

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit
Soziale Arbeit (B.A.)
Wintersemester 2022

*Das Potenzial regelmäßiger Yoga-Praxis als therapiebegleitende Maßnahme
in der Behandlung postpartaler Depression*

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 21.10.2022

Vorgelegt von: Richard Koch

████████████████████

██

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Gunter Groen

Zweiter Prüfer: Prof. Georg Schürgers

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	
1 Einleitung	1
2 Allgemeines Störungsbild der Depression	3
2.1 Krankheitsbild	3
2.2 Prävalenz	4
2.3 Symptomatik	5
2.4 Stress als Ursache von Depression	8
2.5 Klassifikation und Diagnostik	9
3 Postpartale Störungen.....	13
3.1 Unterschied der Begrifflichkeiten postpartal/postnatal.....	13
3.2 Postpartaler Dysphorie (Baby-Blues).....	14
4 Postpartale Depression	17
4.1 Prävalenz	18
4.2 Symptomatik	19
4.3 Diagnostik	21
4.4 Ursachen und Risikofaktoren	22
4.4.1 Mutterschaft als kritisches Lebensereignis	23
4.4.2 biologischer Faktor.....	25
4.5 Therapie.....	26
5 Yoga	29
5.1 Ursprung und Bedeutung	29
5.2 Yoga in der heutigen Zeit.....	30
5.2.1 Yoga in der Mind-Body-Medizin.....	33
5.2.2 Wert der Achtsamkeit.....	34

5.2.3 Yoga und Gesundheit	36
5.3 Yoga Forschung zur Wirksamkeit bei Depression.....	37
6. Fazit	42
7. Ausblick	44

Abkürzungsverzeichnis

BDI-II	Becks-Depressions-Inventar (2.Aufl.)
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale Klassifikation der Krankheiten)
ICD-10	10. Ausgabe der Internationalen Klassifikation der Krankheiten
MBM	Mind-Body-Medizin
MBI	Mind-Body-Intervention
m. E.	meines Erachtens
PPD	Postpartale Depression
RKI	Robert Koch-Institut
RCT	randomized controlled trial (randomisierte kontrollierte Studie)
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)

Gender Erklärung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit sowie zugunsten des textlichen Verständnisses wird in dieser Bachelorarbeit auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen – sofern nicht anders kenntlich gemacht – für alle Geschlechter.

1 Einleitung

Die Entscheidung, ein Kind zu bekommen, ist für viele Frauen die Umsetzung eines lang ersehnten Wunsches. Für sie gehört die Gründung einer eigenen Familie zu den essenziell bedeutenden Dingen des Lebens und Mutter zu sein, ist ein wichtiger Schritt bei der Verwirklichung des Selbst. Doch was passiert, wenn man von diesem Ideal abweicht oder diese Idealvorstellung vom Muttersein in der Realität krank macht?

Gerade die Rolle der Mutter wird gesellschaftlich auf vielfältige Weise idealisiert. Mutter und Glück scheinen in enger Verbindung zueinander zustehen. Doch noch lange nicht alle Mütter können so empfinden. Sie leiden an einer postpartalen Depression (PPD). Die Ursachen dafür sind so vielschichtig wie die Behandlungsmöglichkeiten. Schon allein der Weg hin zur Diagnose ist oft ein langer und schwieriger. Häufig empfinden betroffene Mütter eine PPD als Stigmatisierung, obwohl es sich hierbei um eine nach ICD klassifizierte Diagnose handelt. Aktuelle Zahlen belegen, dass 10 bis 15 Prozent der Frauen nach der Entbindung von einer PPD betroffen sind (vgl. Dorsch/Rhode 2016, 355).

Die vorliegende Bachelorarbeit soll einen Beitrag dazu leisten, dieses Krankheitsbild weiter zu enttabuisieren, zu informieren und Heilungsmöglichkeiten zu beleuchten. Sie betrachtet im Kern die Frage, welches Potenzial eine regelmäßige Yoga-Praxis als therapiebegleitende Maßnahme in der Behandlung postpartaler Depression hat. Denn Studien können derweil deutlich belegen, dass eine regelmäßige Yoga-Praxis positive Effekte auf die psychische und physische Gesundheit von Menschen hat. Medizinisch lässt sich erklären, dass Körper und Geist eine wechselseitige Beeinflussung aufeinander ausüben. Dieser Tatsache bewusst unterstützen viele Krankenkassen Yoga mittlerweile als Präventivmaßnahme zum Erhalt der körperlichen und geistigen Gesundheit. Dies kann als Beweis dafür gewertet werden, dass man sich in der Gesundheitsversorgung der positiven gesundheitlichen Wirkung von Yoga bewusst ist.

Es handelt sich hierbei um ein aktuelles Thema, da die Zahl der Betroffenen hoch ist und es nicht zuletzt deshalb als notwendig erscheint, neben einer psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlung nach weiteren Möglichkeiten der Behandlung im Versorgungsnetz zu suchen. Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurde sich für die methodische Vorgehensweise der Literaturarbeit entschieden. Die Wahl der Methodik lässt sich darin begründen, dass es sowohl zum Thema postpartale Depression als auch Yoga bereits vorhandene Literatur existiert. Anhand der Literatur und aktueller Studienlage wurde geprüft,

inwieweit sich Yoga als geeignete therapiebegleitende Maßnahme eignet, um bei der Behandlung von PPD unterstützend zu wirken. Da Yoga als Behandlungsmethode bei PPD bisher kaum Anwendung findet, wurde auf eigene empirische Untersuchungen verzichtet. Das Thema der Arbeit wird dadurch eingegrenzt, dass ausschließlich Mütter als Betroffene einer PPD beleuchtet werden. Zwar können Männer im Zuge des Vaterwerdens ebenfalls an der gleichen Form der depressiven Störung erkranken, jedoch würde eine Einbeziehung der Personengruppe den inhaltlichen Rahmen der Ausarbeitung sprengen.

Im nachfolgenden Kapitel wird zunächst das psychische Krankheitsbild der Depression beleuchtet, um einen Überblick über die Prävalenz, Symptomatik und der Diagnose zu geben. Besondere Berücksichtigung im Unterkapitel Symptomatik kommt hierbei dem Punkt Schlafstörungen und Grübeln zu, da dieser im Kontext der Arbeit eine bedeutsame Rolle spielt. Anschließend wird in Kapitel 3 auf postpartale Störungen allgemein eingegangen und sich besonders mit der postpartalen Dysphorie auseinandergesetzt. Das Kapitel 4 widmet sich dann umfangreich der postpartalen Depression. In dem Kapitel wird das Krankheitsbild definiert und Ursachen einer Erkrankung sowie mögliche Risikofaktoren beleuchtet. Außerdem wird erläutert, welche besondere Rolle Mutterschaft in der Betrachtung als ein kritisches Lebensereignis, bei der Entstehung einer PPD spielt. Kapitel 5 setzt sich mit dem Thema Yoga auseinander. Es beinhaltet einen kurzen Abriss über die Geschichte und Grundelemente des Yoga in der westlichen Welt und zeigt Wirkungen auf, die Yoga als therapieergänzende Maßnahme bei postpartalen Depressionen hat. Abschließend werden die Ergebnisse dieser Arbeit in Kapitel 6 zusammengefasst, die aufgeworfenen Frage beantwortet sowie ein Ausblick gegeben, welche Implikationen sich für die weitere Wissenschaft und Praxis ableiten lassen.

2 Allgemeines Störungsbild der Depression

Als Einstieg in das Thema soll zuallererst allgemein auf die Depression eingegangen werden, um fortlaufend im nächsten Kapitel zum Hauptthema der PPD zu kommen. Da dem Begriff Depression eine breite Wortbedeutung zukommt, ist eine allgemeine Auseinandersetzung mit dem Thema für die Arbeit notwendig. Hinsichtlich der Frage, ob die PPD eine eigenständige Krankheit ist oder einer depressiven Störung gleicht, wie sie zu jedem anderen Zeitpunkt im Leben auftreten kann, herrscht mittlerweile überwiegend Konsens. Nach aktueller wissenschaftlicher Auffassung geht man heute davon aus, dass die PPD keine eigenständige Krankheit darstellt (vgl. Riecher-Rössler 2001, 33). In medizinischer Fachsprache ausgedrückt, ist die PPD eine Erkrankung ohne spezifische Krankheitsentität (vgl. Wimmer-Puchinger/Riecher-Rössler 2006, 11)

Daher ist eine zunächst allgemeine Auseinandersetzung mit dem psychischen Störungsbild der Depression, wie sie in jeder Lebensphase auftreten kann, notwendig. Im Rahmen der Arbeit ist es nicht möglich, auf alle grundlegenden Aspekte der Depression einzugehen. Das folgende Kapitel bezieht sich daher nur auf die unipolare Depression und beschränkt sich auf wesentliche Inhalte, die zum besseren Verständnis beitragen.

2.1 Krankheitsbild

Depressionen¹ werden den affektiven (gefühlbetonten) Störungen zugeordnet (vgl. Hautzinger/Linden 2015, 511) Der Begriff Depression ist abgeleitet aus dem lateinischen Wort *depressus* und bedeutet übersetzt so viel wie niedergedrückt (vgl. Payk 2021, 218).

Eine Depression „[...] kennzeichnet ein Bild abnormer Schwermütigkeit (Melancholie), Freudlosigkeit und Antriebsverarmung. Sie erfasst wie eine psychische Lähmung den ganzen Menschen mit einem unerträglichen Empfinden von innerer Leere, Niedergedrücktheit und Sinnlosigkeit [...]“ (Payk 2021, 218).

Unter einer Depression sind Verstimmungen zu verstehen, die sich von gewöhnlichen Stimmungsschwankungen dadurch unterscheiden, dass sie in der Intensität und Dauer keine verhältnismäßig angemessene und erklärbare Reaktion auf eine jeweilige Lebenssituation

¹ Die Begrifflichkeiten Depression, Depressionserkrankung, depressive Erkrankung, depressive Störung werden synonym verwendet. Ebenfalls liegt den Begriffen Erkrankung, Störung und Krankheit kein inhaltlicher Unterschied zu Grunde.

darstellen (vgl. Dinner 2019, 18). Personen im unmittelbaren Umfeld werden von depressiv erkrankten Personen meist stark mit belastet, da es kaum möglich ist, eine mentale oder emotionale Distanz zu halten (vgl. Payk 2021, 218).

Dass eine Depressionserkrankung weitreichende und ernstzunehmende Auswirkungen auf das Leben von betroffenen Personen hat, wird am folgenden Zitat verdeutlicht: „Depressive Störungen greifen stark in den Lebensvollzug ein, beeinträchtigen v. a. die Bereiche Schule/Beruf und Sozialkontakte und erhöhen zudem in bedeutsamer Weise das Risiko für suizidale Handlungen.“ (Ihle/Groen/Walter/Esser/Petermann 2012, 1)

2.2 Prävalenz

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen in Europa (vgl. Robert Koch-Institut 2015, 112) und zählen mittlerweile sogar zu den zahlenmäßig häufigsten Erkrankungen weltweit (vgl. Stiftung Deutsche Depressionshilfe o.J. a, 1). Sie sind mit einer hohen Krankheitslast auf individueller und gesellschaftlicher Ebene verbunden (vgl. Bretschneider/Kuhnert/Hapke 2017, 81). Seit einigen Jahren ist auch in Deutschland eine deutliche Zunahme von Menschen mit psychischen Belastungen zu erkennen. Die Depression stellt hierbei die häufigste psychische Störung dar. Schätzungen aus dem Jahr 2010 gingen von ca. vier Millionen Menschen aus, die zum Zeitpunkt der Erhebung (Punktprävalenz) in der Bundesrepublik unter depressiven Symptomen litten (vgl. Payk 2010, 7f). Laut Statistik waren im Jahr 2015 11,3 Prozent der Frauen in Deutschland von einer Depression betroffen. Frauen erkranken damit in etwa doppelt so häufig wie Männer (vgl. Stiftung Deutsche Depressionshilfe a. o.J. a, 1; Robert Koch-Institut 2015, 114). Nicht zuletzt deshalb ist die Bekämpfung von depressiven Störungen zu einem zentralen Thema von nationalen und internationalen Gesundheitszielen geworden (vgl. Ihle et al. 2012, 1).

Laut der Studie GEDA 2019/2020-EHIS (European Health Interview Survey) lag die 12-Monats-Prävalenz² (Periodenprävalenz) der selbstberichteten, ärztlich diagnostizierten Depression für Erwachsene in Deutschland im Untersuchungszeitraum von April 2019 bis September 2020, bei 8,3 Prozent (Robert Koch-Institut 2021, 9). Das Risiko, mindestens einmal im Leben an einer Depression bzw. depressiven Episode zu erkranken (Lebenszeitprävalenz), wird auf ca. 19 Prozent beziffert (vgl. Wittchen/Jacobi/Klose/Ryl 2010, 19). Weltweit

² Als Prävalenz bezeichnet man die Häufigkeit, gemessen als Zahl der an einer Krankheit erkrankten Personen zu einem gegebenen Zeitpunkt (Punktprävalenz) oder eines Zeitabschnittes (Periodenprävalenz) (vgl. Wittchen/Jacobi/Klose/Ryl 2010, 41).

betrachtet gehört die depressive Störung zu jener Erkrankung, unter der die Betroffenen unter den größten Beeinträchtigungen leiden (vgl. Ihle et al. 2012, 1).

2.3 Symptomatik

„Der Begriff „Depression“ umfasst das Spektrum von alltäglichen Gefühlen der Traurigkeit bis hin zu einer schwerwiegenden und umfassenden psychischen Störung.“ (Ihle et al. 2012, 1) Depressionen haben sowohl psychische als auch körperliche Auswirkungen auf betroffene Personen und äußern sich in einem stark gedrückten Lebensgefühl (vgl. Dinner 2019, 18). „Sie sind keine isolierte Funktionsstörung, sondern betreffen den ganzen Menschen, indem sie sich auf alle geistig-seelischen und körperlichen Funktionen, Fähigkeiten und Leistungen auswirken.“ (Payk 2010, 9)

Betroffene Personen charakterisiert ein Verlust im Erleben der inneren Gefühlswelt, damit einhergeht, auch ein vermindertes Vermögen eigene Gefühle und Stimmungen wahrzunehmen und zu erfassen (vgl. Ihle et al., 1) Die Gefühlswelt kann weiter mit dem Empfinden von innerer Leere, Sinnlosigkeit und Niedergedrücktheit beschrieben werden (vgl. Payk 2021, 218).

