

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie

Campus Mitte

Bonhoefferweg 3 | 10117 Berlin

Psychische Gesundheit nach der Geburt und mögliche Einflüsse auf das Stillen

Sabine Aust | 27. November 2025
EISL-Fachtagung Online



Offenlegung von Interessenkonflikten:

Ich werde nicht von Organisationen finanziell oder anderweitig unterstützt, die gegen den Internationalen Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten („WHO-Code“) und die anschließenden Beschlüsse verstoßen. Es bestehen keinerlei Verbindungen von mir, Sabine Aust, zu derartigen Organisationen oder Programmen, bei denen ich eine Verbindung zu derartigen Organisationen festgestellt habe.

Angestellte Tätigkeit: Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Spezialambulanz für Postpartale Psychische Gesundheit

Selbständige Tätigkeit: Praxis für Verhaltenstherapie Aust & Leidig, 10117 Berlin

1. Entstehung und Folgen psychischer Störungen in der Postpartalzeit

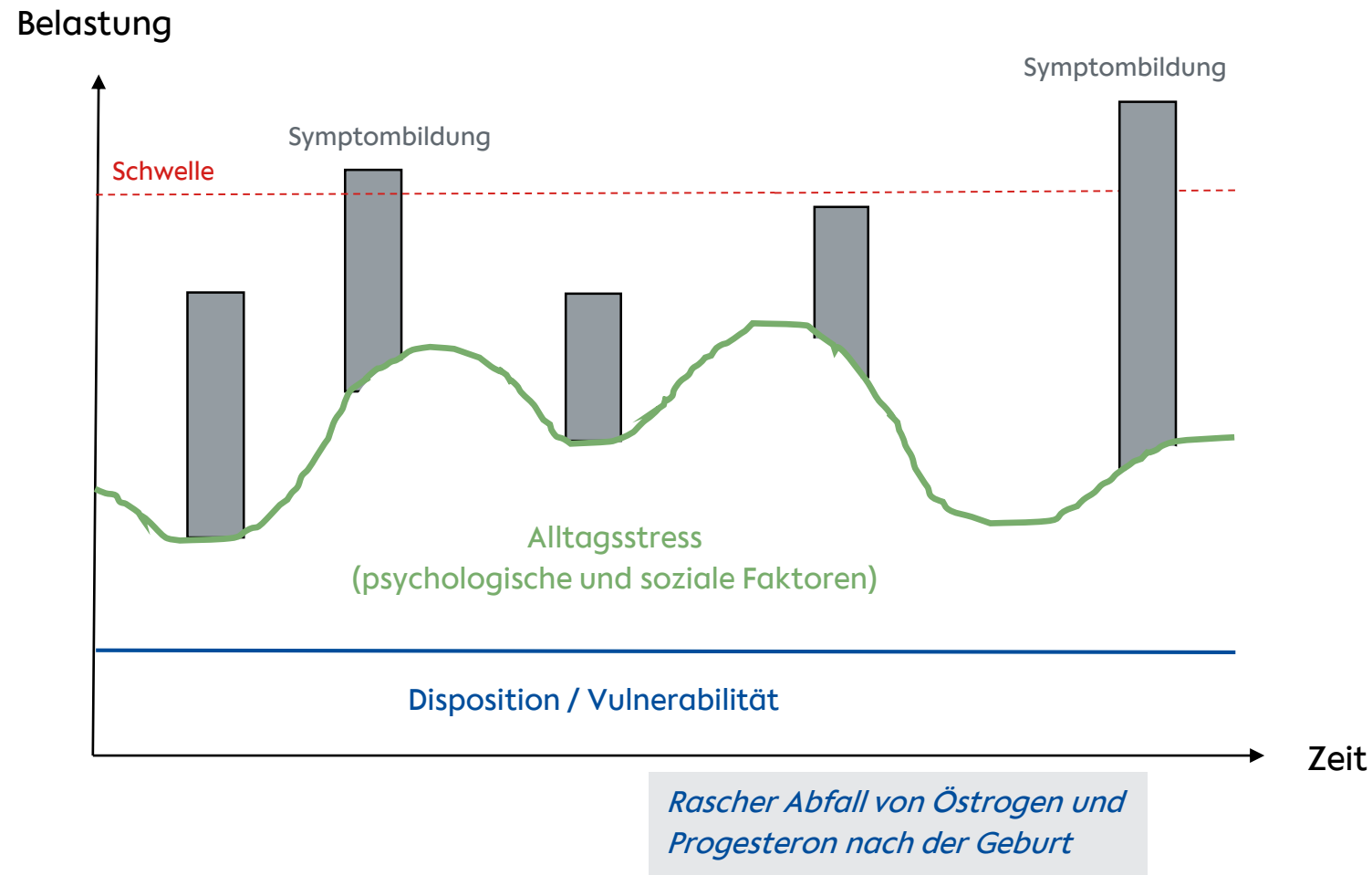
„Die schönste Zeit unseres Lebens“

→ hohe gesellschaftliche und individuelle Erwartungen

Schlafentzug, körperliche Heilung,
neue Bedürfnisse, Verantwortung,
Rollentransition

- Eltern werden ist ein „**life event**“, also ein lebensveränderndes Ereignis, das eine massive Anpassungsleistung erfordert
→ erhöhtes Risiko für psychische Belastungen / Störungen, v.a. im ersten Jahr nach Geburt
- Grundsätzlich können Eltern während der Postpartalzeit **das gesamte Spektrum psychischer Störungen** erstmalig entwickeln
- Ebenso: Postpartales Wiederauftreten psychischer Symptome oder Störungen
- oder postpartale Verstärkung von vorbestehenden Symptomen oder Störungen

