafmittel, Alkohol, Nikotin, Cannabis…)
- Psychoedukation: Aufklärung über Störungsbild und Behandlungsmöglichkeiten (bei den Frauen oftmals große Bereitschaft für Prävention, aber Angst vor Pathologisierung bzw. Stigmatisierung)
- Diagnostik und Interventionen hinsichtlich pränataler Mutter-Kind-Bindung

Psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft – Besonderheiten der Behandlung

Psychiatrisch:

- Ggf. medikamentöse Behandlung erforderlich

Psychotherapeutisch:

- Stressbewältigungs- und Problemlösetrainings
- Aktivitätsaufbau
- Veränderung dysfunktionaler kognitiver Schemata
- Entspannungsmethoden, Schlafregulation
- Psychodynamisch: Bearbeitung des ubw. Konfliktes (Fokus!)
- Präventiv: SAFE-Gruppen

Wichtig: frühzeitiges Einbeziehen der Gynäkologin/ Hebamme; Geburtsvorbereitungskurs, Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen

Bei schweren Erkrankungen Case Management

Psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft – Besonderheiten der Behandlung

Sensitive Betreuung und Beratung:

- Aufklärung und Entlastung der Schwangeren
- Bearbeitung von Mythen und dysfunktionalen Erwartungen
- Unterstützung und Entlastung der Schwangeren:
  Aktivierung materieller und sozialer Ressourcen
  Regelmäßige Vorsorge
  Kurse
  Arbeitsreduktion, Haushaltshilfen, Familienhilfen?
- Allgemeine therapeutische Maßnahmen wie:
  Schlafregulation (besonders postpartal)
  Entspannungsverfahren
  Stressmanagement
  Auseinandersetzung mit Rollenbildern
  Korrektur dysfunktionaler Gedanken
  Förderung der Mutter-Kind-Bindung (auch präpartal)

Prof. Dr. Stephanie Krüger, Chefärztin des Zentrums für Seelische Frauengesundheit und Ärztliche Leiterin des Zentrums für Affektive Erkrankungen, Vivantes Berlin

POSTPARTALE DEPRESSION

Immer mehr Frauen leiden, laut aktuellen Medien, an der sogenannten Wochenbetterkrankung. Doch wobei handelt es sich eigentlich genau bei einer Wochenbetterkrankung?

Affektive Erkrankungen treten nicht unbedingt häufiger bei Frauen auf als bei Männern, sie werden jedoch häufiger diagnostiziert bei Frauen. Mögliche Erklärungen für dieses Phänomen können sein, dass Frauen häufiger zum Arzt gehen, offener über ihre Probleme sprechen aber auch das sogenannte „Acting in“. Dies beschreibt, dass sich die Frauen in der jeweiligen Situation selbst die Schuld geben und alle anderen Gegebenheiten in ihrem sozialen Umfeld auf sich selbst beziehen. Hingegen handeln Männer eher „acting out“. Sie geben meist anderen Personen aus ihrem sozialen Umfeld die Schuld für ihre Probleme und Sorgen.

Die affektiven Störungen sind bei Frauen häufiger mit hormonellen Veränderungen verknüpft. Die Zeiten reproduktiver Veränderungen können dazu führen, dass zum Beispiel eine affektive Erkrankung manifestiert wird, vorbestehende affektive Erkrankungen erneut auftreten oder eine aktive affektive Erkrankung verstärkt wird.

Mögliche affektive Erkrankungen über den weiblichen Lebenszyklus können entstehen: Prämenstruelle Dysphorische Störung (PMDS), Kinderwunschbehandlung, Depressionen/ Angsterkrankungen im Zusammenhang mit der Perimenopause, hormonell bedingte Verschlechterung affektiver Erkrankungen u.v.m.

Psychiatrische Aufnahmen in den zwei Jahren vor und nach der Geburt zeigten ein erstaunliches Ergebnis. Es zeigte sich, dass die meisten psychiatrischen Aufnahmen von Schwangeren mit der Geburt erfolgten. Aus dem Ergebnis der psychiatrischen Aufnahmen von Schwangeren, entstand erstmals eine Auseinandersetzung mit dem Thema psychische Erkrankungen und Schwangerschaft/ Geburt, u.a. auch mit dem Aspekt Wochenbetterkrankung.

Heutzutage ist das Thema Wochenbetterkrankung zwar kein Tabu Thema mehr, allerdings immer noch mit großer Scham behaftet. Dies liegt meist daran, dass das soziale Umfeld der Frauen, die Auswirkungen der psychischen

Erkrankungen nicht versteht. Zum Beispiel begreift das soziale Umfeld es nicht, dass eine Frau mit einer affektiven Erkrankung ihr Kind nach der Geburt nicht liebt.

Es ist jedoch wichtig zwischen einem sogenannten Babyblues und einer Wochenbetterkrankung zu unterscheiden.

Bei dem Babyblues handelt es sich um eine erhöhte Sensivität, die jedoch keine klinisch relevante Depression ist. Der Babyblues kann 2-14 Tage nach der Geburt auftreten. Ungefähr 70% der Frauen leiden an dem Postpartum-Blues, jedoch in verschiedenen Ausmaßen. Ausgelöst wird der Babyblues durch eine rapide hormonelle Veränderung innerhalb von 24 Stunden nach der Geburt. Die Stimmung der Frauen ist extrem labil und schwankt zwischen Euphorie und Niedergeschlagenheit. Wichtig ist, dass bei einem Babyblues keine Therapie notwendig ist, da dieser in der Regel nach 14 Tagen verschwindet.