Zu den Kernsymptomen einer depressiven Erkrankung zählen u. a. Freudlosigkeit, Niedergeschlagenheit, Interessenverlust, Hoffnungslosigkeit und Antriebsmangel. Diese typischen Symptome treten in vielfältiger individueller Erscheinungsweise auf (vgl. Hautzinger 2015, 511). Außerdem geht mit einer Depression häufig ein Gefühl der Traurigkeit, Interesselosigkeit und eine verminderte Genussfähigkeit einher. Weitere typische Symptome sind Schuldgefühle, ein geringes Selbstwertgefühl, Schlafstörungen, starke Ermüdbarkeit und Konzentrationsschwächen. Eine Depression kann sich über einen längeren Zeitraum erstrecken (vgl. WHO/Europa 2019). Unterschiedliche Symptome können dabei vordergründig in Erscheinung treten, beispielsweise zwanghaftes Grübeln, Unruhe, Angst, das Gefühl der Überforderung, Hoffnungslosigkeit und Bedrücktheit (vgl. Payk 2010, 27).

Anhand des nächsten Absatzes sollen sowohl die Gefühlsdimension im Erleben einer Depression deutlich gemacht werden sowie auf ausgesuchte einzelne, für die Arbeit relevante Symptome spezifisch eingegangen werden.

Beim Auftreten einer Depression ist die häufigste Erscheinung eine Veränderung der Stimmungslage. Der Normalzustand verändert sich in Richtung Traurigkeit und Niedergeschlagenheit. Betroffene fühlen oft eine tiefgreifende Schwermut und Betrübtheit. Das eigene Handeln ist unentschlossen und kann bis zu einer vollständigen Handlungslosigkeit

reichen. Im gesunden Zustand vorhandenes Selbstvertrauen schwindet bzw. geht komplett verloren. Gefühle des Versagens, der Unsicherheit und Mutlosigkeit dominieren. Eine Depression kann die Gefühlswelt von Betroffenen so massiv erfassen und einen derartigen Unwohlzustand auslösen, dass diese ein Gefühl des sich Auflösenden oder nicht mehr existierenden Wollens entwickeln können (vgl. ebd., 27ff). Payk beschreibt es in der Gesamtheit als „Gefühl der Gefühllosigkeit“ (vgl. ebd., 28). In Folge einer Depression kann es zu einer Depersonalisation kommen. Dieser Fachterminus bedeutet, dass der Mensch sich selbst und seinen Lebensbereich kaum noch wahrnimmt (vgl. ebd., 27f). „Depersonalisation ist eine Störung des Ich-Erlebens, des Bewusstseins seiner selbst: Psychische Vorgänge wie Wahrnehmen, Körperempfinden, Fühlen, Denken und Handeln werden nicht mehr als dem Ich zugehörig und meinhaft erlebt.“ (Tölle/Windgassen/Lempp/du Bois 2014, 79)

Die zuletzt beschriebene Gefühlslage lässt sich unter dem Begriff der Melancholie zusammenfassen. Des Weiteren gibt es Formen der Depression, bei denen Betroffene eine ausgeprägte innerliche Unruhe verspüren. Sie sind weniger belastbar, da die Ausdauerfähigkeit und das Energielevel weit unter den normalen Möglichkeiten liegen. Auch ist es für sie deutlich schwerer, den normalen Tätigkeiten des Alltages gerecht zu werden, weil das Bedürfnis zu schlafen bei einigen Betroffenen sehr präsent ist (vgl. Payk 2010, 29). Antriebsstörungen machen sich bemerkbar durch fehlenden Elan und dem Verlust der Fähigkeit, Entscheidungen treffen zu können. Es herrscht ein Gefühl von innerer Unruhe. Die psychische Leistungsfähigkeit ist nicht im vollen Umfang vorhanden (vgl. Dinner 2019, 19). Die seelisch empfundene Last kann als Gefühl der Schwere auch körperlich zum Tragen kommen und äußert sich in einem Druckgefühl in verschiedenen Bereichen des Körpers, beispielsweise im Brustkorb, Hals, Kopf und hinten den Augen. Ebenfalls kann sich eine depressive Störung physisch als Gefühl der Einengung sowie Schmerzvorkommen im Rücken, Unterleib, den Armen und Beinen bemerkbar machen (vgl. ebd., 19, 54f).

Schlafstörungen und Grübeln

Besonders die Symptomkonstellation aus allgemeiner Müdigkeit und dem größeren Schlafbedürfnis bei gleichzeitig vorhandenen Schlafstörungen können dazu beitragen, einen depressiven Zustand, der vor allem durch Lethargie, Energie und Antriebslosigkeit geprägt ist, zu verfestigen oder sogar zu verstärken. Betroffenen fällt es im depressiven Zustand ohnehin schwer, gewohnten Tätigkeiten nachzukommen. Aus der depressiven Abwärtsspirale herauszufinden, kostet Kraft, Energie und Anstrengung. Aber eben diese fehlt Betroffenen

häufig, weil unter anderem Schlafprobleme dafür sorgen, dass ein nicht zuletzt auch damit verbundener Erschöpfungszustand sie in einen Teufelskreis hineinführt, anstatt heraus (m. E.). Schlafstörungen sorgen für ein Erschöpfungsgefühl, wodurch der Drang und das Bedürfnis, das Bett (morgens) nicht verlassen zu wollen, auslöst werden. So verstärkt sich das Gefühl der Kraft- und Energielosigkeit (vgl. Dinner 2019, 19, 54f.). Ein- und Durchschlafstörungen sind ein typisches Phänomen von depressionserkrankten Menschen. Rund 80 Prozent der Betroffenen leiden gleichzeitig auch an Schlafstörungen. Sie stehen damit in einem engen Zusammenhang mit depressiven Störungen (Wolf 2009, 20). Laut Steiger vom Max-Planck-Institut für Psychiatrie können Schlafstörungen sowohl Ursache als auch Folge von Depressionen sein bzw. Symptom und zugleich auch Risikofaktor darstellen (vgl. Max-Planck-Institut 2016).

Gerade abends im Zustand des Nicht-Schlafen-Könnens kann sich das Bett als Ort des Grübelns manifestieren. Somit wird das Bett nach und nach eher mit Grübeln und Sich-Sorgen anstatt mit Schlaf und Entspannung verbunden. Als Folge des Phänomens des Sich-Sorgens fanden Forscher in den 1970er-Jahren heraus, dass es zu physischer Anspannung kommt. Teilweise wird der Zustand der Anspannung von Betroffenen nicht wahrgenommen, kann aber ein normales Einschlafen verhindern. Auch nach dem Erwachen in der Nacht kann es zum Automatismus des Grübelns und Sich-Sorgens kommen, was wiederum ein Zustand der Anspannung hervorruft. Die Aufeinanderfolge dieser Prozesse sorgt bei Betroffenen dafür, dass sie es nicht schaffen, zur Ruhe zu kommen (vgl. Marx 2016, 13ff). „Grübeln ist ein charakteristisches kognitives Merkmal depressiver Symptomatik und gilt als zentraler Vulnerabilitätsfaktor für die Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Störungen.“ (Teismann/Hanning/von Brachel/Willutzki 2012, 44)

Die spezifische Behandlung von Schlafstörungen kann sowohl die depressive Symptomatik verbessern als auch die Schlafqualität selbst. Die Verbesserung der Schlafhygiene ist dabei ein erster Ansatzpunkt (Wolf 2009, 20). In Bezug auf das Thema der Arbeit kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass die Problematik der Schlafstörungen auch bei Depressionen im postpartalen Zeitraum eine ist, die es zu berücksichtigen gilt. „Durch das rechtzeitige Abfangen von Schlafstörungen können schwere Formen der postpartalen Depression verhindert werden.“ (Reiner-Lawugger 2016, 155)

Angst

Depressive Störungen gehen häufig einher mit einer weiteren psychischen Störung. Häufig treten neben der Depression auch Angst- und Panikstörungen auf. Man spricht daher von einer hohen Komorbidität³ von Depressionen und Angststörungen (vgl. DGPPN/BÄK/KBV/AWMF 2015, 19ff). Daten aus der in den USA durchgeführten zweiten National Comorbidity Survey Replication, belegen, dass allgemeine Angststörungen die häufigste Komorbidität im Zusammenhang mit Depression darstellen (vgl. Kessler et al. 2003, 3100). Laut Angaben der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde wiesen bei einer Bevölkerungsstichprobe von Depressionsbetroffenen ca. 50-60% in der Vergangenheit oder gleichzeitig zu der depressiven Episode, eine komorbide Angststörung auf (vgl. DGPPN et al. 2015, 130).

Angstsymptome können sowohl Teil einer depressiven Episode als auch eigenständiges Krankheitsbild gemäß ICD-10 sein (vgl. Rohde 2002, 29). Ängste werden ohne konkreten Bezugspunkt erlebt. Oft derartig konfus und durcheinander, dass sich die Angst auf: Alltag, Leben und auch ganz alltägliche Dinge bezieht. Das Selbstvertrauen ist gering, wodurch sich ein Gefühl der Unsicherheit verstärkt und Betroffene denken, sie machen alles falsch (vgl. Dinner 2019, 19)

2.4 Stress als Ursache von Depression

Stress nimmt bei der Entstehung von Depression eine gewichtige Rolle ein. Der Zusammenhang von Stress und Depression soll daher im folgenden Unterkapitel behandelt werden.

„Depression gilt als die Stresskrankheit des 21. Jahrhunderts.“ (Leimkühler 2008, 382) Psychische Störungen können sich entwickeln und fortschreiten, wenn zu viel Stress auf das Individuum einwirkt. In der Studie des Robert Koch-Instituts (RKI) „Gesundheit Erwachsener in Deutschland“, kurz DEGS1, wurde in dem Untersuchungszeitraum von 2008 bis 2011, die Auswirkung von chronischem Stress auf die psychische Gesundheit bei der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland untersucht. Laut der Studie gaben 13,9 Prozent der Frauen und 8,2 Prozent der Männer an, starke Stressbelastung zu empfinden. Außerdem kann man der Studie entnehmen, dass ein Zusammenhang zwischen starken Belastungen, ausgelöst durch chronischen Stress und depressiver Symptomatik, besteht. Dies gilt uneingeschränkt für beide

³ Komorbidität bezeichnet das Vorhandensein einer weiteren spezifischen Störung bei einer bereits vorhandenen Störung in einem festgelegten Zeitraum (vgl. DGPPN et al. 2015, 19).

Geschlechter. Jede zweite Person bzw. 53,7 Prozent der aktuell unter depressiven Symptomen leidenden Erwachsenen fühlt sich durch chronischen Stress stark belastet (vgl. Hapke/Maske/Scheidt-Nave/Bode/Schlack/Busch 2013, 749ff).

Eine weitere Korrelation zwischen Stress und Depression scheint folgender Punkt zu sein: Die Stressachse ist bei depressiv erkrankten Menschen dauerhaft aktiv, dies äußert sich auch in einem konstant erhöhten Cortisolspiegel, der sich im Blut nachweisen lässt. Depressive Episoden können in diesem Zusammenhang auch als Folge unzureichender Bewältigung von (chronischem) Stress interpretiert werden (vgl. Leimkühler 2008, 382). In der Wissenschaft herrscht überwiegend Einigkeit darüber, dass ein Zusammenhang zwischen der Entstehung von Depressionen und der dysfunktionalen Verarbeitung von Stress im Gehirn von Menschen besteht (vgl. Stuke/Hellweg/Bermpohl 2012, 869).

Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt es in der Stressvulnerabilität. Erklären lässt sich dieser Punkt mit nicht zuletzt unterschiedlichen evolutionsbiologischen und sozialisationsbedingten Faktoren zwischen Männern und Frauen zusammen. So sind Frauen eher interpersonell ausgerichtet. Die Anfälligkeit für Stress, der sich aus engen sozialen Beziehungen ergibt, ist bei ihnen deutlich höher als bei Männern. Daher kommt es in diesem Zusammenhang auch zu stärkeren psychobiologischen Stressreaktionen. Anders als bei Männern neigen Frauen in Stress auslösenden Situationen nicht zu einer „fight or flight“⁴, sondern häufiger zu einer „tend and befriend“⁵ Reaktion. Das bedeutet, sie reagieren auf Stress vermehrt mit prosozialem Verhalten und kommunikativen Strategien, aber auch mit internalisierenden Bewältigungsstrategien wie Selbstbeschuldigung und Grübeln (vgl. ebd., 384).

2.5 Klassifikation und Diagnostik

Im Volksmund werden Bezeichnungen wie Depression oder depressiv oft inflationär verwendet, um negativen Befindlichkeiten, die unter anderem durch besondere herausfordernde Stress- oder Belastungssituationen entstehen, Ausdruck zu verleihen. Um von einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung zu sprechen, stellt der Gebrauch dieser

⁴ „Fight or flight“ bedeutet auf Deutsch übersetzt Kampf oder Flucht (vgl. Stangl 2022a).

⁵ „Tend and befriend“ bedeutet auf Deutsch übersetzt so viel wie, sich kümmern und Anschließen (vgl. Stangl 2022b).

Begrifflichkeiten häufig aber keinen präzisen und fachgerechten dar (vgl. Wittchen et al. 2010, 8). Der folgende Absatz soll dem Begriff Depression inhaltliche Klarheit verschaffen.