1. Entstehung und Folgen psychischer Störungen in der Postpartalzeit



1. Entstehung und Folgen psychischer Störungen in der Postpartalzeit

The Holmes-Rahe Life Stress Inventory The Social Readjustment Rating Scale

Life Event

1. Death of spouse	100
2. Divorce	73
3. Marital Separation from mate	65
4. Detention in jail or other institution	63
5. Death of a close family member	63
6. Major personal injury or illness	53
7. Marriage	50
8. Being fired at work	47
9. Marital reconciliation with mate	45
10. Retirement from work	45
11. Major change in the health or behavior of a family member	44
12. Pregnancy	40
13. Sexual Difficulties	39
14. Gaining a new family member (i.e. birth, adoption, older adult moving in, etc.)	39

Cutoff-Werte:

- 150 Punkte (50%iges Risiko)
- 300 Punkte (80%iges Risiko)

1960er Jahre, Versuch das Stresspotential unterschiedlicher („positiver“ und „negativer“) Lebensereignisse zu objektivieren

15. Major business adjustment	39
16. Major change in financial state (i.e. a lot worse or better than usual)	38
17. Death of a close friend	37
18. Changing to a different line of work	36
19. Major change in number of arguments with spouse (i.e. a lot more or less)	35
20. Taking on a mortgage (for home, business, etc.)	31
21. Foreclosure on a mortgage or loan	30
22. Major change in responsibilities at work (i.e. promotion, demotion, etc.)	29
23. Son or daughter leaving home (marriage, college, military, etc.)	29
24. In-law troubles	29
25. Outstanding personal achievement	28
26. Spouse beginning or ceasing work outside the home	26
27. Beginning or ceasing formal schooling	26
28. Major change in living condition (i.e. new home, remodeling, deterioration, etc.)	25
29. Revision of personal habits (i.e. dress, associations, quit smoking, etc.)	24
30. Troubles with the boss	23
31. Major changes in working hours or conditions	20
32. Changes in residence	20
33. Changing to a new school	20
34. Major change in usual type and/or amount of recreation	19
35. Major change in church activity (i.e. a lot more or less)	19
36. Major change in social activities (i.e. clubs, movies, visiting, etc.)	18
37. Taking on a loan (i.e. car, tv, freezer, etc.)	17
38. Major change in sleeping habits (i.e. a lot more or less)	16
39. Major change in number of family get-togethers (i.e. a lot more or less)	15
40. Major change in eating habits (i.e. a lot more or less, eating hours, surroundings, etc.)	15
41. Vacation	13
42. Major holidays	12
43. Minor violations of the law (i.e. traffic tickets, jaywalking, etc.)	11

1. Entstehung und Folgen psychischer Störungen in der Postpartalzeit

- Prävalenz für postpartale psychische Störungen allgemein: **10 bis 15%** (Quelle: WHO)
- Besonderheit des postpartalen Settings: Die psychische Störung betrifft nicht nur das Elternteil selbst, sondern auch die Beziehung zwischen Elternteil und Kind

→ **Bindung und Beziehung** sind notwendig, um die körperlichen und psychischen Bedürfnisse des Kindes zu erfüllen:



Bezugsperson:

- feinfühliges Verhalten
- Signale richtig deuten
- rasch, angemessen reagieren

→ **Sicherheit** der Bindung

→ **Selbstwirksamkeit** des Kindes

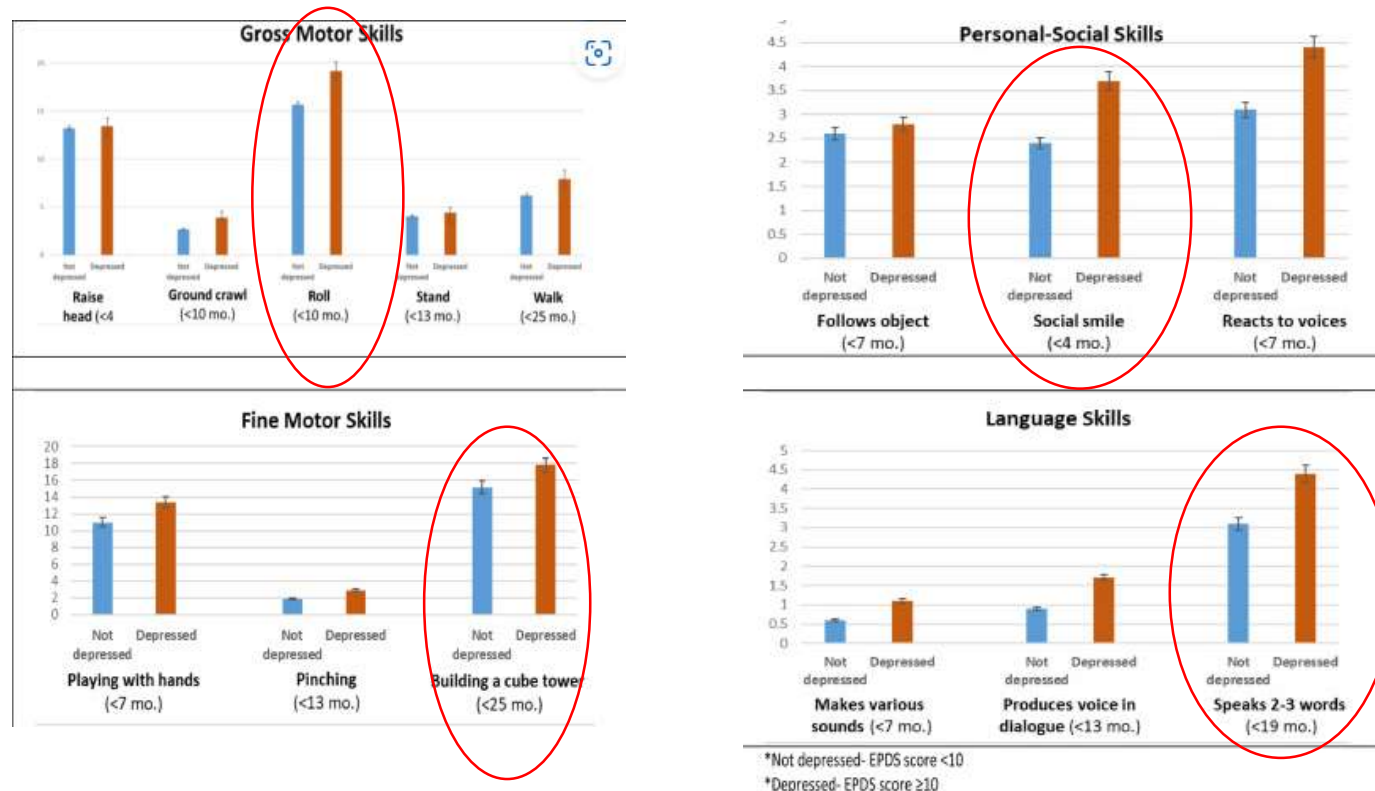


Psychische Störung
der Bezugsperson

Abbildung: mod. nach Mock-Eibeck, 2020

1. Entstehung und Folgen psychischer Störungen in der Postpartalzeit

Wenn kindliche Bedürfnisse **über einen längeren Zeitraum** nicht erfüllt werden können, kann das **ungünstige Auswirkungen** auf die soziale, emotionale, motorische und kognitive Entwicklung des Kindes haben
(Ahun & Côté, 2019; Martucci et al., 2021).



Quelle: Lubotzky-Gete et al., 2021
J Affective Disord

1. Entstehung und Folgen psychischer Störungen in der Postpartalzeit

Erhöhte Sterblichkeit von Kindern, die mit psychisch erkrankten Eltern aufwachsen, ist bis ins mittlere Erwachsenenalter (51 Jahre) messbar:

- Schwedische Kohortenstudie (2025), Jahrgänge 1973 bis 1984, **N= über 3.500.000 Proband:innen**
- Untersuchte Variablen:
 - psychische Erkrankung von Mutter/Vater/beiden Elternteilen
 - Alter der Kinder, zu dem sie das erste Mal einer psychischen Erkrankung der Eltern(teile) ausgesetzt waren
 - Todeszeitpunkt und -ursache der betroffenen Kinder in den Folgejahrzehnten
- **Ergebnisse:**
 - **erhöhte Sterblichkeit (unabhängig von Todesursache)** unter den betroffenen Kindern
 - **erhöhtes Risiko eines unnatürlichen Todes zu sterben** unter den betroffenen Kindern
 - höchstes Risiko bei zwei betroffenen Elternteilen
 - kein Effekt: ob Mutter oder Vater psychisch erkrankt, **Alter des Kindes zum Expositionszeitpunkt**
- **Könnte also genauso für Kinder gelten, deren Mutter/Vater/Eltern postpartal erkranken**

Quelle: Wang & László (2025), Parental Mental Disorders and Offspring Mortality up to Middle Age, JAMA Psychiatry 82(11), 1085-1094.

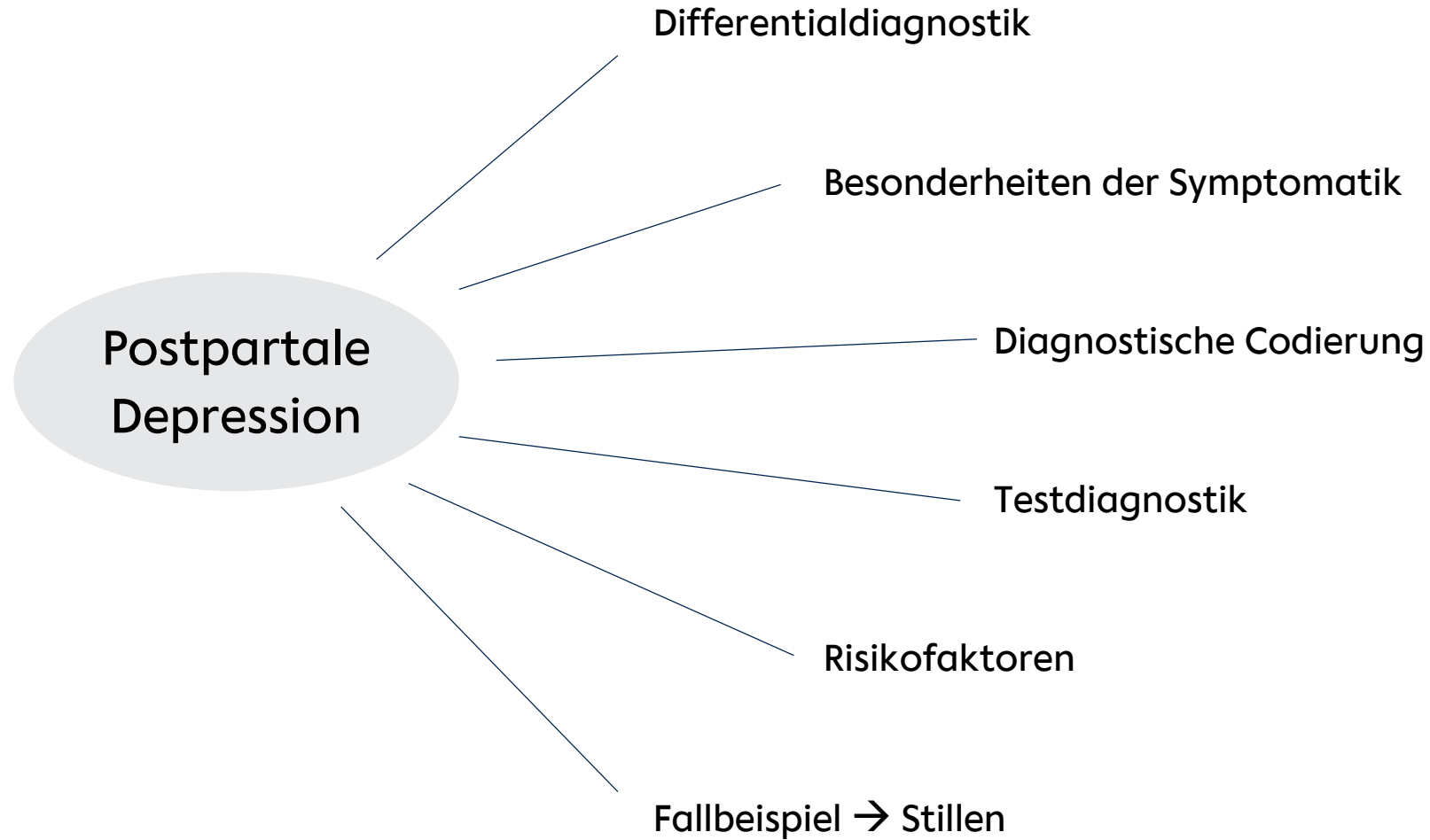
1. Entstehung und Folgen psychischer Störungen in der Postpartalzeit

- elterliche Belastung möglichst früh erkennen (**Dosis-Wirkungs-Zusammenhang!**)
- Störungen zeitnah behandeln
- Beziehung zwischen Elternteil und Kind in die Behandlung einbeziehen (auch die Stillbeziehung!)