Bei einer postpartum Depression besteht die Symptomatik über 14 Tage, d.h. über den sogenannten Babyblues hinaus. Dabei spielen hormonelle Faktoren eine Rolle, jedoch nicht ausschließlich, denn bei 30% der Patientinnen, ist die hormonelle Situation wieder „hergestellt“. Die Symptomatik einer postpartum Depression ist wie bei einer anderen Form der Depression. Der einzige Unterschied zu einer „normalen“ Depression besteht darin, dass ca. 40% der Frauen Zwangsgedanken haben, ihrem Kind etwas anzutun. Ungefähr 15% der Frauen leiden an einer postpartum Depression. Die Dunkelziffer der erkrankten Frauen ist jedoch weitaus höher, denn viele Frauen schämen sich immer noch, ihre Ängste zu äußern. Rund 25% der erkrankten Frauen sind ein Jahr später immer noch depressiv. Laut einer aktuellen Studie der Charitè Berlin leiden auch ca. 10-15% der werdenden Väter an einer Wochenbetterkrankung.

An welchen Symptomen erkenne ich überhaupt eine Wochenbetterkrankung?

Bei einer Postpartum Depression treten dieselben Symptome auf, wie bei einer depressiven Episode außerhalb des Wochenbetts. Diese können sein, innere Leere/Gefühlslosigkeit, Antriebslosigkeit, Schlaf-/Appetitslosigkeit, Halluzination/Wahn, motorische Verlangsamung oder Suizidalität.

Zusätzlich können auch folgende Symptome mit auftreten, Fremdheit gegenüber dem Kind, Unfähigkeit das Kind anzunehmen, fehlende Liebesgefühle, Zwangsgedanken dem Kind etwas anzutun, erweiterte Suizidgedanken . Wenn eine Frau eine Fremdheit zum eigenen Kind aufgebaut hat, ist dies meist eine quälender Aspekt für die Frauen, weil ihr soziales Umfeld dieses Gefühl nicht verstehen kann.

Leidet eine Frau an Postpartale Zwangsgedanken/-Handlungen zentrieren sich diese Gedanken meist um das Kind. Die Mütter haben dann Angst, dem Kind etwas antun zu können. Die Frauen haben Angst das Kind zu verletzen, z. B. durch fallen lassen, ertränken, erstechen, sexueller Missbrauch oder jemand anderes könnte das Kind stehlen bzw. verletzen. Als Berater sollte man mit Vorsicht versuchen dies zu erfragen. Jedoch ist ganz wichtig: Zwangsgedanken werden in der Regel nie umgesetzt. Meist versuchen die Frauen ihre Zwangsgedanken durch Zwangshandlungen zu vermeiden/kompensieren oder rituale Handlungen einzuführen. Bei der Vermeidung von Zwangshandlungen kommt es zu einem „übertriebenen“ handeln, zum Beispiel durch übermäßiges reinigen des Kindes, ständige Kontrolle ob es noch atmet, das Kind wird nicht gebadet, Messer und Scheren versteckt, die Windeln werden nicht gewechselt.

Welche Ursachen rufen eine Wochenbetterkrankung überhaupt hervor?

Eine Ursache könnte ein Ungleichgewicht des Hormonhaushaltes der Frau sein. Eine weitere Ursache ist der mediale und öffentliche Druck der auf die Frauen

ausgeübt wird. Immer mehr prominente Frauen zeigen sich kurz nach Geburt erschlankt und schaffen es kurz danach das Gleichgewicht zwischen Beruf und Familie wieder herzustellen.

Das soziale Umfeld kann eine weitere Ursache für eine postpartum Depression sein. Dabei können soziale Isolation, viele Kinder, junges Alter, Armut oder fehlende familiäre Unterstützung beeinflussende Faktoren sein.

Die Wochenbetterkrankung einer Frau kann auch Auswirkungen auf das Kind haben. So nimmt es, zum Beispiel, seltener Blickkontakt mit der Mutter auf, hat mehr physiologische/körperliche Reaktionen oder gar die neuropsychologische Entwicklung ist im ersten Jahr verlangsamt.

Wie gestaltet sich denn eine Therapie bei einer Wochenbetterkrankung?

Aktuell gibt es keine Evidenz für die Unterschiede zwischen den einzelnen Antidepressiva-Gruppen. Dennoch ist es wichtig, den Stillwunsch und die Stillmöglichkeit der Frauen zu berücksichtigen. Wenn eine Frau stillen möchte, sollte eine Gabe von Antidepressiva nicht erfolgen. In Kombination mit medikamentöser Therapie sind jedoch die größten Remissionsraten (bedeutet Nachlass) zu verzeichnen. Eine weitere mögliche Therapie kann mit einer hormonellen Behandlung erfolgen. Dabei wird ein hormonelles Ungleichgewicht mit bioidentischen Hormonen substituiert. Dies hat eine sehr gute Beeinflussung von Schlaf und Unruhe / Angst aber jedoch eine mittelmäßige Wirkung auf depressive Symptomatik. Diese Therapieart ist jedoch nur möglich bei einer Subgruppe der Patientinnen.