Depression kann als eine Art Sammelbegriff, unter dem verschiedene Störungen gebündelt sind, verstanden werden. Unter einer unipolaren depressiven Störung wird entsprechend dem Klassifikationssystem ICD-10 (International Classification of Diseases, 10. Überarb. Aufl.) insbesondere die Dysthymie (anhaltende depressive Störung), depressive Episode und rezidivierende (wiederkehrende) depressive Störung verstanden⁶ (vgl. DGPPN et al. 2015, 20; Ihle et al. 2012, 3). „Die typische Depression stellt die Major Depression bzw. depressive Störung dar, die in einzelnen oder wiederkehrenden Episoden von mindestens zweiwöchiger Dauer auftritt.“ (Ihle et al. 2012, 3)

Die Diagnose der depressiven Störung erfolgt auf Grundlage der Kriterien der Klassifikationssysteme des ICD-10 und des DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 4. Aufl.⁷) (vgl. Steinmann/Watzke/Lehmann/Härter 2013, 17). Im ICD-10 der WHO werden depressive Störungen unter der ICD-Klasse F32 bis F34 verschlüsselt (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt 2015, 169ff).

Die folgende Abbildung zeigt die Kodierung der affektiven Störungen im ICD-10. Unter der Kodierung F32.0 bis F32.9 werden depressive Episoden nach Schweregrad und zusätzlicher psychotischer Symptomatik geführt. Rezidivierende depressive Störungen werden von F33.0 bis F33.9 kodiert und ebenfalls nach Schweregrad und psychotischer Symptomatik erfasst. Durch die Kodierung F34.0 bis F34.9 werden weitere unipolare depressive Störungsformen im ICD-10 ergänzt, welche keine der Kriterien der zuvor genannten Kodierungen entspricht.

⁶ Im amerikanischen Klassifikationssystem DSM-V ist es die Dysthymie und Major Depression (vgl. Ihle et al. 2012, 3).

⁷ Im Jahr 2014 erschien das DSM in fünfter Auflage (DSM-V) in deutscher Sprache.

F30 Manische Episode	F33 Rezidivierende depressive Störung
F30.0 Hypomanie	F33.0 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode
F30.1 Manie ohne psychotische Symptome	F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
F30.2 Manie mit psychotischen Symptomen	F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
F30.8 Sonstige manische Episoden	F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
F30.9 Manische Episode, nicht näher bezeichnet	F33.4 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert
F31 Bipolare affektive Störung	F33.8 Sonstige rezidivierende depressive Störungen
F31.0 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomani- sche Episode	F33.9 Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet
F31.1 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome	F34 Anhaltende affektive Störungen
F31.2 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen	F34.0 Zykllothymia
F31.3 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode	F34.1 Dysthymia
F31.4 Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	F34.8 Sonstige anhaltende affektive Störungen
F31.5 Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	F34.9 Anhaltende affektive Störung, nicht näher bezeichnet
F31.6 Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig gemischte Episode	F38 Andere affektive Störungen
F31.7 Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig remittiert	F38.1 Andere rezidivierende affektive Störungen
F31.8 Sonstige bipolare affektive Störungen	F38.8 Sonstige näher bezeichnete affektive Störungen
F31.9 Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet	F38.0 Andere einzelne affektive Störungen
F32 Depressive Episode	F39 Nicht näher bezeichnete affektive Störung
F32.0 Leichte depressive Episode	
F32.1 Mittelgradige depressive Episode	
F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	
F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	
F32.8 Sonstige depressive Episoden	
F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	

Abbildung 1: Klassifikation affektiver Störungen nach ICD-10 (Wittchen/Jacobi/Klose/Ryl 2010, 8)

Diagnostiziert werden können psychische Störungen von Ärzten und Psychotherapeuten nur auf Grundlage einer der beiden Klassifikationssystemen (vgl. Hogrefe Verlag 2016). Beiden Systemen liegt der Ansatz zugrunde, Störungen nach Erscheinungsbild und nicht nach Ursache zu beschreiben. Dadurch ermöglicht es allen Psychotherapeuten, unabhängig von welchem therapeutischen Hintergrund bzw. nach welcher Therapieform gearbeitet wird, die Systeme einzusetzen und zu nutzen (vgl. ebd.). Für eine Diagnose der depressiven Störungen müssen in beiden Klassifikationssystemen entsprechende klinisch-diagnostische Kriterien erfüllt sein. Die Kriterien basieren vor allem auf Symptome der Erkrankung, Dauer (seit Beginn), Schweregrad und Verlauf. Damit einhergehend resultieren Einschränkungen und Behinderungen, die ein weiteres Kriterium darstellen. Anhand dieser können Depressionen präzise von normalen Stimmungsschwankungen unterschieden werden sowie zu anderen psychischen Störungen

(Differentialdiagnostik) und depressiven Verlaufsformen untereinander abgegrenzt werden (vgl. Wittchen et al., 7).

Für die Diagnose einer typischen Depression, sprich einer depressiven Episode (ICD-10) oder Major Depression (DSM-5), müssen bestimmte Kriterien erfüllt sein. Es müssen fünf zentrale depressive Symptome über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen gleichzeitig vorhanden sein. Ein für die Diagnose zwingend notwendiges Symptom ist dabei entweder „depressive Stimmung“ oder „Interessenverlust“. Schließlich muss eine Veränderung der vorher bestehenden Leistungsfähigkeit erkennbar sein (vgl. Hautzinger 2015, 511).

3 Postpartale Störungen

Im vorherigen Kapitel wurde das allgemeine Störungsbild der depressiven Störung beleuchtet. In diesem Kapitel soll in diesem Zusammenhang nun auf die Besonderheiten in der Postpartalzeit eingegangen werden. Da in der Literatur zum Thema Depression und Geburt bzw. dem Zeitraum nach der Geburt keine einheitliche Begrifflichkeit Anwendung findet, soll als Einstieg in das Kapitel eine Differenzierung der Begriffe postpartal und postnatal erfolgen.

3.1 Unterschied der Begrifflichkeiten postpartal/postnatal

In der Literaturrecherche fiel auf, dass Autoren postpartal und postnatal, vor allem in älterer deutschsprachiger Fachliteratur häufig synonym verwenden. Hingegen findet sich in aktueller wissenschaftlicher Literatur zum Thema häufiger die Verwendung postpartal, wenn im Zusammenhang von Geburt und depressiver Störung fachlich berichtet wird.

In der Gesamtheit der Literatur wird unterschiedlich von postpartalen, postnatalen oder Wochenbettdepressionen gesprochen. Diese stehen allerdings in synonyme Bedeutung zueinander. In der Recherche auffällig war, dass im deutschen Sprachraum überwiegend der Begriff postpartal benutzt wird, wenn von psychischen Erkrankungen im Zusammenhang mit Geburt gesprochen wird und in englischsprachiger Literatur vorwiegend die Bezeichnung postnatal aufrechterhalten wird.

Genauer betrachtet, existiert zwischen den Begrifflichkeiten postnatal und postpartal ein inhaltlicher Unterschied. Der Begriff postpartal setzt sich aus den lateinischen Wörtern *post* – was übersetzt „nach“ heißt und *partus*, für den der deutsche Begriff „Entbindung“ steht, zusammen. Dementsprechend bedeutet postpartal so viel wie „nach der Entbindung“ und bezieht sich auf die nachgeburtliche Phase der Mutter. Postnatal hingegen leitet sich aus dem lateinischen Wort *natus* ab und bedeutet nach der Geburt bzw. geboren. Umfasst werden soll somit der Zeitraum der Geburt aus Sicht des Kindes. In der deutschsprachigen Fachliteratur wird die Bezeichnung postpartal gegenüber dem im Englischen gebräuchlichen Begriff postnatal bevorzugt. (vgl. Rohde 2004, 21ff; Sauer 1993, 6). In der vorliegenden Arbeit wird der Ausdruck postpartal verwendet. Der Begriff schließt den in englischsprachiger Literatur verwendeten Begriff postnatal im Wortverständnis mit ein.

Im Folgenden sollen weitere, für die Arbeit relevante Fachbegriffe definiert werden. Ein in diesem Zusammenhang ebenfalls oft genutzter Begriff ist peripartal, wobei *peri* übersetzt aus

dem lateinischen für „rund um“ und *partus* für Niederkunft steht (vgl. Schatten und Licht e.V.). Der Begriff wird in der Fachsprache genutzt, um den Zeitraum während der Schwangerschaft, Geburt und dem Wochenbett zu umreißen.

Nachfolgend behandelt das Unterkapitel 3.2 die mildeste aller psychischen Störungen im Zeitraum nach der Geburt, die postpartale Dysphorie (vgl. Riecher-Rössler 2001, 24). Da die Prävalenzzahlen (Anzahl der Betroffenen) hoch sind (vgl. ebd., 25) und sich aus dieser eine PPD entwickeln kann (vgl. Nispel 1996, 36) ist eine Auseinandersetzung mit der Störung von Bedeutung. Im umfänglichen Rahmen dieser Arbeit ist es nicht möglich, auf die postpartale Psychose einzugehen. An dieser Stelle sei lediglich erwähnt, dass es sich hierbei um die schwerste Form aller postpartalen psychischen Störungen handelt (vgl. ebd., 47). Mit einer Prävalenz von 0,1 bis 0,2 Prozent ist diese Form der Störung als selten einzustufen (vgl. Riecher-Rössler 2006, 12).

3.2 Postpartaler Dysphorie (Baby-Blues)

Im Deutschen gibt es den umgangssprachlichen Begriff der „Heultage“ als Äquivalent zur englischen Bezeichnung des Baby Blues (auch genannt postpartaler Blues). Einen in der medizinischen/psychiatrischen Fachsprache allgemein anerkannten Begriff, um das Phänomen der Dysphorie nach der Geburt zu beschreiben, gibt es nicht. Dies unterstreicht, dass es sich hierbei nicht um etwas Krankheitswertiges oder eine Störung im medizinischen Sinne handelt, sondern um etwas weitestgehend Gewöhnliches (vgl. Rohde 2004, 53f). Die PPD hingegen ist als Krankheit bzw. Störung einzustufen (vgl. Riecher-Rössler 2001, 25). Heutzutage löst die englische Bezeichnung Baby Blues den nicht mehr häufig gebräuchlichen Begriff der Heultage auch im deutschsprachigen Raum ab (vgl. Dalton 2003, 50).

Bei der postpartalen Dysphorie handelt es sich um die mildeste Form aller Störungen⁸ im Zeitraum nach der Geburt (vgl. Riecher-Rössler 2001, 24). Zugeschrieben werden die Tage des Weinens nach der Geburt eher der physiologischen Ursache der Geburtsbelastung und damit einhergehend der hormonellen Umstellung der Frau. Der Zustand ist demzufolge nicht pathologisch hervorgerufen (vgl. Dalton 2003, 12f; Rhode 2004, 54). Dalton schreibt in ihrem Buch, dass der plötzliche Stimmungsabfall mit verbundenen plötzlichen Weinen ohne

⁸ Bei der postpartalen Dysphorie handelt es sich nicht um eine Erkrankung im klinisch medizinischen Sinne (vgl. Rohde 2004, 54).

ersichtlichen Grund in den ersten zwölf Tagen nach der Entbindung eher der neuen Situation und der damit verbundenen emotionalen Aufgewühltheit zuzuschreiben ist (vgl. Dalton 2003, 12). In Ihrem Werk wird der gängige Begriff des Baby Blues mit dem des postpartalen Stimmungstief übersetzt.

Laut Ärzteblatt sind etwa 25 bis 50 Prozent aller Wöchnerin durch Symptome betroffen (vgl. Sonnenmoser 2007, 82). Die deutsche Depressionshilfe geht sogar von 50 bis 80 Prozent betroffener Frauen aus (vgl. Stiftung Deutsche Depressionshilfe o.J.b.). Riecher-Rössler erklärt die hohe Abweichung in dem Werk „Mutterglück und Mutterleid“ vor allem damit, dass die Studien verschieden angelegt sind und methodische Unterschiede aufweisen (vgl. Riecher-Rössler 2001, 25). Henze verweist auf einen teilweise ungenauen und unscharfen Gebrauch bestimmter Begrifflichkeiten wie „postpartum depression“. So werden unterschiedliche Beschreibungen von Zuständen unter ein und demselben Begriff subsumiert. Als Folge kommt es unweigerlich zu Messfehlern bzw. irreführenden Forschungsergebnissen (vgl. Henze 1997, 159).

O'Hara et al. untersuchten in einer prospektiven Fallstudie, wie häufig dysphorische Verstimmungen bei Müttern in der ersten Woche postpartal vorkommen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe von Frauen ohne Geburtseignis. In der Untersuchung kamen die Forschenden zu dem Ergebnis, dass 26 bis 42 Prozent (je nach zugrunde gelegten Kriterien) der Wöchnerinnen Symptome einer Dysphorie zeigten. In der Kontrollgruppe waren es sieben bis zehn Prozent. Aus der Studie lässt sich schließen, dass jede zweite Mutter eine zumindest kurze Phase depressiv-labiler Verstimmung erlebt (vgl. O'Hara/Zekoski/Philipps/Wright 1990, 3ff). Dabei ist gerade die eigene Erwartungshaltung der Mutter, durch die Geburt des Kindes und der zukünftigen Rolle als Mutter, in einer besonders glücklichen Phase des Lebens einzutreten (vgl. Riecher-Rössler 2001, 25).

Im Gegensatz zu PPD treten Symptome wie starke Stimmungsschwankungen mit häufigem Weinen, ein rascher Stimmungsabfall vom glücklich zu traurig bei der postpartalen Dysphorie bzw. dem Baby Blues nur temporär auf (vgl. Riecher-Rössler 2006, 11). Außerdem symptomatisch sind neben einer subdepressiven Stimmungslage eine allgemeine Irritierbarkeit, Ängstlichkeit sowie eine übermäßige Sorge um die Gesundheit des Kindes oder die eigene. Hinzukommen Konzentrationsstörungen sowie Schlaf- und Appetitlosigkeit (Riecher-Rössler 2001, 24).

In der Fachliteratur findet man unterschiedliche Angaben, bis zu welchem Zeitraum nach der Geburt Symptome des Baby Blues auftreten können. Häufig werden zwischen zehn und zwölf Tage angegeben. Demnach kann sich aus dem Zustand der postpartalen Dysphorie heraus eine ernsthafte behandlungsbedürftige PPD entwickeln.