Wichtig:

- Beziehungsstörungen und Entwicklungsbeeinträchtigungen sind **kein Automatismus**
- Klinische Erfahrung: Gerade bei leichter/mittelgradiger Ausprägung der elterlichen Störung kann häufig eine liebevolle, feinfühligte Versorgung auch durch das erkrankte Elternteil aufrechterhalten werden.
- **Protektiver Einfluss** weiterer Bezugspersonen in oder außerhalb der Primärfamilie, die die Bedürfnisse des Kindes erfüllen

2. Vertiefter Einblick: Die Postpartale Depression



2. Vertiefter Einblick: Die Postpartale Depression

Abgrenzung vom „Baby Blues“

„Baby Blues“	Postpartale depressive Episode
Vorübergehender Zustand (erste 10 Tage), betrifft bis zu 75% aller Erstlingsmütter	Betrifft 10-15% aller Mütter (und 8% der Väter), vermutlich hohe Dunkelziffer
Typische Symptome: <ul style="list-style-type: none">- Erhöhte emotionale Reagibilität, Weinen- Müdigkeit und Erschöpfung- Reizbarkeit	Symptome wie „reguläre“ depressive Episode: <ul style="list-style-type: none">- Gedrückte Stimmung- Antriebslosigkeit- Anhedonie + inhaltlicher Bezug zur neuen Elternrolle
Stärkste Ausprägung etwa 4-5 Tage nach der Geburt, remittiert nach etwa 10-14 Tagen spontan	Beginn etwa 4-6 Wochen nach der Geburt oder bereits während der Schwangerschaft, Dauer: mind. 14 Tage
Keine Behandlung erforderlich	Psychotherapie und ggf. Psychopharmakotherapie erforderlich
Hilfreich (und i.d.R. ausreichend): Psychoedukation, praktische Unterstützung und Entlastung schaffen	Setting (ambulant / teilstationär / stationär) je nach Schwere der Erkrankung

2. Vertiefter Einblick: Die Postpartale Depression

Auf das Kind bezogene Symptome

Auf das Kind bezogene Symptome

- Ambivalente Gefühle gegenüber dem Kind,
- negative Gefühle gegenüber dem Kind,
- Gefühl, mit dem Kind nichts anfangen zu können,
- Versagens-/Insuffizienzgefühle in Bezug auf die Mutterschaft,
- Zwangsgedanken (z.B. aggressiver Art oder Angst, das Baby nicht angemessen versorgen zu können),
- Stillprobleme,
- häufiges Erwachen vor dem Kind,



Mögliche Auswirkungen auf Fürsorgeverhalten:

- Passives Interaktionsverhalten
- Schlechtere Wahrnehmung der kindlichen Bedürfnisse, langsamere Reaktion auf Bedürfnisäußerungen des Kindes
- Weniger Ansprache, reduzierter mimischer Ausdruck, seltener Blickkontakt zum Kind
- Weniger Empathie dem Kind gegenüber

2. Vertiefter Einblick: Die Postpartale Depression

Diagnostische Codierung

ICD-10	ICD-11
<p>F53 Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert</p> <ul style="list-style-type: none">• F53.1 leicht (inkl. postpartale Depression)• F53.2 schwer (inkl. postpartale Psychose)	<p>6E2Z Psychische Störungen oder Verhaltensstörungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett, nicht näher bezeichnet</p> <ul style="list-style-type: none">• 6E20 ohne psychotische Symptome• 6E21 mit psychotischen Symptomen
<ul style="list-style-type: none">• Beginn innerhalb von sechs Wochen nach der Geburt• falls nicht die Kriterien für anderenorts im Kapitel V (F) klassifizierte Störungen erfüllt werden	<ul style="list-style-type: none">• Beginn innerhalb von etwa sechs Wochen nach der Entbindung• erhebliche psychische und verhaltensbezogene Merkmale, am häufigsten depressive Symptome <p>Depression sollte als Diagnose zusätzlich kodiert werden!</p>

2. Vertiefter Einblick: Die Postpartale Depression

Spezifische Diagnostik: Die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

- online kostenlos verfügbar (inkl. Auswertung)
- 10 Items, hohe Veränderungssensitivität
- Cutoff 10 Punkte → V.a. depressive Verstimmung
Cutoff 13 Punkte → hohe Wahrscheinlichkeit einer PPD, Einleitung einer weiterführenden Diagnostik mittels SKID
- **Vorteil: verzichtet auf die Erfassung von Appetit- und Gewichtsveränderungen**
- Erfasste Bereiche:
Anhedonie, Selbstbeschuldigung,
innere Unruhe, Ängste, Gefühle von Überforderung,
Schlafstörungen *aufgrund von* Traurigkeit oder Ängsten,
Traurigkeit, Affektlabilität
Selbstgefährdung

Deutschsprachige Version der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)³ 1/2

Name: _____ Adresse: _____

Alter des jüngsten Kindes: _____

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

Beispiel: Ich habe mich glücklich gefühlt.
☐ Ja, die ganze Zeit.
☐ Ja, die meiste Zeit.
☐ Nein, nicht so oft.
☐ Nein, überhaupt nicht.

In den letzten 7 Tagen ...
oder
In den Tagen seit der Geburt ...