Ein Thema, welches tabuisiert ist, es aber im ärztlichen Gespräch bei postpartaler Erkrankung angesprochen werden muss, ist der Infantizid / Filizid (Tötung des Kindes). Laut Schätzungen beträgt die Dunkelziffer 40-50 Kindstötungen pro Jahr in Deutschland. Im Jahr 2008 wurden 202 Kinder in Deutschland Opfer von Tötungsdelikten. In den ersten Lebensjahren des Kindes wird der Tötungsdelikt ausschließlich von der Mutter durchgeführt. Die Hälfte aller Filizide durch die Frau wird durch die postpartale Depression mit psychotischen Merkmalen verursacht. Meistens geschieht ein Infantizid aus Altruismus, z.B. soll, aus Täterinnenperspektive, das Kind nicht einer schlimmen Zukunft ausgesetzt werden oder das Kind soll nicht leiden bzw. unglücklich sein. In Deutschland wird der Filizid von Strafverfolgungsbehörden, nach §§212/213 Strafgesetzbuch, als Totschlag gewertet. Laut einer Studie, ist in 4% der Kindstötungen ein Infantizid / Filizid durchgeführt worden.

Die Erkrankungen im Wochenbett sind häufig und dürfen nicht bagatellisiert werden. Nehmen Sie in den Beratungssituation, Zeichen für eine Wochenbetterkrankung ernst und stellen Sie Kontakte zu Netzwerkpartner her.

Ute Flemig, Wigwam connect, Aufsuchende Elternhilfe für Schwangere und werdende Eltern mit Suchtbelastung. vista - Verbund für integrative soziale und therapeutische Arbeit gGmbH

SCHWANGERSCHAFT UND SUCHTERKRANKUNGEN – MÖGLICHE RISIKEN FÜR DAS UNGEBORENE KIND

Die von Sucht betroffenen Mütter werden zumeist ungeplant schwanger und bemerken ihre Schwangerschaft relativ spät. Sie befindet sich die häufig in Partnerschaften, welche durch einen Abhängigkeitscharakter gekennzeichnet sind. Meist zeigen die werdenden Mütter ambivalente Gefühle bezüglich ihrer Schwangerschaft.

Weitere psychosoziale Risikofaktoren sind soziale und materielle Armut, psychische Erkrankungen und soziale Isolation. Des Weiteren befinden sich bei mindestens 1/3 der von unserer Einrichtung betreuten Frauen ein oder mehrere Kinder in einer Fremdunterbringung. In Beratungssituationen zeigt sich, dass die Frauen unter Ängsten vor Eingriffen durch das Jugendamt sowie unter Scham- und Schuldgefühlen leiden. In der Regel haben die Frauen ein anhaltend hohes Stressniveau, was zur Folge hat, dass der Hormonspiegel sog. Stresshormone (Cortisol/Adrenalin) vermehrt aufweist. Diese Werte sind auch beim ungeborenen Kind messbar und wirken sich ungünstig auf die Hirnentwicklung und Gesundheit aus (Pränataler Stress).

Ein hoher psychosozialer Risikofaktor für eine Elternschaft ist eine ausgeprägte Suchterkrankung welche typischerweise schon in der frühen Pubertät beginnt, gepaart mit Traumata/ Doppeldiagnosen. Eine frühe Abhängigkeitserkrankung hat eine eingeschränkte Belastungsfähigkeit, verzögerte Reifung und mögliche Probleme in der Wahrnehmung zu Folge. Es besteht meist eine mangelhafte Ausprägung in Verantwortlichkeit, Tagesstruktur, aber auch in der Wahrnehmung und Beantwortung von kindlichen Bedürfnissen und Anforderungen. In Beratungssituationen besteht häufig eine Abwehrhaltung gegenüber den Helfern.

Daher ist es sehr wichtig, bereits den Zeitraum der Schwangerschaft zu nutzen um zum einen den Abbau von Hilfedistanz und Ängsten zu befördern, zum anderen sollten die werdenden Eltern auf die zukünftige Elternschaft vorbereitet werden. Das bedeutet dass frühestmöglich eine Stabilisierung der psychosozialen und materiellen Situation im Zeitraum der Schwangerschaft stattfinden sollte. Während der Betreuung/Beratung kann bereits eine Einschätzung der Fachkraft bezüglich der elterlichen Ressourcen und ein Clearing erfolgen und eine Vermittlung der Kindeseltern an entsprechende Jugendämter/Hilfen vorbereitet werden. Das Veränderungspotential in dieser Zeit ist bei den meisten werdenden Eltern sehr hoch und sollte unbedingt genutzt werden! Die Schwangerschaft einer Frau mit Suchtbelastung unterliegt immer einem hohen Risiko. Verschieden konsumierte Stoffgruppen haben unterschiedliche Auswirkungen auf den Fetus. Im Folgenden werden unterschiedliche Stoffgruppen und ihre Auswirkungen vorgestellt.