Für die postpartale Dysphorie ist keine spezielle Behandlung erforderlich. Aufklärung und Informationen, Verständnis, Fürsorge und Ruhe reichen bereits aus, um betroffene Frauen adäquat zu unterstützen (vgl. Rohde 2004, 47ff). Auch scheint es von Bedeutsamkeit, betroffene Mütter speziell von Schuldgefühlen zu entlasten. Da gesellschaftliche Dynamiken unter anderem dazu beitragen, das Bild einer glücklichen Mutter zu erzeugen, manifestieren sich solche Gedankenkonstrukte häufig in den Köpfen. Befinden sich die Frauen dann aber wiedererwartend nicht in dem überglücklichen Zustand einer frischgebackenen Mutter, können sich daraus als unmittelbare Folge Schuldgefühle entwickeln (vgl. Riecher-Rössler 2001, 25). Erst wenn die Symptome länger als zwei oder drei Tage beobachtet werden, sollte ein Fachmann abklären, ob die Möglichkeit einer ernsthaften Störung, sprich einer PPD oder postpartalen Psychose, besteht (vgl. Rohde 2004, 54).

4 Postpartale Depression

Der Zeitraum nach der Geburt birgt das größte Risiko im Leben einer Frau, psychisch zu erkranken (vgl. Dorn/Mautner 2018, 94). Die PPD ist dabei die am häufigsten auftretende psychische Störung (vgl. Dorsch/Rohde 2016, 358). Sie erstreckt sich in den meisten Fällen über viele Monate und nicht selten über ein Jahr hinaus (vgl. Riecher-Rössler 2006, 15). Eine einheitliche Definition für die PPD findet sich in der Fachliteratur allerdings nicht. Die am häufigsten verwendete und der Arbeit zugrunde liegende ist folgende: „Als postpartale Depression werden im allgemeinen alle schweren, längerdauernden und behandlungsbedürftigen depressiven Erkrankungen bezeichnet, die im ersten Jahr nach der Entbindung auftreten oder bestehen.“⁹(Riecher-Rössler 2006, 11) Von der PPD ausgeschlossen sind depressive Verstimmungen, die keine medizinische Behandlung erforderlich machen (vgl. Dalton 2003, 13).

Die in der Fachliteratur vorherrschende Expertenmeinung lautet, dass es sich prinzipiell um ein und dieselbe Form der Erkrankung bzw. Depression handelt, wie sie auch unabhängig vom Ereignis der Geburt auftreten kann (vgl. Riecher-Rössler 2001, 33). Da depressive Störungen in postpartaler Zeit Besonderheiten sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie aufweisen, bleibt die Begrifflichkeit trotz alledem in gebräuchlicher Verwendung (vgl. Riecher-Rössler 2006, 11). Die PPD ist eine von verschiedenen psychischen Störungen, die sich im postpartalem Zeitraum entwickeln kann. Sie ist abzugrenzen von der postpartalen Dysphorie und der postpartalen Psychose (ebd.). Grundsätzlich können im postpartalem Zeitraum alle affektiven Zustände¹⁰ auftreten. Beispielsweise können diese von leichter Traurigkeit über leichte bis schwere Depressionen bis hin zu schizophrenen Psychosen reichen (vgl. Sauer 1993, 80).

Die verschiedenen Formen postpartaler Störungen - postpartale Dysphorie, postpartale Depression, postpartale Psychose - lassen sich recht eindeutig voneinander abgrenzen. Es ist möglich, dass Störungsbilder ineinander übergehen (Rohde 2004, 53). Aus einer anfänglichen postpartalen Dysphorie kann sich eine ernst zu nehmende PPD entwickeln. Betroffene können

⁹ In der Literatur zum Thema findet sich keine einheitliche Angabe darüber, bis zu welchem Zeitpunkt das erstmalige Auftreten einer depressiven Störung nach der Geburt, als PPD eingestuft wird.

¹⁰ Unter affektive Störungen werden jene Erkrankungen verstanden, die mit Phasen von Manie und/oder Depressionen einhergehen (vgl. Rohde 2004, 24). Affekt bezeichnet eine „Rasch entstehende, heftig verlaufende und gewöhnlich schnell abklingende Gefühlsregung, meist ausgelöst durch Eindrücke und Anlässe, die in gefährdender oder fördernder Weise die persönlichen Interessen und Bedürfnisse berühren“ (Clauß, 1995, S. 11).

genauso auch ohne eine vorangegangene Dysphorie depressiv erkranken (vgl. Nispel, 1996, 39).

Ein in der Fachliteratur häufig zu findender Begriff für PPD ist die Bezeichnung Wochenbettdepression. Laut Rohde ist die Bezeichnung keine treffende, wird aber in der medizinischen Alltagssprache teilweise weiter aufrechterhalten. So soll unter anderem der zeitliche Zusammenhang zwischen Störung und Entbindung zum Ausdruck gebracht werden. Aus gynäkologischer Sicht ist der Zeitraum des Wochenbetts zeitlich allerdings eingegrenzt und meint die ersten sechs bis acht Wochen nach der Entbindung (vgl. Rohde 2004, 24).

Die Angaben zum Zeitraum des Wochenbetts sind in der Literatur nicht einheitlich, so finden sich auch Angaben von acht bis zwölf Wochen. (vgl. Heller 2015, 4). Eine mit der Geburt im Zusammenhang stehende Depression kann allerdings auch deutlich nach den erwähnten Zeiträumen entstehen (vgl. Rohde 2004, 24; Grube 2013, 42). Laut Sauer lässt sich eine PPD ebenfalls nicht auf den eigentlichen Zeitraum des Wochenbettes begrenzen. So können depressive Erscheinungen, die bis zu einem Jahr nach der Entbindung auftreten, zur PPD gezählt werden (vgl. Sauer 1993, 3). Zwischen dem dritten und sechsten Monat tritt eine PPD zahlenmäßig sogar am häufigsten auf (vgl. Fiegl 2006, 95).

4.1 Prävalenz

Frauen, die nach der Geburt unter einer postpartalen Depression leiden, werden laut der deutschen Depressionshilfe auf 10 bis 15 Prozent beziffert (vgl. Stiftung Deutsche Depressionshilfe o.J. b). Dorn und Mautner geben ebenfalls 10 bis 15 Prozent an, sprechen dabei allerdings von postpartaler Depressivität. Daraus entwickeln ungefähr die Hälfte der Betroffenen eine behandlungsbedürftige PPD (vgl. Dorn/Mautner 2018, 94). O'Hara und Swain kamen bei der Auswertung einer Metanalyse auf eine durchschnittliche Prävalenz von 13 Prozent (vgl. O'Hara/Swain 1996, 37; Riecher-Rössler 2006, 18). Nach klinischer Beurteilung überwiegen dabei Depressionen mit einem leichten bis mittelgradigen Schweregrad (vgl. Herz et al. 1997, 283).

Legt man bei der Diagnose der PPD standardisierte Forschungskriterien zugrunde, bleibt fraglich, ob die Zahl depressiv betroffener Frauen höher ist als bei gleichaltrigen Frauen ohne vorangegangener Geburtserfahrung. Generell scheinen Frauen im gebärfähigen Alter eine erhöhte Vulnerabilität für depressive Störungen zu haben, da die Depressionsrate bei Frauen in der Altersgruppe allgemein relativ hoch ist (vgl. Bergant/Nguyen/Moser/Ulmer 1998, 233).

Ebenfalls fraglich erscheint in Studien über Häufigkeitsangaben zu depressiven Frauen im postpartalen Zeitraum, ob es sich bei den gezeigten Symptomen in jedem Fall um eine krankheitswertige depressive Symptomatik handelt oder um depressive Verstimmungen mit Depressionscharakter.

Als gesichert gilt, dass die Postpartalzeit häufig mit der Verschlechterung des psychischen Befindens einhergeht, besonders in den ersten drei Monaten nach der Entbindung (vgl. Riecher-Rössler 2001, 26). In diesen drei Monaten kommt es laut Riecher-Rössler am häufigsten vor, dass Frauen nach der Entbindung depressive Störungssymptomatiken aufweisen. Eine erhöhte Prävalenz von Frauen derselben Altersgruppe, die von einer krankheitswertigen depressiven Störung betroffen sind, scheint es nur für Mütter innerhalb der ersten drei Monaten des postpartalen Zeitraumes zu geben, im Vergleich zu Frauen ohne einer vorangegangenen Geburt (ebd. 33).

Das folgende Unterkapitel beschäftigt sich mit den Symptomen, die bei der PPD eine entscheidende Rolle spielen. Im Rahmen der Arbeit ist es nicht möglich, auf alle Symptome gesondert einzugehen, noch besteht der Anspruch auf eine vollständige Auflistung. Da es für die Arbeit notwendig ist, ein Verständnis für die besonderen Umstände postpartal depressiver Frauen zu erzeugen, werden einige Symptome näher beleuchtet.

4.2 Symptomatik

Grundsätzlich unterscheidet sich das klinische Bild einer PPD nicht von dem anderer Depressionen (vgl. Riecher-Rössler, 2006, 11). Im postpartalen Zeitraum kann sich die gesamte Bandbreite depressiver Symptomatik zeigen (vgl. Rohde 2004, S.54, 155ff). Einen erkenntlichen Unterschied zu Symptomen depressiver Episoden, wie sie in allen anderen Lebensabschnitten vorkommen können, gibt es nicht (vgl. Dorsch/Rohde 2016, 359). So handelt es sich zwar größtenteils um dieselben Symptome, wie sie auch bei anderen Depressionsformen auftreten, unterschiedlich ist hingegen die inhaltsmäßige Ausgestaltung der Symptome (vgl. Riecher-Rössler 2006, 11). Diese beziehen sich spezifisch auf das Neugeborene und auf die Anforderungen der Mutterschaft (Sauer 1993, 88; Klier/Lenz/Lanczik 2001, 42; Hübner-Liebermann/Hausner/Wittmann 2012, 420).

In Kapitel 2.3 wurden bereits typische depressive Symptomatik aufgezählt und einige näher beleuchtet. Im Folgenden wird daher spezifisch auf depressive Symptome eingegangen, die

ausschließlich bei der PPD vorkommen, da sich ein Teil der Symptome auf die Mutterrolle und das Kind beziehen.

Bei einer PPD auffällig im Vergleich zu depressiven Störungen in anderen Lebensabschnitten bei Frauen ist eine ausgeprägte emotionale Labilität. Thematisch beziehen sich depressives Grübeln und Schuldzuweisungen häufig auf die eigene Mutterrolle oder das Kind (vgl. Riecher-Rössler 2006, S.11, Postpartale Depression) Einige Frauen leiden unter der Angst, das Neugeborene nicht richtig zu versorgen oder ihm Schaden zuzufügen. Aus diesen Ängsten heraus können sich Zwangsgedanken entwickeln, womit ein hoher Leidensdruck der betroffenen Frauen einhergeht (vgl. Klier et al. 2001, 42).

Dem Kind gegenüber kann sich ein „Gefühl der Gefühllosigkeit“ einstellen (vgl. Riecher-Rössler 2006, 11). Ein typisches Symptom einer Depression, welches sich im Falle der PPD aber auf das Kind bezieht. Die Gefühllosigkeit kann zu ambivalenten oder negativen Gefühlen dem Kind gegenüber führen. Das Kind kann als fremd wahrgenommen werden und Interaktionen vonseiten der Mutter ohne jegliche Emotionen erfolgen (Fiegl 2006, 95). Mögliche vorhandene Stillprobleme und ausweichendes Verhalten des Kindes können von der Mutter so wahrgenommen und interpretiert werden, dass auch dort die Schuld bei sich gesucht wird und es anschließend mit eigenem Versagen erklärt wird. Dieser Mechanismus verstärkt den depressiven Teufelskreis und die zunehmende Erschöpfung (vgl. Hübner-Liebmann et al. 2012, 420).

Das Gefühl der Insuffizienz ist eines der Hauptsymptome, dass depressive Mütter entwickeln (vgl. Dorn/Mautner 2018, 94). Die eigenen Fähigkeiten, eine gute Mutter zu sein sowie mit den verbundenen Anforderungen umzugehen, werden hinterfragt und stark angezweifelt (vgl. Sauer 1993, 89). Angstzustände und verschiedenartige körperliche Beschwerden gehören ebenfalls zu den typischen Symptomen (vgl. Herz et al. 1997, 282). Eine weitere Begleiterscheinung ist der Libidoverlust. Häufig verschwindet das Symptom des Libidoverlustes im Rahmen einer PPD erst als letztes (vgl. Dalton 2003, 87). Ein atypisches Merkmal der PPD ist, dass der Morgen als die beste Tageszeit empfunden wird und sich der Befindlichkeitszustand im Laufe des Tages verschlechtert. Auch das größere Bedürfnis zu essen, ist ein unübliches Symptom einer Depression, das bei einer PPD als Symptom aber auftreten kann (vgl. Sauer 1993, 88f).

4.3 Diagnostik

Die PPD wird anhand der gleichen Symptome diagnostiziert wie eine depressive Störung außerhalb des peripartalen Zeitraumes (vgl. Riecher-Rössler/Andreou 2016, 20). Aus diagnostischer Sichtweise stellt sie allerdings trotz fehlender Krankheitsentität spezifische Anforderungen an das medizinische Personal (vgl. Riecher-Rössler 2006, 18). Teilweise ist es schwer zu beurteilen, ob es sich um normale Anpassungsprozesse oder um krankheitswertige Symptome handelt. So kann es sich bei einem Gefühlszustand, welcher durch psychische Instabilität und emotionale Aufgewühltheit geprägt ist, sowohl um einen normalen Anpassungsprozess der Mutter handeln, welche im Zusammenhang mit der Geburt steht oder aber bereits ein krankheitswertigen Zustand darstellen (vgl. Dorn/Mautner 2018, 94).