1. ... konnte ich lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen. <input type="checkbox"/> So, wie ich es immer konnte. <input type="checkbox"/> Nicht ganz so wie sonst immer. <input type="checkbox"/> Deutlich weniger als früher. <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht.	4. ... war ich ängstlich und besorgt aus nichtigen Gründen. <input type="checkbox"/> Nein, überhaupt nicht. <input type="checkbox"/> Selten. <input type="checkbox"/> Ja, manchmal. <input type="checkbox"/> Ja, häufig.
2. ... konnte ich mich so richtig auf etwas freuen. <input type="checkbox"/> So wie immer. <input type="checkbox"/> Etwas weniger als sonst. <input type="checkbox"/> Deutlich weniger als früher. <input type="checkbox"/> Kaum.	5. ... erschrak ich leicht bzw. reagierte panisch aus unerfindlichen Gründen. <input type="checkbox"/> Ja, oft. <input type="checkbox"/> Ja, manchmal. <input type="checkbox"/> Nein, nicht oft. <input type="checkbox"/> Nein, überhaupt nicht.
3. ... fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas schief lief. <input type="checkbox"/> Ja, meistens. <input type="checkbox"/> Ja, manchmal. <input type="checkbox"/> Nein, nicht so oft. <input type="checkbox"/> Nein, niemals.	6. ... überforderten mich verschiedene Umstände. <input type="checkbox"/> Ja, die meiste Zeit war ich nicht in der Lage, damit fertig zu werden. <input type="checkbox"/> Ja, manchmal konnte ich damit nicht fertig werden. <input type="checkbox"/> Nein, die meiste Zeit konnte ich gut damit fertig werden. <input type="checkbox"/> Nein, ich wurde so gut wie immer damit fertig.

2. Vertiefter Einblick: Die Postpartale Depression

Risikofaktoren

- Auftreten einer depressiven Episode bereits peripartal
- Frühere depressive Episoden in der Anamnese, v.a. PPD in vorangehender Schwangerschaft (Risiko 50-60%)
- Prämenstruelles Syndrom vor der Schwangerschaft
- Häusliche Gewalt; Konflikte in der Paarbeziehung
- Geringe soziale und emotionale Unterstützung
- Ungewünschte Schwangerschaft
- Belastende Lebensereignisse während der Schwangerschaft oder in den vergangenen 12 Monaten
- Geburtsgeschehen mit Komplikationen (z. B. Frühgeburt, ITS-Versorgung des Neugeborenen, frühe Trennung von Mutter und Kind aufgrund medizinischer Notfälle o.ä.)
- „High need baby“
- Stillprobleme

2. Vertiefter Einblick: Die Postpartale Depression

Fallbeispiel mit Bezug zum Stillen

3. Stillen und postpartale psychische Gesundheit



- Positive Effekte des Stillens auf **körperliche Gesundheit** der Stillenden sind mittlerweile gut belegt:

kurzfristig: schnellere Rückbildung, Stressreduktion, Anovulation (Schutz vor rascher Schwangerschaftsfolge)
sowie Unterstützung der Gewichtsreduktion

langfristig: Reduktion des Risikos für Brustkrebs, Ovarial- und Endometriumkarzinome, für das metabolische Syndrom sowie das Auftreten von Typ-II-Diabetes und koronarer Herzerkrankungen

→ **Dosis-Wirkungs-Zusammenhang**: Stildauer ↑ Risiko ↓ (*Abou-Dakn, 2018*)

- Effekte des Stillens auf **psychische Gesundheit** wurden erst kürzlich genauer untersucht
- Grundsätzlich scheint exklusives Stillen mit einem **geringeren PPD-Risiko** verbunden zu sein (*Shimao et al., 2021; Henshaw, 2023*)
- ABER: vorhandene Daten sind hinsichtlich der gemessenen Zusammenhänge z. T. nicht leicht zu interpretieren
 - psychisch belastete / erkrankte Mütter stillen insgesamt seltener und kürzer
 - Assoziationen zwischen Stillen und psychischer Gesundheit häufig nicht kausal interpretierbar

3. Stillen und postpartale psychische Gesundheit



- Wenn eine *peripartale* Depression vorliegt, ist die Stildauer statistisch gesehen kürzer (auch ungünstige Einflüsse auf die Haltung oder Absicht zum Stillen werden berichtet).
- Mütter mit Depression (3 Monate postpartal) stillen 6 Monate postpartal signifikant seltener als Mütter ohne depressive Symptome (*Woolhouse et al, 2016*)
- Eine kürzere Stildauer ist in nahezu allen Studien mit PPD assoziiert, besonders wenn bereits peripartale depressive Symptome vorlagen (*Dias & Figueiredo, 2015*)
- Das Vorliegen einer PPD begünstigt (Zu)Füttern mit Milchpulver innerhalb des ersten Jahres (*Sha et al., 2019; Carvalho et al., 2024*)
- Frauen mit einer **negativen Einstellung zum Stillen** innerhalb der ersten 7 Tage postpartal haben ein höheres Risiko für eine Depression 8 Wochen postpartal (*Watkins et al., 2011*)

3. Stillen und postpartale psychische Gesundheit

WICHTIG: für psychische Gesundheit scheint **die subjektive Erwartung der Stillenden** eine zentrale Rolle zu spielen (Borra et al., 2015):

- Britische Längsschnittstudie, **N>14.000 Mutter-Kind-Dyaden**
- Ob Stillen die Entwicklung einer PPD begünstigt, hängt davon ab, ob die Mütter den Plan oder Wunsch hatten, ihr Baby zu stillen und ob "der Wunsch erfüllt werden konnte"

Niedriges PPD-Risiko:

- Stillwunsch
- Stillen klappt

Hohes PPD-Risiko:

- Stillwunsch
- Stillen klappt nicht

Stark erhöhtes PPD-Risiko:

- Stillwunsch
- Stillen klappt nicht
- Depression peripartal

Mögliche Mediatoren auf psychischer Ebene:

Schuldgefühle, negative Selbstbewertung (siehe "Flasche als Ausweis meines Scheiterns"), Abwertung des eigenen Körpers, weniger Selbstmitgefühl, weniger Selbstbewusstsein in der Identität als nicht-stillende Mutter (*Rosenbaum et al., 2020*)

3. Stillen und postpartale psychische Gesundheit

Aktueller Review zu “breastfeeding support interventions” von Lenells et al. (2025):

- Untersuchung der Wirkung verschiedener Interventionen auf das PPD-Risiko
- 10 Trials mit insgesamt N=1573 Teilnehmenden (USA, Kanada, China)
- Vergleich von “breastfeeding support interventions” mit “standard postpartum care”
- Ergebnis: **leicht reduziertes Risiko für PPD** 1-3 Monate nach der Intervention
- ABER: Bei Teilnehmenden wurde der Stillwunsch nicht erfasst (vielleicht höhere Wirksamkeit der Interventionen bei Frauen mit ausgeprägtem Stillwunsch)

Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)
	Risk with standard care	Risk with a psychosocial breastfeeding intervention	
Incidence of depression immediately post-intervention	294 per 1000	229 per 1000 (68 to 794)	RR 0.78 (0.23 to 2.70)
Incidence of depression short-term 1 to 3 months post-intervention	325 per 1000	120 per 1000 (46 to 302)	RR 0.37 (0.14 to 0.93)

3. Stillen und postpartale psychische Gesundheit

Aktueller Review zu verhaltensbasierten Interventionen von Pezley et al. (2023):

- Verhaltensbasierte Interventionen führten zu Verbesserung der postpartalen psychischen Gesundheit **und längerer Stilldauer**
- Auch kombinierte Angebote (z. B. Psychoedukation mit integrierter Stillberatung) scheinen sowohl psychische Gesundheit als auch Stillbeziehung und -dauer zu verbessern (*Chrzan et al., 2020*)
- Damit sich rein stillbezogene Interventionen auch positiv auf die *psychische Gesundheit* der Mutter auswirken, sollten sie **psychologische und emotionale Aspekte des Stillens** in den Blick nehmen (*Henshaw, 2023*)
- Weiterhin förderlich:
 - Interventionen im 1:1-Setting
 - direkt mit den ersten Stillversuchen beginnend
 - multiprofessionelle Hilfe (Hebammen, Stillberater:innen, Psychotherapeut:innen, Fachpflegekräfte, etc.)

REVIEW

Open Access



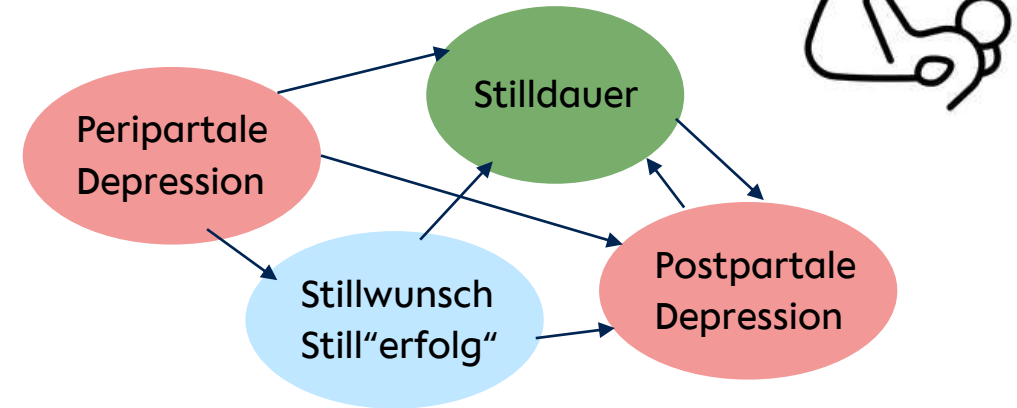
Efficacy of behavioral interventions to improve maternal mental health and breastfeeding outcomes: a systematic review

Lacey Pezley^{1*}, Kate Cares¹, Jennifer Duffecy², Mary Dawn Koenig³, Pauline Maki², Angela Odoms-Young⁴, Margaret H. Clark Withington⁵, Manoela Lima Oliveira¹, Bernardo Loiacono⁵, Jilian Prough¹, Lisa Tussing-Humphreys¹ and Joanna Buscemi⁵

3. Stillen und postpartale psychische Gesundheit

Take-home-messages

- Die komplexe Dynamik zwischen Stillen und postpartaler psychischer Gesundheit sollte von Anfang an in Beratung und Behandlung einbezogen werden
- **Erwartungen an das Stillen** sind ein wichtiger Faktor für postpartale psychische Gesundheit
- Vor allem bei Stillproblemen innerhalb der ersten Stunden/Tage sollte schnell und niedrigschwellig unterstützt werden (frühe positive Stillerfahrung → längere Stildauer, geringeres PPD-Risiko)
- Frauen mit unangenehmen Stillerfahrungen (Schmerzen, o.ä.) sollten **engmaschig hinsichtlich PPD** überwacht werden (gerade bei ausgeprägtem Stillwunsch)
- Je nach Verfügbarkeit sollen auf das Stillen bezogene oder auf psychische Gesundheit bezogene Interventionen (oder beides in Kombination) angeboten werden, um beide Bereiche zu unterstützen



4. Behandlung der Postpartalen Depression

Die Eltern-Kind-Einheit der Charité



Acht Disziplinen:

Psychiatrie und Psychotherapie, Soziale Arbeit,
Fachpflege Pädiatrie, Stillberatung,
Entwicklungspsychologie, Pädagogik, Ergotherapie,
sowie Physio- und Bewegungstherapie