Amphetamine/ Christal Meth während und nach der Schwangerschaft

- Wurde ab 1938 als Pervitin frei gehandelt
- Wirkt gegen Erschöpfung, Hunger und Durst
- Gefühl von Macht, Stärke und Größenwahn
- Wird meist mit weiteren Rauschmitteln konsumiert
- Durch den Konsum kommt es nicht nur bei den Müttern zu neurologischen Störungen sondern auch zu Fehlbildungen bei den Fetus
- Bei den ungeborenen/neugeborenen kommt es außerdem zu Lern- und Gedächtnisstörungen
  Der Konsum während der Schwangerschaft kann und sollte sofort eingestellt werden

Auswirkungen in der Schwangerschaft und danach

- Neurologische Störungen
- Fehlbildung
- Konsum während der Schwangerschaft kann und sollte sofort eingestellt werden!
- Folgen der Fehlbildung
- Anpassungsstörung nach der Geburt
- Lern- und Gedächtnisstörung

Opiate/ Heroin während und nach der Schwangerschaft

- Morphium wurde 1896 von Bayer zum „verträglichen“ Heroin verarbeitet
- Als Antidepressivum, Hustensaft, Beruhigungsmittel tonnenweise produziert und konsumiert
- Ab April 1971 wurde es verboten

Auswirkungen in der Schwangerschaft und danach

- Erhöhte Fehlgeburtsrate
- Frühgeburtlichkeit
- Wachstumsstörung
- Durch Beimischungen Gefahr von Fehlbildung

Wichtig!
Opiatkonsum darf in der Schwangerschaft nicht „kalt“ entzogen werden!

- Anpassungsstörungen und Atemstörungen bis hin zum Atemstillstand nach Geburt
- Perinatale Morbidität erhöht
- Entzugssyndrom
- Entwicklungs-, Verhaltens- und Lernstörungen

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft

- Durch Alkoholkonsum in der Schwangerschaft entstehen die meisten angeborenen Fehlbildungen überhaupt
- Diese werden als Fetale Alkoholspektumsstörungen – FASD- bezeichnet
- Es ist schwierig Frauen, die in während der Schwangerschaft Alkohol in großen Mengen zu sich nehmen, zu „entdecken“

Fetales Alkoholsyndrom

Wurde erstmals 1973 durch die Kinderärzte Smith und Jones beschrieben

Wachstumsretadierung
(Vorgeburtliche Entwicklungsstörung**)**

- Geringes Geburtsgewicht
- Minderwuchs
- Mikrozephalus

Kraniofasziale Dysmorphie
(von der Norm abweichende Verhältnismäßigkeiten von Kopf und Gesicht)

- Schmales Lippenrot
- Wenig modelliertes Philitrum
- Kleine schmale Augen
- Breiter Nasenrücken
- Besonders geformte und tief ansetzende Ohren

Störungen des Zentralen Nervensystems

- **Kognitive und intellektuelle Beeinträchtigung**
  - Lernschwäche/ kein dauerhafter Erfolg
  - Konzentrations- und Merkschwäche
  - Geringes zielgerichtetes Handeln
  - Infantilität

- **Soziale und emotionale Störung**
  - Hyperaktivität
  - Ungehemmtheit, Impulsivität, Stimmungsschwankungen

- **Störungen in Wahrnehmung, Sprache, Motorik**
  - Verzögerte Sprachentwicklung
  - Wahrnehmungsstörung (visuell, akustisch, haptisch)
  - Gestörte Feinmotorik

Eine Studie, der NACOA Deutschland – Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e.V. – von 2008 ergab, dass ca. 2.6 Millionen Kinder unter 18 Jahren, mindestens ein Elternteil haben, welcher alkoholabhängig ist. Hinzu kommen 40.000 bis 60.000 Kinder drogenabhängiger Eltern. Des Weiteren ergab die Studie, dass durchschnittlich jedes fünfte bis sechste Kind (17,6%) von einer Suchterkrankung in der Familie betroffen ist.

Es ist wichtig, dass eine Vernetzung von, Einrichtung der öffentlichen Gesundheit, Jugendhilfe, Frühe Hilfen, Klinikum/Arztpraxen und Suchthilfe, einen positiven Hilfeverlauf maßgeblich bestimmt.

Dr. Annekathrin Bergner, Berliner Versorgungsnetzwerk, Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe

WORKSHOP: AUSWIRKUNG PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN AUF DIE BERATUNGSARBEIT

Zu Beginn des Workshops wurde ein Fallbeispiel durch Frau Dr. Bergner vorgestellt, anhand dessen wesentliche Elemente der Beratung und Betreuung psychisch belasteter Klientinnen zusammengetragen wurden. Im Mittelpunkt standen Fragen des Erkennens einer vorliegenden psychischen Störung, der Beratung der psychisch belasteten Schwangeren, der Motivation der Frauen, sich ggf. in eine Behandlung zu begeben und der Weitervermittlung in eine angemessenen Betreuung durch eine Hebamme/ Psychiaterin/ Psychotherapeutin. Am Anfang einer Beratung der belasteten Schwangeren stehen neben der Aufklärung über Veränderungen in der Schwangerschaft und über mögliche seelische Probleme eine Entlastung von Selbstvorwürfen und Scham. Ressourcen im Umfeld der Klientin wie familiäre Unterstützung und finanzielle Entlastung sollten geprüft und aktiviert werden. Häufig ist es Hilfreich, die Partner der Schwangeren und jungen Mütter in die Gespräche einzubeziehen.