Riecher-Rössler beschreibt diagnostische Schwierigkeiten, da der postpartale Zeitraum allgemein von Erschöpfungszuständen geprägt ist und sich diese mit depressiven Symptomen überlappen können (Riecher-Rössler 2006, 19). Zusätzlich erschwert eine ärztliche Diagnose die Tatsache, dass Betroffene Scham und Schuldgefühle entwickeln. Dadurch werden Symptome, die auf eine ernst zu nehmende Erkrankung hindeuten können, verschwiegen (vgl. Riecher-Rössler 2001, 23). Auch die Angst vor Stigmatisierung führt zu Verschwiegenheit seitens betroffener Mütter (vgl. Riecher-Rössler 2006, 18ff). Häufig wird es von den Betroffenen selbst als Tabuthema beschrieben (Klier et al. 2001, 42; Wimmer-Puchinger 2006, 29). Gründe hierfür liegen in der Erwartung an eine Zeit voller Glück, sowohl von der Mutter selbst als auch auf gesellschaftlicher Ebene. Gegenteilige Gefühle im Kontext einer psychischen Erkrankung führen zu einem noch größeren Tabu, als eine depressive Störung ohnehin bereits hervorruft. Die Folge sind Ängste der Mutter, ihre negativen Befindlichkeiten gegenüber dem Kind und ihre mütterlichen Unzulänglichkeiten offen zu äußern (vgl. Hüber-Liebemann et al. 2012, 420).

„Da die Symptomatik sich häufig intensiv mit der veränderten Lebenssituation und deren Auswirkungen vermengt, bleibt das Erkennen einer PPD nicht immer einfach.“ (Dorn/Mautner 2018, 94). Auch aus diesem Umstand heraus werden Beschwerden weder von den Betroffenen selbst, noch von Freunden oder Familie als Krankheitssymptome gewertet. Als weiterer Punkt hinzukommt, dass körperliche Beschwerden vergleichsweise bedenkenlos präsentiert werden, aber über die eigene emotionale Gefühlslage eine geringere freiwillige Auskunftsbereitschaft herrscht. In einigen Fällen sind sich Frauen ihrer Depressivität auch gar nicht bewusst. Gemäß Klier et. al. wird die PPD nicht zuletzt aufgrund der genannten Problematiken bislang

unterdiagnostiziert (vgl. Klier et al. 2001, 42). Physiologische Ursachen depressiver Symptomatik wie eine Anämie oder Schilddrüsenfunktionsstörung müssen bei der Diagnostik in der Postpartalzeit stets mitgedacht und ausgeschlossen werden (vgl. Dorn/Mautner 2018, 95).

Die meisten postpartalen Depressionen werden in die Kategorie der depressiven Episoden des ICD-10 eingeordnet und auch nach den gleichen Kriterien diagnostiziert. Erforderlich ist das Vorhandensein bestimmter Kernsymptome sowie weitere Symptome, die den Schweregrad des depressiven Zustands bestimmen (Rhode 2004, 199ff.). Der Schweregrad kann von leicht, gemäßigt oder mittel bis hin zu schweren Formen der Depressionssymptomatik reichen (vgl. Nispel 1996, 39; Rhode 2004, 54). Dementsprechend werden postpartale Depressionen im ICD-10 nach der jeweils vorherrschenden Symptomatik in der Kategorie für affektive Störungen eingeordnet. Die Verbindung zum Wochenbett kann durch den Zusatz O99.3 zur ICD-10 Codierung F32 deutlich gemacht werden. Die Kategorie F53 („Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert“) (vgl. Dilling et al. 2015, 267) kommt nur in seltenen Fällen zur Anwendung (vgl. Dorsch/Rohde 2016, 356).

Um die psychische Verfassung von Frauen nach der Entbindung zu erfassen, eignet sich der Selbstfragebogen EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale). In der gynäkologischen Praxis wird dieses Instrument vermehrt in postpartalen Erstuntersuchungen eingesetzt, um anhand der zusammen addierten Werte einen Eindruck über das psychische Befinden der Frauen zu bekommen. Der Selbstfragebogen ist ein Screening-Instrument, der eine wichtige Hilfe bei der frühzeitigen Erkennung einer möglichen Depression in der Postpartalzeit darstellt, für eine klinische Diagnose aber als nicht ausreichend gilt. Diese sollte bestenfalls immer durch den psychiatrischen Facharzt gestellt werden. (vgl. Dorn/Mautner 2018, 95).

4.4 Ursachen und Risikofaktoren

Es findet sich eine ganze Reihe von Risikofaktoren bei der PPD, da dieses als multifaktorielles Geschehen betrachtet wird (vgl. Fiegl 2006, 98). Im Folgenden wird die Mutterschaft als kritisches Lebensereignis und biologische Faktoren als Ursache spezifisch beleuchtet. Es ist daher wahrscheinlich zu betrachten, dass neben diesen Faktoren auch andere psychische und soziale Faktoren eine entscheidende Rolle spielen. Von besonderem Interesse soll hierbei Mutterschaft als hervorzuhebendes Lebensereignis sein, da es das Alleinstellungsmerkmal einer PPD gegenüber anderen Formen der Depression verdeutlicht.

4.4.1 Mutterschaft als kritisches Lebensereignis

Mutterschaft kann als das wohl intensivste Ereignis menschlicher Lebenserfahrung angesehen werden (vgl. Brockington 2001, 11) und besonders „[die] Geburt gilt als eines der ‚relevanten Lebensereignisse‘ (,life events‘), die häufig Vorläufer einer psychischen Störung sind.“ (Dorn/Mautner 2018, 94) Die Life-Event-Forschung geht davon aus, dass Menschen durch bestimmte Ereignisse, die ihre normale Lebensroutine unterbrechen, aus ihrem Gleichgewicht (Homöostase) gebracht werden können. Ein solches Ereignis kann die Geburt eines Kindes sein. Aber auch Heirat, Trennung, Tod einer nahestehenden Person oder der Verlust des Arbeitsplatzes zählen dazu. Um den Gleichgewichtszustand wiederherzustellen, erfordert es eine erhöhte persönliche Anpassungsleistung. Besteht ein Ungleichgewicht zwischen den Bewältigungsfähigkeiten des Individuums und den Anforderungen der Umgebung, die sich aus dem Ereignis heraus ergeben, kann es in der Folge zu einem krankheitsauslösendem Zustand kommen. Sowohl positive wie auch negative Lebensereignisse können dabei die Anpassungs- und Bewältigungsleistungen einer Person überfordern (vgl. Sauer 1993, 30).

Aus der Forschung zum Thema Depression und Stress geht hervor, dass ein nachgewiesener Zusammenhang zwischen dem Schweregrad und der Anzahl an negativ erlebten oder belasteten Lebensereignissen und dem Beginn einer Depression besteht (vgl. Hammen 2005, 296). Inwieweit genau belastende Lebensereignisse als Ursache für eine Depression angesehen werden können, bleibt unklar, da weitere Prädispositionen für psychische Erkrankungen, also genetische Faktoren oder auch psychosoziale Belastungen, ebenfalls eine Rolle spielen (vgl. Kessler 1997, 209f).

Der postpartale Zeitraum ist mit besonders vielen Umstellungsprozessen verbunden. Die Tatsache, dass es zu erheblichen physischen Veränderungen kommt, ist für keine Frau eine Überraschung. Allerdings ist nicht jede werdende Mutter darauf vorbereitet, dass sich nicht nur der Körper in einer starken Veränderungsphase befindet, sondern damit einhergehend auch psychische Prozesse, unter anderem bedingt durch das Ansteigen des Progesteron- und Östrogenspiegels (vgl. Reiner-Lawugger 2016, 146; Lakumed 2022). Der Zeitraum nach der Geburt verlangt von der werdenden Mutter enorme Anpassungsleistungen, sowohl in physischer als auch besonders während der ersten Schwangerschaft, in psychischer Hinsicht (vgl. Dorsch/Rhode 2016, 355). Vor allem Erstgeburten stellen für Mütter eine so genannte kritische Lebensphase dar, die mit besonderen Herausforderungen verbunden ist (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2017, 47).

Die Frau erlebt in dieser Zeit eine drastische persönliche Veränderung (Reiner-Lawugger 2016, 146). Daher ist der Zeitraum nach der Geburt für psychische Störungen faktisch als sehr vulnerabel zu bewerten (Dorn/Mautner 2018, 94). Veränderungen beschränken sich allerdings nicht nur auf die eigene Persönlichkeit oder auf körperliche Aspekte, sondern schließen auch soziale Beziehungen, soziokulturelle Werte und allgemeine Existenzfragen mit ein. Daher wird der erlebte Stress im postpartalen wie auch im gesamten peripartalen Zeitraum, als Zeit der Hoch-Stress-Phase betitelt (vgl. Reiner-Lawugger 2019, 34).

In der Depressionsforschung wurden bereits bestimmte Anteile einer Persönlichkeitsstruktur beschrieben, die zu einer Entwicklung depressiver Störungen beitragen können. Dazu gehören Personen, die ausgeprägte Harmoniewünsche aufweisen, zum perfektionistischen Streben neigen, einen Hang zu Ordentlichkeit und Probleme bei der Übernahme von Verantwortung haben (vgl. Grube 2013, 44). Gerade Frauen, die einen hohen Leistungsanspruch an sich selbst richten, können unter enormen Druck geraten, da sich ihre hohen Ansprüche auch auf die Rolle als Mutter beziehen (vgl. Reiner-Lawugger, 2016, 146).

Erhöhte Prävalenzen konnten auch in den ersten zwölf Wochen nach der Geburt bei Müttern festgestellt werden, die sich um einen adoptierten Säugling kümmerten. Die psychologischen Anpassungsvorgänge und damit verbunden das Verantwortungsgefühl als Mutter gegenüber einem Kind kann isoliert betrachtet bereits genügen, um bei entsprechender Prädisposition depressive Symptome hervorzurufen. Hierbei scheint besonders der Wunsch, in der Versorgung des Kindes alles richtig machen zu wollen, als depressionsfördernde Kraft zu wirken (vgl. Grube 2013, 44).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Ereignis einer Geburt eine Frau vor große Herausforderungen stellt. Gelingt es nicht vollends, den komplexen physischen und psychischen Anpassungsprozessen, die mit Schwangerschaft und Geburt einhergehen, zu vollziehen kann eine Geburt sowohl Ursache, als auch Auslöser für eine psychische Störung im postpartalem Zeitraum sein. In diesem Zusammenhang ist die postpartale Depression nicht nur die häufigste psychische Störung, sondern zählt in westlichen Industrienationen zu den häufigsten Komplikationen, die mit Geburt im Zusammenhang stehen (vgl. Dorsch/Rohde 2016, 355).

4.4.2 biologischer Faktor

Ein entscheidender Risikofaktor bei der PPD bleibt die Schwangerschaft selbst. Etwa 50 Prozent der in der Schwangerschaft unter Depression leidenden Frauen entwickeln nach der Entbindung eine PPD (vgl. Grube 2013, 43). Insbesondere eine unbehandelte Depression während der Schwangerschaft erhöht das Risiko, im Zeitraum nach der Geburt depressiv zu erkranken (vgl. Briese/Bolz/Reimer 2015, 85). Eine genetische Prädisposition ist ebenfalls als ein entscheidender Risikofaktor anzusehen. Bei 70 Prozent der Frauen gibt es mindestens ein Familienmitglied ersten Grades, das bereits psychisch erkrankt ist (vgl. Riecher-Rössler 2012, 54).

Des Weiteren weist Wimmer-Puchinger darauf hin, dass ca. ein Drittel aller postpartal depressiven Frauen bereits vor der Schwangerschaft unter mindestens einer psychischen Störung litten (vgl. Wimmer-Puchinger 2006, 31). Die Erstgeburt stellt das höchste Risiko dar, im postpartalem Zeitraum depressiv zu erkranken. Insbesondere zu betonen ist, dass auch Frauen ohne jegliche Prädisposition für psychische Erkrankungen, sprich im Zustand bis dahin vollkommener Gesundheit und psychischer Stabilität, ebenfalls erkranken können (vgl. Dorn/Mautner 2018, 94).

Evidenz für ein erhöhtes Risiko einer Depressionserkrankung, wenn eine betroffene Person bereits in der Vergangenheit unter einer psychischen Störung litt, scheinen unabhängig vom Ereignis der Geburt Gültigkeit zu haben. Aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 des RKI ging hervor, dass Depressionserkrankungen häufig bereits mindestens eine psychische Störung voraus geht. Laut Studie ist dies bei 60 Prozent der Personen mit einer depressiven Episode und bei 80 Prozent der Personen mit Dysthymie der Fall (vgl. Steinmann et al. 2013,19f).

Folglich spielen psychische Vorbelastungen höchstwahrscheinlich eine Rolle bei der Entstehung von Depressionserkrankungen und man kann diese als Risikofaktor werten. Dies gilt ebenfalls für die PPD.

Weitere Risikofaktoren

Einen Einfluss auf die Entstehung postpartaler Depression können Ängste in Bezug auf die eigene Schwangerschaft haben, da sich Schwangerschaftsängste negativ auf das Geburtserleben auswirken (vgl. Ehlert 2004, 375). Die andauernden Forderungen der neugeborenen Kinder an die Mutter haben ebenfalls Einfluss auf das Stresserleben dieser. Da sie in der neuen Rolle

weniger Zeit für sich hat, seltener andere Erwachsene trifft und eigenen Bedürfnissen immer weniger nachkommt (vgl. Fiegl 2006, 98).

Ein weiterer Risikofaktor ist die Qualität der partnerschaftlichen Beziehung. Mit der Geburt des Kindes wird aus der Dyade eine Triade, womit deutliche Veränderungen in der Paarbeziehung einhergehen. Bei depressiven Müttern ist häufig zu erkennen, dass es an Unterstützung und Verständnis vonseiten des Partners fehlt. Oft werden die Erwartungen des Mannes an die Frau, der neuen Situation nicht angepasst, sondern bleiben bestehen, wie sie vor der Geburt des gemeinsamen Kindes bestanden. Die Möglichkeit, den Partner rund um die Uhr als unmittelbare emotionale und praktische Hilfe an der Seite zu haben, ist von großer Bedeutung. Fehlt diese Art der Unterstützungsleistung, erhöht sich das Risiko für eine PPD (vgl. Fiegl 2006, 98). Reiner-Lawugger beschreibt ebenfalls eine geringe Partnerzufriedenheit als Risikofaktor (vgl. Reiner-Lawugger 2016, 151)

4.5 Therapie

Grundsätzlich unterscheidet sich die Behandlung bei einer PPD nicht von einer Depression in anderen Lebensabschnitten. Zu berücksichtigen sind aber die besonderen Notwendigkeiten, die sich aus der spezifischen Form der Erkrankung aufgrund des postpartalen zeitlichen Zusammenhangs ergeben. Bedeutsam sind die Schritte, die betroffenen Mütter einerseits über die Erkrankung aufzuklären und sie von möglichen Schuldgefühlen zu befreien und andererseits den Wert von Ruhe und Erholung zu betonen (vgl. Riecher-Rössler 2006, 16).