Spielzimmer



Einzelzimmer mit Babybett



Snoezelraum

4. Behandlung der Postpartalen Depression: Psychopharmakologische Ansätze

- Grundhaltung: „so wenig wie möglich, so viel wie nötig“
- Jegliche Medikation prüfen auf Kompatibilität mit dem Stillen → EMBRYOTOX



www.embryotox.de

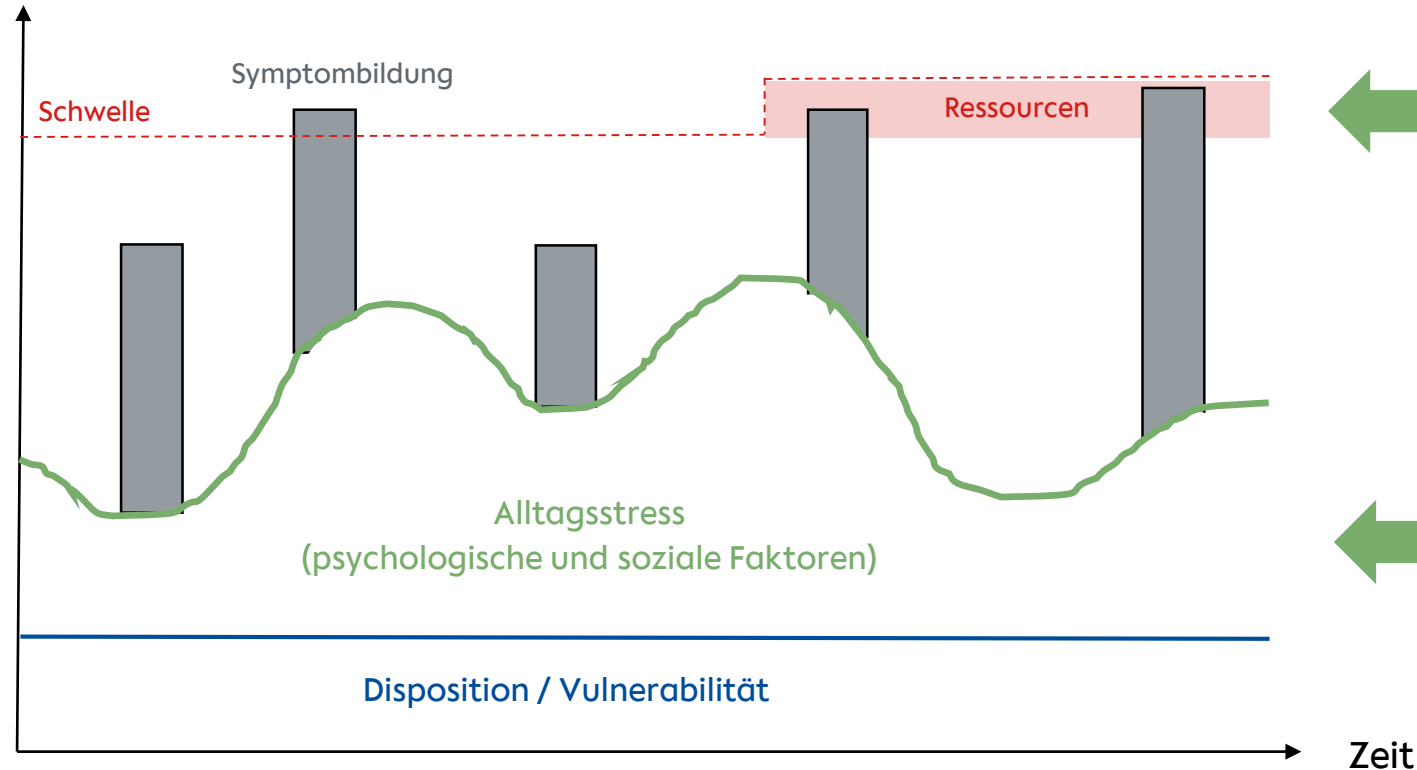


Gefördert durch  Bundesministerium für Gesundheit

- **Sertralin** als SSRI der ersten Wahl zur Behandlung der PPD während der Stillzeit
- Enge Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen (v.a. Gynäkologie, Pädiatrie)

4. Behandlung der Postpartalen Depression: Psychotherapeutische Ansatzpunkte

Belastung



- Selbstfürsorge
 - Aufbau / Pflege sozialer Kontakte
 - Positive Aktivitäten (mit Kind / alleine)
 - Akzeptanz und Integration der neuen Elternrolle in die eigene Identität
-
- Erwartungen ans Stillen
 - Umgang mit Schuldgefühlen
 - um Unterstützung bitten
 - Selbstwertförderung
 - Reflektion eigener biographischer Prägungen und daraus entstandener Grundannahmen
 - Hinterfragen alter, kompensatorischer Lebensregeln

2. Vertiefter Einblick: Die Postpartale Depression

Fallbeispiel mit Bezug zum Stillen - Therapieverlauf

5. Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Elternsprechstunde der Charité

- Findet als Spezialsprechstunde über die PIA statt
- **Umfassende Beratung** bzgl. geeigneter Hilfsmaßnahmen, ggf. Weitervermittlung
- **Indikationsstellung** ggf. für stationäre Aufnahme oder StäB
- **Verlaufskontrollen** (v.a. medikamentöse Einstellung, Monitoring, etc.)
- **Psychotherapeutische Krisenintervention**
- Für alle Eltern im Raum Berlin / Brandenburg



Campus Mitte

PD Dr. Eva Friedel, Dr. Solveig Kemna
Dr. Sabine Aust

Anmeldung über die PiA am CCM
Tel.: 030 / 450 517 095



Campus Benjamin Franklin

Dr. Carina Köppel
carina.koeppel@charite.de

Anmeldung:
eltern-und-kind@charite.de



5. Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Eintägiger Online-Workshop „Coping after Baby“

COPING AFTER BABY
EIN ONLINE-WORKSHOP ZUR FÖRDERUNG PSYCHISCHER GESUNDHEIT NACH DER GEBURT

WURUM GEHT'S?
Haben Sie vor kurzem Nachwuchs bekommen und fühlen sich traurig, antriebslos oder freudlos? Damit sind Sie nicht alleine: denn ca. 10-15% der Mütter und 8% der Väter in Deutschland leiden an Symptomen einer **postpartalen Depression**.
Wir wollen Sie unkompliziert unterstützen, indem wir Ihnen einen **Online-Gruppenworkshop** anbieten. Dieser richtet sich an Mütter, Väter und Eltern mit postpartalen depressiven Symptomen und wird im Rahmen einer **Pilotstudie** begleitet. Der Workshop basiert auf Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie und einem Programm, welches sich bereits in Kanada als **wirksam** erwiesen hat.