Sensitive Betreuung und Beratung (Alders & Urech, 2014)

- **Aufklärung und Normalisierung:**
  „Jede Schwangere erlebt Gefühle der Unsicherheit und Ängste“
- **Bearbeitung von Mythen und dysfunktionalen Erwartungen wie:**
  „Jede Schwangere sollte glücklich sein“
- **Nennen von Zahlen:**
  „50% der Frauen erleben in der Schwangerschaft eine Zunahme von Stress und Symptomen“
- **Entlastung von Schuldgefühlen:**
  „Dass Sie im Moment Stress erleben, heißt nicht, dass Sie Ihrem ungeborenen Kind schaden“
- **Aufklärung über Veränderungen in der Schwangerschaft**
  (typische Regression, ängstigende Stimmungen, affektive Impulse etc.)
- **Paargespräche!**
  Partner von der seelischen Veränderung seiner Frau oft sehr belastet und verunsichert

Soziotherapeutische und präventive Maßnahmen (vgl. Alders & Urech, 2014)

Unterstützung und Entlastung der Schwangeren und jungen Mütter

- Aktivierung materieller und sozialer Ressourcen (finanzielle Unterstützung des Paares, Lernen, Hilfe der Familie, Freunde, Nachbarn anzunehmen)
- Regelmäßige Vorsorge/ Gespräche mit Hebamme/ Stillberatung
- Kurse (Geburtsvorbereitung, Säuglingspflege, Yoga, Entspannung, PEKIP etc.)
- Arbeitsreduktion, Haushaltshilfen, Familienhilfen?

Unspezifische Psychotherapeutische Maßnahmen

- Schlafregulation (besonders postpartal)
- Entspannungsverfahren
- Stressmanagement
- Auseinandersetzung mit Rollenbildern
- Korrektur dysfunktionaler Gedanken
- Förderung der Mutter-Kind-Bindung (auch präpartal)

Problematische Gesprächssituationen – Der Umgang mit aggressiven Patientinnen

- Möglichst professionelle Vermeidung von Verteidigung, Gegenaggression oder Vermeidung von Kontakt zu Pat. (Selbstbeherrschung und Reflexion des Behandlers)
- Stattdessen versuchen, zu verstehen, was Pat. aufbringt:
  Steht das Verhalten im Rahmen einer Psychose oder Persönlichkeitsstörung?
  Ist es ein Ausdruck von Hilflosigkeit oder Überforderung?
  Ist der Ärger vielleicht auch berechtigt (Missverständnisse o.ä.)?
- Ggf. Ansprechen der aggressiven Verhaltensweisen („Ich merke, das sie sehr gereizt sind …"), oder ernstgemeinte Entschuldigung
- Aber auch Grenzen sachlich und freundlich zum Ausdruck bringen

Problematische Gesprächssituationen – Der Umgang mit Borderline-Patientinnen

- Pat. gestalten Beziehungen sehr wechselhaft: anfangs positiv-idealisierend: „Sie sind die Erste, die mich versteht…", später entwertend-ablehnend: „Sie sind wie alle anderen…"

  wichtig: bei Beziehungsaufbau professionelle Distanz wahren bei gleichzeitiger Empathie (sich nicht zu intensiv in die Beziehungen hineinziehen lassen)
- Spaltungen im Team: die einen kümmern sich intensiv, die anderen reagieren ärgerlich auf die Pat.

  wichtig: ein einheitliches Vorgehen und gleichmäßige Aufmerksamkeit von allen Teammitgliedern anstreben (Supervision!)
- Ggf. problematische Verhaltensweisen mit der Pat. ansprechen und versuchen, zu verstehen

Problematische Gesprächssituationen – Der Umgang mit psychotischen Patientinnen

- Bei produktiven Symptomen (Wahn, Halluzinationen, Beeinflussungserleben):
  niemals die Wahninhalte bestätigen (würde der Pat. die spätere Distanzierung davon erschweren),
  sondern Pat. ruhig und kontinuierlich vermitteln, dass das etwas mit ihrer Erkrankung zu tun hat, dabei die Pat. ernst nehmen (nicht: „Sie bilden sich das alles nur ein")
- Bei Angst und Unruhe die Pat. damit beruhigen
- Bei formalen Störungen des Denkens:
  ruhiger und sachlicher Umgang mit Pat., keine komplexen Erklärungen

Problematische Gesprächssituationen – Der Umgang mit traumatisierten Patientinnen

- Traumatisierte Pat. brauchen besonders das Gefühl der Sicherheit und Kontrolle (Angst vor Ausgeliefertsein, Gefühlsüberflutung)- Erarbeiten innerer und äußerer Sicherheit hat Vorrang!
- Techniken der kognitiven Umstrukturierung können zunächst entlasten (weniger auf emotionale Konflikte fokussieren)
- Ressourcenorientierung! Z.B. imaginative Techniken zur Selbstberuhigung, gezielt nach Ressourcen fragen, Arbeit mit Metaphern
- Traumakompensatorisches Schema würdigen, ggf. selbstschädigendes Verhalten mit funktionalerem Verhalten ersetzen
- Traumakonfrontierendes Behandeln nur durch erfahrene Traumatherapeuten

Ulrike Porsch, pro familia,
AWO-Haus an der Sonne, Medizinische Vorsorgeeinrichtung für Schwangere, Bad Saarow

WORKSHOP: ARBEIT MIT PSYCHOSOZIALEN BELASTETEN SCHWANGEREN IM RAHMEN VON KURAUFENTHALTEN

In diesem Workshop wurde von Frau Porsch die medizinische Vorsorgeeinrichtung für Schwangere von der AWO vorgestellt. Die Einrichtung für Schwangere ist in Deutschland einmalig. Frau Porsch arbeitet für pro familia in der AWO Einrichtung als Psychologin.