Im weiteren Verlauf ist je nach Schweregrad der PPD eine Psychotherapie oder medikamentöse Therapie notwendig. Bei einer leichten bis mittleren Ausprägung der depressiven Symptomatik ist die Empfehlung, eine psychotherapeutische Behandlung gegenüber einer antidepressiven Medikation, den Vorzug zu gewähren. Liegt eine schwere Ausprägung der depressiven Symptomatik vor, ist eine Kombination aus beiden Behandlungsmethoden ratsam. Häufig eingesetzte psychotherapeutische Behandlungsmethoden kommen aus der Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie und interpersonellen Psychotherapie. Das Setting kann sowohl auf die einzelne Person als auch auf eine Gruppe ausgelegt sein (vgl. Sonnenmoser 2007, 82f).

Daneben ist die Stärkung der Mutter-Kind-Beziehung von enormer Bedeutung. Als Folge der PPD kann es zu einer Bindungsstörung, sowie kognitiven und emotionalen Beeinträchtigungen in der Entwicklung seitens des Kindes kommen. Ziel dieser spezifisch ausgerichteten

Therapiemaßnahme ist die Verbesserung der Mutter-Kind-Interaktion und frühzeitig mögliche Entwicklungsstörungen beim Säugling abzufangen (vgl. ebd.).

4.6 Relevanz einer therapiebegleitenden bzw. komplementären Maßnahme

Das Programm gesundheitsziele.de ist ein Kooperationsverbund und schließt sich aus rund 140 verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen zusammen. Seit dem Jahr 2000 werden auf Bundesebene konkrete Gesundheitsziele formuliert, die sich auf alle Gesundheitsbereiche beziehen (Früherkennung, Prävention, Diagnostik, Therapie, Public Health etc.). Die Ziele sollen zur Verbesserung der Gesundheit in bestimmten Bereichen oder für eine bestimmte Gruppe von Menschen führen sowie Strukturen im Gesundheitsbereich optimieren. Die Zielvereinbarungen umfassen konkrete Maßnahmenkataloge und Empfehlungen, die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren. Bisher wurden seit dem Jahr 2003 neun Zielbereiche definiert. Als sechstes Gesundheitsziel, das im Jahr 2006 hinzugekommen ist, geht es um die Verhinderung, Früherkennung und nachhaltige Behandlung von depressiven Erkrankungen. Das aktuellste Gesundheitsziel wurde im Jahr 2017 formuliert und befasst sich mit der Gesundheit rund um die Geburt (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BGzA) 2018).

Beide Gesundheitsziele unterstreichen die Bedeutsamkeit, die dem Thema der postpartalen Depressionen zukommen. Daraus ableiten lässt sich die grundsätzliche Relevanz in der Frage, wie betroffenen Menschen zusätzlich zu psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlungen geholfen werden kann. Der Bedarf und die Relevanz nach alternativen Behandlungsmöglichkeiten ergeben sich unter anderem aus der Versorgungslage. Nicht in jedem Fall ist eine zeitnahe psychotherapeutische Behandlung in der Nähe des Wohnortes zu gewährleisten. Ferner kann eine mangelnde Verkehrsmobilität als erschwerte Bedingung hinzukommen. Einige Betroffene suchen nicht zuletzt daher nach Alternativen oder auch ergänzenden Therapiemöglichkeiten (vgl. Stiftung Gesundheitswissen 2021).

So lässt sich beobachten, dass die Nachfrage nach komplementären Therapiemöglichkeiten bei psychischen Störungen steigt (vgl. Meister/Becker 2018, 994). Daten aus den USA geben Auskunft darüber, dass komplementäre medizinische Methoden die bevorzugte Variante von betroffenen Personen gegenüber konventionellen Behandlungsmethoden (Pharmazeutika,

Psychotherapie) bei der Behandlung von Depressionen darstellt¹¹ (vgl. O'Higgins/Glover/Corrat 2005, 182). Vor dem Hintergrund, dass depressive Frauen im Wochenbett häufig besondere und umfassende Unterstützung benötigen, wird im Folgenden dargelegt, wo das Potenzial bei komplementärer Anwendung einer Yoga-Praxis liegt. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2017, 51).

Akzeptanz und Verbreitung von Yoga in Deutschland

Eine repräsentative Umfrage aus dem Jahr 2015 ergab, dass 15,1 Prozent der Bürger in Deutschland bereits einmal im Leben Yoga praktiziert haben. 3,3 Prozent praktizieren regelmäßig Yoga. Als weiteres Ergebnis der Umfrage kam heraus, dass sich ein Großteil der Befragten vorstellen kann, in den nächsten zwölf Monaten mit Yoga zu beginnen (vgl. Cramer 2015, 304ff).

Aus der Umfrage lässt sich ableiten, dass Yoga aufgrund der Popularität und breiten Akzeptanz (vgl. ebd.) als potenziell geeignete Übungspraxis vorgeschlagen werden kann, um in der Gesundheitsversorgung in Deutschland als eine unterstützende Maßnahme zu wirken. Yoga im Kontext einer therapeutischen Anwendung, z. B. zur Behandlung von Erkrankungen wie psychischen Störungen hat zudem den Vorteil, dass es niederschwellig ist (vgl. Klatte/Pabst/Beelmann/Rosendahl 2016, 195). Beide Punkte können als Potenziale des Yogas in Bezug auf eine therapiebegleitende Maßnahme bei der Behandlung postpartaler Depression gewertet werden.

¹¹ Für Deutschland konnte diesbezüglich keine Datenlage gefunden werden.

5 Yoga

Yoga in seiner Gesamtheit zu erfassen, ist eine komplexe Aufgabe. Daher ist es im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht möglich, der Yoga-Philosophie von den Anfängen bis in die Moderne im gesamten Umfang Rechnung zu tragen. Es soll nur insoweit auf die Ursprünge des Yoga eingegangen werden, wie es für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant ist. Ziel des Kapitels ist es, Yoga in seinen Wesenszügen vorzustellen. Dazu werden die Kernelemente des modern praktizierten Yogas beleuchtet und im weiteren Verlauf verdeutlicht, welche Wirkung eine regelmäßige Yoga-Praxis auf die ausübende Person hat.

5.1 Ursprung und Bedeutung

Der Yoga Begriff entstammt dem Sanskrit und kann nach heutigem Verständnis mit „Verbindung“ oder „Einung“ übersetzt werden (vgl. Berufsverband der Yogalehrenden in Deutschland e.V. 2014, 4). „Yoga ist ein Gattungsname verschiedener Wege der Selbsterforschung und Selbsterfahrung, die in Indien im Laufe von mehr als 3000 Jahren entwickelt wurden“ (Trökes 2013, 17).

Trökes weist darauf hin, dass es „den“ Yoga (im Sinnes einer einzigen Auslegung) nicht gibt, da der Begriff, über die Jahrhunderte hinweg, inhaltlich verschieden gedeutet wurde und im Zusammenhang mit der jeweiligen Yoga-Tradition ganz subjektive Bedeutungsebenen hatte (vgl. Trökes 2013, 17ff). Daher lässt sich sagen, dass es sich um einen Begriff mit einer tiefgründigen Wortbedeutung und einer gewissen Mehrdeutigkeit handelt (m. E.).

Seinen Ursprung hat Yoga als eine der klassischen Schulen der indischen Philosophie (vgl. Prinz 2012, 18). „Anders als andere Philosophiesysteme ist der Yoga ein System, das den Körper in seine Entwicklungspraxis mit einbezieht.“ (Gupta, 2015, 19)

Jahrtausend alte Darstellungen von gezeigter Yoga-Praxis geben Hinweis darauf, wie lange zurück die Wurzeln der Tradition liegen (vgl. Prinz 2012, 18). Demnach ist Yoga bereits seit mindestens 3500 Jahren in Indien bekannt (vgl. Trökes 2019, 18). In der Literatur finden sich auch Angaben von Autoren, deren Angaben zur Folge bereits vor ca. 5000 Jahren versucht wurde, durch Übungspraktiken Körper, Geist und Seele ins Gleichgewicht zu bringen (vgl. Schröder/Cramer/Langhorst 2017, 40). Bereits in den Schriften des „Yoga-Sutras“ um 400 n. Chr. wird sich damit auseinandergesetzt, wie es gelingen kann, den Geist so zu schulen, dass dieser klarer, stiller und stabiler werden kann. Aber auch Anleitungen, wie mit Ängsten

umgegangen oder selbst verursachtes Leid vermieden werden kann, sind zentrale thematische Bezugspunkte (Trökes 2019, 10). Um diesen Schwierigkeiten zu begegnen, wird die Funktionsweise des Geistes analytisch beschrieben und ein Übungsweg aufgezeigt, der Selbsterkenntnis und inneres Wachstum zum Ziel hat. Dieser beschriebene Yoga-Weg (Achtgliedriger Pfad) wird heutzutage als klassischer Yoga betitelt. Mit dieser systematischen Zusammenfassung des bisherigen Wissens vom Gelehrten Patanjalis, wurde die Wissenschaft des Yogas begründet (vgl. Trökes 2019, 20; Trökes 2013, 24, Schöps 2017, 12).

Hatha-Yoga ist die letzte grundlegende Traditionslinie (vgl. Schöps 2017, 13). Der Körper wird zum Zentrum des Übungsweges gemacht (körperbezogene Übungsweg), damit führt der Weg zur Erkenntnis erstmals nicht nur über die Meditation, sondern auch über Körperübungen (vgl. ebd., 32). Dem Körper kommt ein neues Selbstverständnis bzw. eine neue Betrachtung zu. War er zuvor Hindernis, wird er nun als Werkzeug verstanden, der es dem Übenden erlaubt, Zugang zum Glück und zur Erkenntnis zu gelangen. Durch Körperübungen soll ein Körpergefühl erreicht werden, dass ein Verharren in meditativen Sitzhaltungen ohne große Schwierigkeiten möglich macht. Auch ist damit die Forderung verbunden, den Körper stets in einem guten (gesunden) Zustand zu halten. Dem Begriff Energie kommt ein hoher Stellenwert zu, es ist das entscheidende Wesensmerkmal dieses Übungsstils (vgl. Tatzky/Trökes/Pinter-Neise/Kirn 2013, 51ff). Im Verständnis der Lehre des Hatha-Yogas ist der Körper ein Energetischer, die Betrachtung geht somit über die rein anatomische Struktur hinaus. Eine Yoga-Praxis bedeutet daher Energiearbeit mit dem eigenen Körper. Heutzutage fungiert Hatha-Yoga häufig als Oberbegriff für körperorientierte Yogastile (vgl. Schöps 2017, 32).

5.2 Yoga in der heutigen Zeit

Wie beschrieben hat Yoga eine lange geschichtliche Tradition aufzuweisen und sich im Laufe der Zeit immer weiterentwickelt und verändert. Daraus entstanden sind verschiedene Traditionslinien, da Yoga Institutionen die Lehren immer wieder neu interpretierten. Diese Entwicklung findet heute Ausdruck darin, dass weltweit ganz verschiedene Arten von Yoga unterrichtet und praktiziert werden. Historisch betrachtet lässt sich deuten, dass keine der Traditionslinien den Anspruch hatte, „das wahre Yoga“ zu sein, auch weil seit Anbeginn dogmatische Ansätze mit den Grundprinzipien unvereinbar waren (vgl. Trökes 2019, 6f). Neue Entwicklungen bedingt hat unter anderem der Umstand, dass Yoga den kulturellen Gegebenheiten und gesellschaftlichen Bedarfen der Menschen im Laufe der Zeit immer wieder angepasst wurde (ebd., 9ff). Der westlich praktizierte Yoga ist ebenfalls unter dieser

Perspektive zu betrachten. Ursprung dieser unterschiedlichen Stilvarianten findet sich in der alt indischen Weisheits- und Lebenslehre (vgl. Berufsverband der Yogalehrenden in Deutschland e.V. 2014, 4).

Die heutzutage am häufigsten praktizierte Übungsform im Westen und außerhalb von Indien ist der Hatha-Yoga. Kernelemente sind Körperhaltung (Sanskrit: Asanas), Atemtechnik (Sanskrit: Pranayama) und Meditation (Sanskrit: Dhyana), die in unterschiedlichen Abfolgen eingeübt und kombiniert werden (vgl. Klatte et al. 2016, 195; Meister et al. 2018, 994). Über die Jahre und Jahrzehnte haben sich auch aus dem Hatha-Yoga (wie aus den Traditionslinien davor) neue eigene Stile mit eigenen Bezeichnungen entwickelt und etabliert (vgl. Berufsverband der Yogalehrenden in Deutschland e.V. 2014, 4). So haben die verschiedenen Stile eine unterschiedliche Ausrichtung und Fokussierung. Bei einigen liegt der Schwerpunkt auf der Atmung, bei anderen stehen Körperhaltungen und Abläufe, die z. B. in fließender Bewegung ausgeführt oder für längere Zeit in statischer Position gehalten werden, im Fokus. Auch geistige Aspekte im Sinne einer spirituell-philosophischen Weiterentwicklung finden in einigen Stilen eine starke Gewichtung (vgl. ebd.). Dazu gehören Ethik und Lebensstil, die noch heute in einigen modernen Yogastilen verankert sind. Neben den Körperübungen sind es vor allem Atemtechniken und Meditation, die dem Yoga als ein integraler Bestandteil angehören (vgl. Cramer 2017, 1925f). Aufgrund der beschriebenen unterschiedlichen Schwerpunktsetzung in den Yogaschulen kann man von drei großen Strömungen im modernen Yoga sprechen. Das Hauptaugenmerk liegt entweder auf Körperübungen (Sanskrit: Asanas), einem therapeutischen Zweck oder der Yoga-Philosophie und Meditation (Sanskrit: Dhyana) (vgl. Trökes 2019, 24). Mittlerweile findet Yoga im Bereich der Gesundheitsvorsorge, Stressbewältigung und vermehrt auch in der Therapie statt (vgl. ebd., 6).