TEILNAHME
Wann?
Fortlaufend (s. Website)
Dienstags oder Freitags
Ca. 9:00 - 16:00 Uhr
Voraussetzungen
→ Ihr Kind ist nicht älter als 12 Monate
→ Aktuelle Belastung durch depressive Symptome
→ Bereitschaft zur Teilnahme an einer Datenerhebung und kurzen Auswertung des Workshops
Wo?
Online

KONTAKT
Möchten Sie an unserem Online-Workshop teilnehmen?
Dann füllen Sie das **Anmeldeformular** auf unserer Website aus.

https://psychiatrie-psychotherapie.charite.de/behandlungsangebot/ambulanzen/spezialambulanz_fuer_postpartale_psychische_stoerungen
Kontakt und Fragen:
aust.sabine@charite.de

- Entstanden aus einer Kooperation mit PD Dr. Ryan von Lieshout von der University of Ontario, Kanada
- Für Elternteile mit depressiven Symptomen im ersten Babyjahr
- Basierend auf **kognitiv-verhaltenstherapeutischen** Ansätzen
- Vermittlung erster Bewältigungsstrategien (→ Schuldgefühle, Selbstabwertung, etc.)
- **Online-Format** zum Abbau von möglichen Behandlungsbarrieren: kostenlos, niedrigschwellig, Pandemie- und **ortsunabhängig**, Teilnahme auf Wunsch anonym
- **Projektleitung im deutschsprachigen Raum:** Sabine Aust
- Anmeldeformular auf der Website:
https://psychiatrie-psychotherapie.charite.de/behandlungsangebot/ambulanzen/spezialambulanz_fuer_postpartale_psychische_stoerungen



5. Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Eintägiger Online-Workshop „Coping after Baby“ – Übersicht der Module

1 GRÜNDE FÜR NEGATIVE STIMMUNG NACH DER GEBURT

- Wie (frühe) Erfahrungen Grundannahmen beeinflussen
- Positive Lebensregeln entwickeln

15 MIN PAUSE

2 GEDANKEN VERÄNDERN

- Gedankenstopp
- den Fokus verändern
- Selbststärkende Glaubenssätze
- Entwicklung ausgeglichener Gedanken (kognitive Umstrukturierung)

30 MIN PAUSE

3 KÖRPER UND GEIST ENTSPANNEN

- Sorgen und Ängste
- Entspannungstechniken

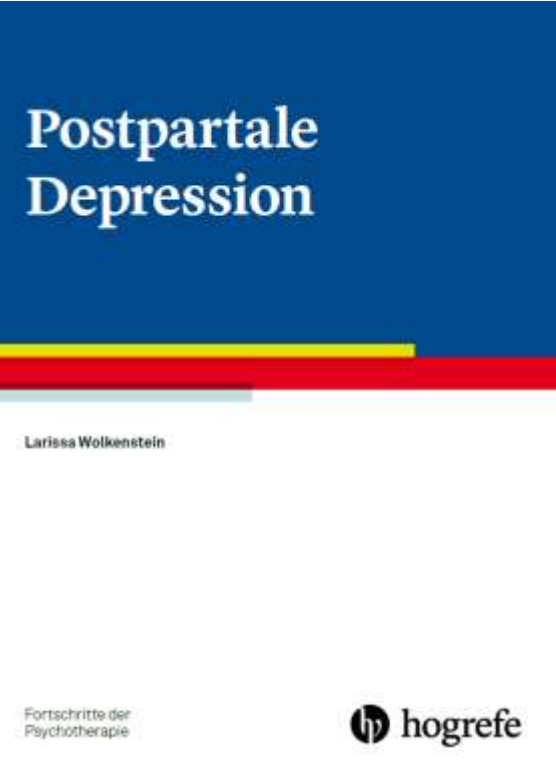
15 MIN PAUSE

4 ERFOLGREICH HANDELN

- Problemlösung
- Verhaltensaktivierung
- Durchsetzungsvermögen
- Unterstützung erhalten

Literaturempfehlungen

Viele praktische Übungen zu Bindung und Interaktion, auch stillbezogen



Emotionale Beziehung zum Kind (Bonding): Leitfaden zur Exploration

- Block III: Elterliche Emotionen in Bezug auf die Elternschaft**
 (15) Fühlen Sie sich sicher in der Versorgung von (*Name des Kindes*) oder denken Sie, dass andere Personen (*Name des Kindes*) besser versorgen als Sie?
 - Hier genau explorieren, ob es bestimmte Situationen gibt, bei denen die Mutter / der Vater sich besonders inkompetent fühlt (z. B. Stillen, das Kind beruhigen oder zum Schlafen bringen).

Von Selbstkritik zu Selbstmitgefühl			
Situation	Selbstkritische Gedanken	Emotion	Selbstmitfühlende Gedanken (1) Freundlichkeit (2) Normalisieren (3) Selbstfürsorge
Ich habe nicht gestillt.	Ich bin eine schlechte Mutter, ich habe meinem Kind nicht die beste Nahrung gegeben. Es wird sich nicht so gut entwickeln wie gestillte Kinder.	Schuld Minderwertigkeit Angst Hilflosigkeit Neid	(1) Ich habe alles versucht und mich sehr bemüht und angestrengt. (2) Auch andere Mütter schaffen es nicht, ihre Kinder zu stillen. Manche versuchen es nicht einmal. (3) Es hat so wehgetan, meine Brüste waren so wund und ich war auch so erschöpft. Ich konnte nicht mehr. Fläschchennahrung war die beste Lösung.



Charité – Universitätsmedizin Berlin

Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie

Campus Mitte

Bonhoefferweg 3 | 10117 Berlin



Vielen Dank.

aust.sabine@charite.de