Das „Haus an der Sonne“ verfügt über zwei Etagen mit jeweils 12 Einzelzimmer und Funktionsräumen. Das Team, welches sich um das Wohlergehen der Frauen kümmert, besteht aus Gynäkologen, Hebammen, Krankenschwestern, Psychologin, Physiotherapeutin, Mitarbeiterinnen der Verwaltung, sowie weitere Kooperationspartner. Die Hebammen und Krankenschwestern sind im Schichtdienst tätig und stehen tagsüber sowie mit einem Nachtbereitschaftsdienst für Notfälle verfügbar.

Neben den regelmäßigen ärztlichen Sprechstunden ist die verantwortliche Gynäkologin bei Bedarf erreichbar. Die medizinische Vorsorgemaßnahme im „Haus an der Sonne“ dauert in der Regel drei Wochen. Körperliche und seelische Probleme sind die Folge von ausgeprägten Belastungssituationen in Beruf, Partnerschaft, Familie und einer belastenden Vorgeschichte der aktuellen Schwangerschaft. Häufig sind körperliche Symptome Ausdruck von besonderer psychischer Belastung in der Schwangerschaft, die eine gezielte Handlung nötig machen. Die medizinische Überwachung und fachärztliche Betreuung spielen dabei eine ebenso große Rolle wie ein auf spezielle Bedürfnisse abgestimmtes therapeutisches Programm.

Während des Aufenthalts haben die Schwangeren die Möglichkeit, ganz in Ruhe eine Beziehung zu ihrem Kind zu entwickeln und zu pflegen. Das therapeutische Angebot ist indikationsgerecht abgestimmt auf die Versorgung und Behandlung von Frauen mit diagnostizierter Risikoschwangerschaft. Das Ziel der Behandlung ist es, die Vermeidung eines Krankenhausaufenthalts sowie die Senkung der Schwangerschaftsrisiken und die Verminderung von Früh- und Fehlgeburten.

Folgende Fragen sind in dem Workshop weiterhin besprochen worden:

AB WELCHER UND BIS ZU WELCHER SCHWANGERSCHAFTSWOCHE BESTEHT DIE MÖGLICHKEIT, EINE VORSORGEMASSNAHME ANZUTRETEN?

Die Vorsorgemaßnahme wird frühestens möglich, wenn die Frau im Besitz eines Mutterpasses ist (frühestens ab 12. Schwangerschaftswoche). Für die Planung des Aufenthaltes sollten die Frauen beachten, dass sie zu Beginn ihres Mutterschutzes (6 Wochen vor dem errechneten Entbindungstermin) wieder zu Hause sind. Schwangere Frauen, die Zwillinge erwarten, bzw. sich auf eine Mehrlingsgeburt vorbereiten, müssen ihren Aufenthalt spätestens bis zur vollendeten 27. Woche in der Einrichtung beendet haben.

IST EINE VERLÄNGERUNG DES AUFENTHALTS MÖGLICH?

Sollten die Frauen den Wunsch nach einer Verlängerung des dreiwöchigen Aufenthalts äußern, beratet das Team der Einrichtung die Schwangere dazu. Für die dreiwöchige Verlängerung ist die Genehmigung der Krankenkasse erforderlich. Wichtig ist jedoch zu wissen, dass eine Verlängerung des Kuraufenthalts nur möglich ist, wenn freie Kapazität vorhanden ist.

WER TRÄGT WELCHE KOSTEN?

Die Kosten für eine medizinische Vorsorgemaßnahme tragen die gesetzlichen Krankenkassen in voller Höhe. Voraussetzung ist jedoch, die Beantragung der Vorsorgemaßnahme. Die Frauen selbst zahlen den gesetzlichen Zuzahlungsbetrag in Höhe von 10,00 € pro Tag- wie z.B. auch bei einem Krankenhausaufenthalt.

Ist es der werdenden Mutter die Zahlung nicht möglich, sollte sie sich an den Berater_in ihrer Krankenkasse wenden und sich über die Möglichkeiten der Zahlungsbefreiung informieren. Sollte die Frau zahlungsbefreit sein, so sollte sie diesen Nachweis bei dem Antrag vorzulegen.

WAS SIND MÖGLICHE INDIKATOREN FÜR EINE MEDIZINISCHE VORSORGEMASSNAHME?

Zum Beispiel Anamnestische Indikatoren- das bedeutet, Risikofaktoren die mit einer vorangegangenen Schwangerschaft zusammenhängen (z.B.: Zustand nach Abort, Betreuung bei fetaler Wachstumsretardierung, Zustand nach Schwangerschaft mit abortiven Ausgang)

Ein weiterer Indikator könnten die Schwangerschaftsbezogenen Indikatoren sein- das bedeutet Störungen, die unmittelbar mit der Schwangerschaft zusammenhängen (z.B.: Eisenmangelanämie, Adaptionsprobleme in der Schwangerschaft, Mehrlingsschwangerschaft, besonders geringes bzw. hohes Alter der Schwangeren [unter 16 Jahren bzw. über 35 Jahren])

Des Weiteren können psychosomatische Indikatoren Gründe für eine medizinische Vorsorgemaßnahme sein- das bedeutet Überforderungssyndrom bei Gravidität mit wechselnden Beschwerden (z.B.: Psychische und körperliche Überforderungen mit deutlichen Belastungsreaktionen wie Angst, depressive Verstimmung, Überaktivität, Rückzug etc.) . Außerdem können auch sonstige Indikatoren für eine medizinische Vorsorgemaßnahme Gründe sein- diese können Begleit- o. Grunderkrankungen, die die Schwangerschaft komplizieren, jedoch vom Haus- bzw. Facharzt behandelt wurden sind (z.B. Ernährungs- und Stoffwechselstörungen, Migräne, Kreuz- und Rückenschmerzen etc.)