Der wesentliche Grundgedanke des ursprünglichen Yogas ist es, auf Basis von Erkenntnissen den Geist des Menschen zu erkunden und zu untersuchen. Seit Anbeginn ist es das Interesse zu verstehen, wie dieser funktioniert, aber auch, was Irritationen im Denken auslöst. Im Selbstverständnis von Yoga versteht sich dieser als „Wissenschaft von der Seele“. Zum Yoga gehört neben der Erkenntnisebene, man könnte hierbei von einer theoretischen Ebene sprechen, gleichermaßen eine Anwendungsebene. Daher kann man Yoga als ein Übungsweg verstehen (vgl. Trökes 2017, 15f). Wie Cramer im Werk von Trökes (2017) beschreibt, „[...] ist Yoga vor allem Praxis und nur nachgeordnet Theorie und Philosophie“ (Trökes 2017, 9). Da bei einer ganzheitlich ausgeübten Yogapraxis sowohl psychologische und philosophische als auch

physiologische Aspekte ineinandergreifen, kann von einer hohen Komplexität gesprochen werden (vgl. ebd., 15). Yoga soll somit eine ganzheitliche Erfahrung sein und zu einem Ausgleich der innerlich wirksamen Kräfte führen. Körper, Geist und Atem sind gleichsam bedeutende Aspekte in der Yogapraxis (vgl. Plinz 2012, 33).

In Teilen der öffentlichen Wahrnehmung wird Yoga einer nicht immer ganz zutreffenden Kategorie zugeordnet oder genauer gesagt wird der ganzheitliche und komplexe Systemansatz nicht erkannt. Da Yoga je nach Lehre und Ausrichtung unterschiedliche Schwerpunkte haben kann, ist eine eindeutige Einordnung schwierig. Erfüllt werden sowohl Kriterien des Sports als auch die der Entspannungsverfahren. Gerade einer Betrachtung als Alternative zu Kraft- und Ausdauersportarten wie bspw. Aerobic, verkennt gänzlich oder unterbewertet die Bedeutung, die den Atem- und Meditationstechniken im Gesamtgefüge der Übungspraxis zugutekommen. Beide Techniken sind deshalb ein integraler Bestandteil von klassisch angelehntem Yoga (vgl. Berufsverband der Yogalehrenden in Deutschland e.V. 2019, 18). Ein Grundgedanke der meisten Yoga-Traditionen ist, dass Geist, Gemüt, Atem und Körper als ein System funktionieren, dass sich konstant wechselseitig beeinflusst und aufeinander einwirkt. Ein ähnlicher Ansatz findet sich bei der körperorientierten Psychotherapie wieder (vgl. Trökes 2017, S. 15f).

Vor allem in den letzten Jahren ist eine Entwicklung des Yogas zu beobachten, die sich einem breiteren Publikum geöffnet hat. Die Gründe hierfür liegen in einem erhöhten Interesse von Forschungsgruppen, die positiven Wirkungen von Yoga nach wissenschaftlichen Standards zu untersuchen. Eine in diesem Zusammenhang relevante Frage, ob sich Yoga als Methode eignet, um in der Gesundheitsversorgung erfolgreich eingesetzt zu werden, versucht die Wissenschaft folglich evidenzbasiert zu beantworten. So separierte sich das Forschungsinteresse um das Yoga von einer zuvor geisteswissenschaftlichen Sichtweise, die versucht, das Phänomen historisch-philosophisch zu beleuchten, verstärkt hin zu einem, in dem der gesundheitliche Aspekt in den Vordergrund rückt. Untersucht wird die gesundheitliche Auswirkung einer Yoga-Praxis auf die Praktizierenden¹² (vgl. Berufsverband der Yogalehrenden in Deutschland e.V. 2019, 4). Ein Ergebnis dieser Entwicklung ist, dass sich die Wahrnehmung auf Yoga im westlichen Kulturkreis verändert hat. Da Rezipienten, die zuvor keinen oder wenig Zugang zum

¹² Forschungen zur Wirksamkeit einer Yoga-Praxis werden unter der Bezeichnung „Angewandte Yoga-Forschung“ im Wissenschaftskontexts geführt.

traditionell philosophischem Yoga hatten, angesprochen werden. In neuerlichen Entwicklungen ist der Trend zu beobachten, dass Yoga nicht als rein physiologische Übungspraxis vermittelt wird, sondern es besteht das Bemühen, die methodische Besonderheit zu bewahren. Für einige Praktizierende zählt hierzu, sich den Grundsätzen der philosophischen Ebene anzunähern (vgl. ebd.).

5.2.1 Yoga in der Mind-Body-Medizin

Yoga kann als Verfahren in der Komplementärmedizin genutzt bzw. dazugezählt werden. Mittlerweile gehört es in dem Zusammenhang nicht nur zu den meistgenutzten, sondern auch am besten untersuchten Verfahren (vgl. Cramer 2017, 1926).

„Unter dem Begriff Komplementärmedizin wird ein breites Spektrum von Disziplinen und Behandlungsmethoden zusammengefasst, die auf anderen Modellen der Entstehung von Krankheiten und deren Behandlung basieren als jene der Schulmedizin. Definitionsgemäß werden sie ergänzend zur Schulmedizin eingesetzt.“ (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2020)

Der Begriff Komplementärmedizin weist darauf hin, dass es komplementäre Methoden und keine Alternativen zur Schulmedizin sind. Dabei finden komplementäre Methoden abseits der Medizin auch bspw. in der Psychotherapie, der klinischen Psychologie und in der Gesundheitspsychologie Anklang. Methoden der Mind-Body-Medizin (MBM) wie z. B. Meditationen oder Entspannungstechniken kann als Rubrik ebenfalls der Komplementärmedizin zugeordnet werden (ebd.). Laut Cramer wird „Yoga [...] weltweit vermehrt als therapeutische und präventive Methode angewandt“ (Cramer, 2015, 304).

Bei der Bewältigung von Depression werden häufig medizinische Mind-Body-Interventionen (MBI) eingesetzt. Yoga zählt zu den häufigsten verwendeten Interventionen in diesem Zusammenhang (vgl. Cramer/Lauche/Langhorst/Dobos 2013, 1068f). Nach Meister und Becker kann Yoga ebenfalls den MBI zugeordnet werden (vgl. Meister et. al. 2018, 994). Keßler hingegen wirft die Frage auf, ob Yoga und Meditation „[...] überhaupt noch als komplementärmedizinische Verfahren einzuordnen sind oder mittlerweile nicht schon in Teilen als konventionell betrachtet werden müssen“ (Keßler 2019, S.21f). Er bezieht sich dabei auf die weitreichenden internationalen wissenschaftlichen Aktivitäten, die auf diesem Feld betrieben werden (vgl. ebd., S.21). Wie bereits im Kapitel 3.2 beschrieben, wird in einer Yoga-

Praxis versucht, durch Kombination aus Asanas, Pranayama und Meditation den psychischen und physischen Zustand in ein Gleichgewichtszustand zu bringen und eine Verringerung der mentalen Aktivität zu erreichen. In der MBM bzw. den MBI ist die Annahme, dass physiologische Zustände einen Einfluss auf Emotionen, Gedanken und Einstellungen ausüben. Daher lässt sich begründen, Yoga den MBI zuzuordnen (vgl. Klatte et al. 2016, 195).

Nachfolgend soll erläutert werden, was unter dem Begriff MBM zu verstehen ist. Dieser steht heute als Oberbegriff für eine Vielzahl von wirksamen Ansätzen im Zusammenhang mit einer individuellen bzw. „patientenzentrierten“ Gesundheitsfürsorge. Die MBM liefert ergänzende Ansichten zur Allgemeinmedizin bei und beziehen sich auf verhaltens- und lebensstilorientierte Aspekte im Sinne einer professionellen Gesundheitsförderung sowie der Stärkung von Selbstheilungskompetenzen. Im medizinischen Verständnis der MBM geht man davon aus, dass mögliche Interaktionen zwischen Geist und Körper bestehen oder genauer betrachtet, ein Austausch sowohl zwischen Gehirn und dem restlichen Körper als auch dem Bewusstsein bzw. Verhalten existiert. Im Ergebnis dieses Prozesses können gesundheitsförderliche Wege aktiviert werden und so eine Verbesserung der Gesundheit entstehen (vgl. Esch 2020, 580f). Interventionen, die der MBM zuzuordnen sind, zielen darauf ab, gesundheitsfördernde Haltungen und Verhaltensweisen im Alltag zu entwickeln (vgl. Paul/Altner 2011, 7). Die MBM verfolgt einen ressourcenorientierten Ansatz, der durch das Modell der Salutogenese entscheidend mitgeprägt wurde. Im Gegensatz zur Pathogenese liegt das Interesse in der Salutogenese nicht auf krankmachenden, sondern viel mehr auf gesundheitsfördernden Faktoren. Das persönlich ausgebildete Kohärenzgefühl (Sense of Coherence) ordnet Lebensereignisse je nach Ausprägung als verstehbar, handhabbar und generell sinnvoll ein (vgl. ebd., 9). Anknüpfend an dem Modell der Salutogenese und einer ressourcenorientierten Ausrichtung wird in der MBM versucht, Selbstheilungspotenziale aufzudecken und diese gezielt anzusteuern (vgl. Esch 2020, 581). Ausgehend von den beschriebenen Merkmalen einer MBM eignet sich Yoga als eine anknüpfbare, komplementäre Übungspraxis, um nicht nur das Allgemeinwohl zu verbessern, sondern vor allem Erkrankungen, die durch Stress (mit)verursacht sind, zu behandeln.

5.2.2 Wert der Achtsamkeit

Gemäß Kabat-Zinn, dem Entwickler der achtsamkeitsbasierten Stressreduktion (Mindfulness-Based Stress Reduction), ist unter Achtsamkeit eine bestimmte Form der Aufmerksamkeitslenkung zu verstehen. Als charakteristisches Merkmal von Achtsamkeit

benennt er folgende: absichtsvoll, im gegenwärtigen Moment und nicht wertend (vgl. Teismann et.al. 2012, 28). „Achtsamkeit üben bedeutet somit, die Aufmerksamkeit immer wieder absichtsvoll zum Erleben des gegenwärtigen Augenblicks zurückzuholen und Erfahrungen der Gegenwart mit einer möglichst großen Offenheit und Akzeptanz zu begegnen“ (Teismann et.al. 2012, 28). Interventionen, die sich auf die Achtsamkeit beziehen, werden von einigen Autoren als eine wirksame Methode gegen beständiges grübeln angesehen (vgl. Teismann et.al. 2012, 28).

Im Yoga beschreibt Achtsamkeit einen Zustand, in dem der Mensch in einer Handlung oder einem Moment vollkommen gegenwärtig ist. „»Achtsamkeit bedeutet, auf eine bestimmte Art aufmerksam zu sein: bewusst, im gegenwärtigen Augenblick und ohne zu bewerten.«“ (Plinz 2012, 55). Einen Zustand der Achtsamkeit zu erreichen ist ein konkretes Ziel des Yogas. Achtsamkeit ist dabei kein beliebiger Zustand, der sich automatisch einstellt, sondern als eine bewusst einzunehmende Haltung zu verstehen. Die Praxisfelder, um sich in Achtsamkeit zu üben, sind im Yoga die Körperbewegungen, Atem- und Meditationsübungen (vgl. ebd., 19). Besonders die mentalen Übungen dienen der achtsamen Haltung und sollen zu einer höheren geistigen Gelassenheit führen. Plinz bezeichnet es als Rückzug der Sinne von der Außenwelt nach innen. Anstelle des Automatismus des Geistes, ständig auf die Umwelt zu reagieren, soll bewusste Gelassenheit treten (vgl.ebd, 22). Durch regelmäßige Körper- und Atemübungen kann die Möglichkeit geschaffen werden, sich von diesen automatischen Reaktionen zu lösen (vgl. ebd., S.21f). Entscheidende Aspekte beim Praktizieren von Yogaübungen ist einerseits, das Bewusstsein auf die Atmung zu legen und andererseits der Versuch nach innen gerichtet, achtsam im Augenblick zu sein. Andernfalls bleibt eine vermeintliche Yogaübung lediglich eine rein physische Bewegungsausübung (vgl. ebd., 22).

Wiederholtes Üben, die Aufmerksamkeit bewusst auf einen gewählten Fokus zu lenken, ermöglicht es, sich von automatischen Reaktionen und Bewertungen zu lösen und neue neuronale Verbindungen zu aktivieren. So kann regelmäßig geübte Achtsamkeit dazu führen, dass alte Reaktionsmuster durch neue gesündere Verhaltensweisen ersetzt werden (vgl. ebd., 55). Eine achtsame Haltung kann dabei unterstützen, die verankerten Automatismen des Stressreaktionssystems zu verlassen (vgl. ebd., 66). Die achtsame Haltung übt darin, Empfindungen einfach nur zu beobachten und nicht direkt zu bewerten (vgl. ebd., 63). „So verschaffen die Übungen dem Denken und Fühlen Erfahrungen, die nicht als Bedrohungssignale gewertet werden müssen. Dieses Aussteigen aus der depressiven Spirale macht die eigentliche Qualität des Yoga für die Bewältigung einer Depression aus.“ (ebd., 63)

Yoga weist eine Vielzahl an unterschiedlichen Techniken auf, durch deren Einsatz depressives Erleben gelindert werden kann. Der gesundheitsfördernde Effekt dabei ist, dass es Praktizierenden hilft, mit Stresssymptomen umzugehen und sie sich dadurch als selbstwirksam erfahren (vgl. ebd., 66).