WIE WIRD BEI IHNEN INTERVENIERT, WENN EINE FRAU MIT DEPRESSIONEN ZU IHNEN IN DIE EINRICHTUNG KOMMT?

Wir versuchen ihr einen strukturierten Tagesablauf zu bieten und sie gleichzeitig in Gruppen einzubetten. Es ist wichtig, dass man einer Frau mit Depressionen das Gefühl gibt, umsorgt und aufgehoben zu sein. Des Weiteren versuchen wir mit den Frauen sogenannte „Skills“ zu entwickeln, zum Beispiel bei Grübeleinwelche Ablenkung sind hilfreich (z.B. stricken/häkeln, malen, Sudoku, telefonieren)

Wir erarbeiten mit den Frauen zusammen auch eine Struktur die sie mit nach Hause nehmen können, wenn sie den Kuraufenthalt beendet haben (z.B. Kurse, Verabredungen mit Freundeskreis, Spaziergänge etc.)

Ute Flemig,
wigwam connect Berlin

WORKSHOP: UMGANG MIT SUCHTMITTEL GEBRAUCHENDEN WERDENDEN ELTERN IN DER BERATUNG

Fallschilderung

Im Setting einer Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle erscheint eine Frau unangemeldet. Sie berichtet davon, dass am vorigen Tag im Rahmen einer urologischen Untersuchung bei ihr eine bereits seit 22 Wochen bestehende Schwangerschaft festgestellt wurde. Sie schildert zudem eine bestehende Amphetamin-Sucht, zu der sie sich bereits ein Betreuung durch eine Drogenambulanz befände und gibt außerdem an, dass die Schwangerschaft durch eine Vergewaltigung zustande gekommen sei. Sie äußert gegenüber der Beraterin klar den Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch, der aber aufgrund der fortgeschrittenen Schwangerschaftswoche nicht mehr zu realisieren ist. Als Reaktion empfiehlt die Beraterin zunächst eine pränataldiagnostische Untersuchung, um das Risiko einer frühkindlichen Schädigung auszuschließen. Hierbei äußert die Klientin jedoch ein hohes Misstrauen gegenüber den regional ansässigen Ärzt_innen. Als Reaktion organisiert die Beraterin einen Termin im Familienplanungszentrum Balance in Berlin und vergibt einen neuen Termin, der im Anschluss an die Beratung im Familienplanungszentrum stattfinden soll.

Die Frage der Beraterin besteht darin, wie der weitere Beratungsverlauf geplant werden soll bzw. wie die Hilfedistanz der Klientin abgebaut werden kann.

Fallbearbeitung

Seitens der Referentin wird festgehalten, dass Widerstand und Abwehr klassische Reaktionen bei suchtmittelkonsumierenden Klient_innen sind. Folgende Empfehlungen werden darüber hinaus seitens der Gruppe als potenzielle weitere Vorgehensmöglichkeiten formuliert:

- Es soll im Gespräch Vertrauen gegenüber der Klientin aufgebaut werden, in dem beispielsweise ihre Ängste und deren potenzielle Ursprünge thematisiert werden. Dabei sollen verschiedene Fragetechniken zur Anwendung kommen.
- Es könnte Kontakt zu einer Hebamme aufgenommen werden.
- Es wird zudem darauf hingewiesen, dass auch die Möglichkeit eines Spätabbruches aufgrund der seelischen Verfassung der Klientin besteht. Dies ist jedoch ein Prozess, der mit einer hohen Traumatisierungsgefahr für die Klientin einhergeht und entsprechend intensiv durch eine Beratungsstelle begleitet werden muss, darüber hinaus sind hierzu ein entsprechendes medizinische seitens eines Psychiaters/einer Psychiaterin notwendig, was wiederum entsprechende Schritte von der Klientin verlangt. Es könnte in diesem Zusammenhang auch die Frage gestellt werden, ob die Frau clean ist und ob sie entsprechend überhaupt eine derartige Entscheidung treffen kann.

WIE KANN MAN EINE MÖGLICHE SUCHTERKRANKUNG IN DER BERATUNG ERKENNEN?

Eine Suchterkrankung kann u.a. bei folgenden Symptomen vermutet werden: Alkoholgeruch, Nikotingeruch, Nervosität/Unruhe, selbstüberschätzende Äußerungen, massiv verengte oder massiv vergrößerte Pupillen, glasige Augen, verlangsamtes Sprechen/schwere Lider (v.a. bei Gebrauch von Benzodiazepinen), Schweißausbrüche (z.B. bei Konsum von Opiaten), sichtbares selbstschädigendes Verhalten (z.B. Ritzen), Hautveränderungen/faule Zähne (z.B. bei Konsum von Chrystal Meth). In der Anamnese kann familiäre Suchtmittelabhängigkeit erfragt werden (allerdings gehört eine derartige Anamnese nicht zum Standard aller Beratungsformen, sondern wird primär im Arbeitsbereichen wie etwa dem Sozialpsychiatrischen Dienst eingesetzt)

WIE KANN MAN IM RAHMEN EINER BERATUNG DIE EIGENE VERMUTUNG EINER SUCHTERKRANKUNG ANSPRECHEN? WIE KANN DIESE ANSPRACHE METHODISCH GESTALTET WERDEN? SOLLEN RATSUCHENDE AUFGRUND DES IN DER REGEL KURZEN BERATUNGSVERLAUFS DIREKT MIT DEM VERDACHT KONFRONTIERT WERDEN?

Es ist kontraindiziert einen vermuteten Suchtmittelgebrauch direkt in der Erstberatung konfrontativ zu thematisieren, da hierbei die große Gefahr besteht, Widerstand zu erzeugen bzw. Klient_innen von der Inanspruchnahme weiterer Beratungen abzuschrecken. Der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses ist eine wesentliche Voraussetzung, um einen potenziellen Suchtmittelkonsum anzusprechen. Letzteres sollte immer in indirekter Form geschehen, in dem die Klientin mit der Wirkung konfrontiert wird, die ihr Verhalten bei der Beraterin/dem Berater ausgelöst hat. Dabei ist es von besonderer Bedeutung, dass die Beraterin/der Berater immer auch die eigene Haltung zu diesem Thema reflektiert und die Klient_innen in diesem Zusammenhang nicht allein auf den Suchtmittelkonsum reduziert. Grundsätzlich ist der Umgang auch abhängig von der Art des Settings, so kann z.B. im Rahmen einer Betreuung durch Familienhelfer_innen dem Thema direkter begegnet werden also im Setting einer Schwangerenberatungsstelle. Es gibt kein allgemeingültiges Verfahren zum Umgang mit suchtmittelgebrauchenden Klient_innen, wichtig ist aber, ein vielfältiges beraterisches Methodenrepertoire zur Verfügung zu haben

WIR ERKENNT MAN CANNABIS-KONSUM? WIE WIRKT SICH CANNABIS-KONSUM AUF SCHWANGERSCHAFT UND STILLZEIT AUS?

Cannabis ist in seltenen Fällen auch am Geruch zu erkennen, aber in der Regel äußerst schwer anhand äußerer Anzeichen wahrzunehmen. Cannabis wird heute mehr und mehr zur Lifestyle-Droge bzw. gesellschaftlich gebilligt. Während der Konsum eines „Joints am Abend zum Runterkommen“ akzeptiert werden kann, kann ein hoher Konsum problematische Konsequenzen, wie etwa den Verlust einer geregelten Tagesstruktur, zur Folge haben. Cannabis-Konsum geht darüber hinaus nicht selten mit psychischen Erkrankungen, Reifungsdefiziten oder auch Nikotinkonsum einher. Es schafft dabei keine körperliche, sondern eine psychische Abhängigkeit, die aber wiederum körperliche Auswirkungen mit sich bringen kann, die sich auch auf Neugeborene übertragen können, z.B. in Form von Unruhe und Nervosität.

WIE WIRKT SICH NIKOTIN-KONSUM AUF DIE SCHWANGERSCHAFT AUS? WIE VIELE ZIGARETTEN DÜRFEN IN DER SCHWANGERSCHAFT KONSUMIERT WERDEN?

Grundsätzlich sollte nicht nach außen kommuniziert werden, dass es bei Rauchen eine Toleranzgrenze für eine bestimmte Zahl von Zigaretten pro Tag gibt. Rauchen ist beispielsweise wesentlich schädlicher für das Ungeborene als der Konsum von Cannabis. Es gibt eine Vielzahl von Rauchentwöhnungsprogrammen speziell für Schwangere, die zum Teil kostenlos oder gegen eine geringe Gebühr angeboten werden, hier sollte hin verwiesen werden.

MATERIALIEN

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:
www.bzga.de
(Alkohol, Nikotin in der Schwangerschaft, Teenagerschwangerschaften)

PostpartaleDepression:
www.schatten-und-licht.de

Gewalt und Schwangerschaft:
www.schwanger-und-gewalt.de

Pharmakovigilanz-und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie:
www.embryotox.de

Berliner Versorgungnetz psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe:
www.frauenpsychosomatik.de

Fetale Alkoholspektrumstörungen:
www.fasd-deutschland.de/

FASD Zentrum Berlin
www.fas-spohr.de/

FAS
www.fetales-alkoholsyndrom.de/

Mein Kind will kein Alkohol
www.mein-kind-will-keinen-alkohol.de/

LAND BRANDENBURG
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

Gefördert durch das Ministerium
für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

AWO Landesverband Brandenburg e.V.

Arbeiterwohlfahrt
Landesverband Brandenburg e.V.
Kurfürstenstraße 31
14467 Potsdam

www.awo-brandenburg.de

pro familia Brandenburg

pro familia
Landesverband Brandenburg e.V.
Charlottenstraße 30
14467 Potsdam

www.profamilia.de

Deutsches Rotes Kreuz

Deutsches Rotes Kreuz
Landesverband Brandenburg e.V.
Alleestraße 5
14469 Potsdam

www.drk-brandenburg.de