Yoga steht in Verbindung mit dem Wert der Achtsamkeit. Ob Yoga als eine Achtsamkeitsintervention verstanden werden kann, bleibt an dieser Stelle ungeklärt. Diesbezüglich wurde in der gesichteten Literatur keine Angaben gemacht. Es besteht aber eine gewisse Kohärenz zwischen den Methoden einer auf Achtsamkeit ausgerichteten Interventionen und Yoga, in denen vor allem Elemente der Meditation und Atmung eine Rolle spielen.

5.2.3 Yoga und Gesundheit

Im Fokus dieses Unterkapitels steht die gesundheitliche Wirkung einer Yoga-Praxis. Da sich das Forschungsinteresse in dieser Arbeit, auf der Anwendbarkeit bei postpartalen Depressionen beschränkt, liegt das Hauptaugenmerk besonders auf den psychischen Wirkfaktoren. Da Erkrankungen nicht isoliert nur psychische oder physische Bereiche, sondern den ganzen Menschen betreffen (vgl. Kollak 2019, 41) ist vereinzelt eine Betrachtung von physischen Wirkfaktoren sinnvoll.

„Yoga Übungen sprechen Körper, Geist und Psyche an. Das gilt sowohl für die Körper- und Atemübungen wie auch für die Konzentrations-/Meditationsübungen.“ (Kollak 2019, 27) Durch diesen Ansatz leistet Yoga einen gesundheitsfördernden Beitrag und beeinflusst das allgemeine, psychische und physische Wohlbefinden in positiver Weise. Im Yoga zusätzlich verankert sind Prozesse der Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion, die zu Veränderungen in der Lebensorientierung führen (vgl. ebd., 27f). Yoga kann als lebensbegleitende Maßnahme verstanden werden, die Menschen nicht nur auf körperlicher Ebene stärken kann, sondern ebenfalls auf emotionaler und geistiger. Ebenfalls kann Yoga für einige Praktizierende eine geistige und spirituelle Dimension haben und so eine ergänzende Komponente sein, um sinnstiftend zu wirken. Dies kann ein Wert sein, der zur körperlichen und psychischen Gesundheit beiträgt, da es den Menschen auf ganzheitlicher Ebene beeinflusst. Eine medizinische Anwendung von Yoga findet nicht nur im Präventivangebot statt, sondern auch in therapiebegleitender Form (vgl. Berufsverband der Yogalehrenden in Deutschland e.V. 2014, 8f).

Durch die Körperübungen (Asanas) wird u.a. die Beweglichkeit der Gelenke, die Dehnbarkeit der Muskeln und Sehnen, die Körperkraft und die Ausdauerkraft aktiv wahrgenommen und erfahrbar, sowie deren Veränderungen die im Zuge einer regelmäßigen Praxis entstehen. Körperliche Erfahrungen legen die Basis, um die Wahrnehmung auf den eigenen Körper und das eigene Wohlergehen zu legen. Das Vermögen den eigenen Körper wahrzunehmen, ist auch Voraussetzung um durch Atemübungen bspw. den Blutdruck zu senken oder bei Nervosität ein Entspannungszustand hervorzurufen. Der Effekt einer bewussten Atmung kann wie folgend beschrieben werden: Durch vollständig durchgeführte Atemzüge mit verbundenen Atempausen, kommt es zu einer Muskelentspannung im Körper. Dieser Prozess bewirkt, dass sich die Gefäße erweitern und sich der Blutdruck senkt. Eine Stressminderung kommt dadurch zu Stande, dass einzelne Körperübungen die Aufmerksamkeit auf eine korrekte Durchführung lenken, wodurch die wiederkehrenden und teilweise belastenden Gedankengänge durchkreuzt werden (vgl. Kollak 2019, 27f).

5.3 Yoga Forschung zur Wirksamkeit bei Depression

Yoga ist seit 2016 anerkanntes UNESCO Weltkulturerbe, was nicht zuletzt auf Grundlage der wiederholt positiv nachgewiesenen Wirksamkeit von Yoga in wissenschaftlichen Studien bezüglich gesundheitlicher Fragestellungen in verschiedenen medizinischen Bereichen zurückzuführen ist (vgl. Keßler 2019, 17). „Inzwischen gehört Yoga zu den am besten wissenschaftlich untersuchten Methoden der Naturheilkunde.“¹³ (Gupta o.J., 4) In den USA zählt Yoga zu der am häufigsten genutzten Methode der komplementären medizinischen Interventionen. Jede zweite praktizierende Person berichtet dabei aus gesundheitlichem Anlass, mit der Yoga-Praxis begonnen zu haben (vgl. Cramer 2015, 305). Anhand der umfangreichen Datenlage lässt sich die Wirksamkeit von Yoga in Bezug auf medizinische Fragestellungen deutlich belegen. Gezielt zu untersuchen bleibt hingegen, in welchem Umfang und wie effizient die Methode im Vergleich zu konventionellen Methoden ist (vgl. Keßler 2019, 18)

In der Folge werden die Ergebnisse verschiedener Studien präsentiert, in denen Yoga als Anwendungsmethode bei der Behandlung von Depressionen und postpartaler Depressionen eingesetzt wurde. Ebenfalls eingeschlossen wurden Studien, die untersuchten welche Wirkmechanismen eine regelmäßig ausgeübte Yoga-Praxis bei der Behandlung von

¹³ Der Begriff Naturheilkunde kann in diesem Zusammenhang in synonyme Bedeutung zum Begriff der komplementären Medizin verstanden werden.

psychischen Störungen zugrunde liegen. Dies wurde als notwendig und sinnvoll erachtet, um die Forschungsfrage zu beantworten. Die Studien wurden so gewählt, dass sie entweder einem randomisierten und kontrollierten Studiendesign entsprechen, um eine möglichst hohe Validität der Ergebnisse zu gewährleisten und/oder eine geeignete Methode darstellten, um bei der Beantwortung der Forschungsfrage Aufschluss zu geben. Da das Forschungsfeld zur Behandlung von postpartalen Depression durch eine Yogaanwendung klein ist, wurde ebenfalls auf Forschungsergebnisse zu allgemeinen Depressionen und psychischen Störungen zurückgegriffen. Da wie bereits dargelegt, postpartale Depressionen dem Krankheitsbild der Depression außerhalb des postpartalen Zeitraumes im charakteristischen Erscheinungsbild nahezu identisch sind, lassen sich trotz alledem gehaltvolle Rückschlüsse zum Forschungsthema herleiten.

Klatte et al. stellten in einer systematischen Literaturübersicht und Metaanalyse die Ergebnisse aus 25 randomisierten kontrollierten Studien (RCT) dar, in denen die Wirksamkeit von körperorientiertem Yoga in der Behandlung psychischer Störungen untersucht wurde. In allen berücksichtigten Studien wiesen die Teilnehmer (18 bis 65 Jahre) mindestens eine milde Form einer psychischen Störung (u. a. auch Depressionen) auf. Die eingesetzte Übungsform war körperorientierter Yoga mit zentralen Bestandteilen aus Körper- und Atemübungen. Als Ergebnis der systematischen Übersichtsstudie konnten positive Effekte von Yoga in Bezug auf störungsspezifische Symptome aufgezeigt werden. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass körperorientiertes Yoga bei der komplementären Behandlung von psychischen Störungen, als vielversprechende und geeignete Maßnahme berücksichtigt werden kann, wobei eine starke Symptomausprägung psychischer Störungen die Wirksamkeit der Maßnahme erheblich mindert. Ein signifikanter Effekt zugunsten von Yoga zeigte sich im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe. Kleine Effekte erzielte Yoga im Vergleich zu Sport sowie ein vergleichbares Ergebnis zu einer psychotherapeutischen Standardbehandlung (vgl. Klatte et al. 2016, 195ff). Der Metaanalyse zugrunde liegende Studien weisen allerdings ein hohes Verzerrungsrisiko auf, was bei der Interpretation und Auswertung der Studie beachtet werden sollte (vgl. Klatte et al. 2016, 197).

In einer Übersichtsarbeit analysierte McCall die Wirksamkeit einer regelmäßig ausgeübten Yoga-Praxis. Der Arbeit entnommen werden kann vor allem, dass die dort analysierten Studien empirisch nachweisen, dass eine regelmäßig ausgeübte Yoga-Praxis positive Auswirkungen auf das endokrine System, das Nervensystem und die körperliche Gesundheit hat. Empirisch gut belegt ist darüber hinaus die Senkung des Stresshormons Cortisol bei nachfolgendem Anstieg

des Serotonin- und Melatoninspiegels sowie der positive Einfluss von Yoga auf die Hormonregulation. Die Reduzierung von wahrgenommenem Stress, ferner abnehmender Angst sind in der Annahme, Folge der Senkung des Cortisolspiegels zu sein, ein weiteres Ergebnis. Yoga steigert zudem Gefühle des Wohlbefindens (vgl. McCall 2013, 1ff).

Streeter et al. untersuchten in einer Studie, wie sich der Einsatz von Yoga (Iyengar-Yoga) auf die Depressionswerte von depressionsbetroffenen Probanden auswirkt. Dafür wurden die Probanden in zwei Gruppen eingeteilt, der „Low Dose“ Gruppe (drei wöchentliche Yogakurse) und der „High Dose“ Gruppe (vier wöchentliche Yogakurse). Alle Studienteilnehmenden wiesen mindestens einen Screeningwert von 14 auf, gemessen anhand des Beck-Depressions-Inventar-II¹⁴ (BDI-II). Der durchschnittliche BDI-II Wert der Gruppe „Low Dose“ betrug beim Start der Yoga-Intervention 27,7 und bei der Gruppe „High Dose“ 24,6. Der 12-wöchig durchgeführte Yogakurs wurde von lizenzierten Iyengar-Lehrern durchgeführt. Die 90-minütigen Yogakurse beinhalteten neben Körperhaltungen (Asanas) tiefe Entspannungsübungen (Savasana) und kohärentes Atmen. Allen Teilnehmenden war es erlaubt, die bestehende Medikation weiter beizubehalten. Ein Bestandteil der Studienmethode war es, dass die Teilnehmenden eine CD mit nach Hause nahmen, mit der Anforderung (in der Studie „Homework“ genannt) zusätzlich zu den Kursen für jeweils 15 Minuten, angeleitet Haltungen und kontrolliertes-kohärentes Atmen zu praktizieren. Als Ergebnis konnte in beiden Gruppen ein signifikante Reduktion der Depressionswerte gemessen werden. Die Teilnehmenden des viermal wöchentlich durchgeführten Programmes verzeichneten am Ende der Studie einen BDI-II Wert von 6,0. Die Vergleichsgruppe mit drei wöchentlichen Einheiten wurde mit einem durchschnittlichen Wert von 10,1 gemessen. Festgehalten werden kann, dass der Durchschnitt der Teilnehmenden am Anfang der Studie den Schweregrad einer mittelschweren Depression hatte. Nach der zwölf-wöchigen Yoga-Intervention lag der Durchschnittswert bei einer minimalen Depression (gemäß BDI-II). Das bedeutet Depressionssymptome konnten durch Yoga-Interventionen signifikant gelindert werden. Die Forschenden gehen von einer 48-stündigen Halbwertszeit aus, in denen eine Verringerung der Remissionsrate durch eine Praxis

¹⁴ Beim Beck-Depressions-Inventar handelt es sich um ein Screening-Instrument, das im klinischen Bereich eingesetzt wird, um den Schweregrad (depressiver Symptomatik) einer Depression bestimmen zu können. Es handelt sich hierbei um ein Selbstfragebogen, bestehend aus 21 Items (Gruppen von Aussagen mit je vier Antwortmöglichkeiten). Erreicht werden kann ein Wert zwischen 0 und 63. 0–13 = minimale Depression, 14–19 = leichte Depression, 20–28 Mittelschwere Depression, 29–63 Schwere Depression (vgl. Streeter et al. 2017, 202).

erreicht werden kann. Resultierend daraus reichen drei Yogaeinheiten pro Woche aus, um depressive Symptome zu verbessern (vgl. Meister/Becker 2018, 994).

In einer Metaanalyse von Cramer et al. wurden neun RCT mit insgesamt 452 Probanden ausgewertet, um die Wirksamkeit von Yoga auf Depressionen zu untersuchen. Der Schweregrad der Depression der Teilnehmenden wurden mit verschiedenen Screening-Instrumenten festgestellt¹⁵. In den neun Studien wurden unterschiedliche Yogastile zur Behandlung der Depression eingesetzt. Laut der Metanalyse gibt es eine moderate Evidenz für kurzfristige Wirksamkeit einer Yoga-Intervention im Vergleich zu einer bewährten Behandlung auf den Schweregrad von depressiven Störungen. Einzelne RCTs ergaben keine signifikanten Unterschiede bei der kurzzeitigen Wirkung von Yoga im Vergleich zu Behandlungsformen wie bspw. Gruppentherapie, sozialen Selbsthilfegruppen, Massage oder pharmakologischer Behandlung. Im Hinblick auf den Grad der Remission¹⁶ ergaben sich im Vergleich von Yoga gegenüber pharmakologischer Behandlung und Elektrotherapie keine signifikanten kurzfristigen Unterschiede. Eine weitere RCT beschreibt signifikante Gruppenunterschiede, die Yoga zugunsten einer Behandlung mit Entspannungsverfahren aufweist. Laut den Forschenden geben die Ergebnisse der Metaanalyse Hinweis darauf, dass Yoga bei depressiven Störungen wirksam sein könnte. Aufgrund der Heterogenität der verschieden eingesetzten Yoga-Interventionen und der mangelhaften Kenntlichmachung der methodischen Vorgehensweise müssen die Ergebnisse mit Vorsicht betrachtet werden. Ebenfalls verhindern methodologische Nachteile ein eindeutiges Ergebnis (vgl. Cramer et al. 2013, 1068ff).

In einer weiteren RCT untersuchten Buttner et al. die Wirksamkeit von Yoga bei postpartalen Depressionen. Alle an der Studie teilnehmenden Frauen waren zwischen 18 und 45 Jahre alt und hatten innerhalb der letzten zwölf Monate ein Kind entbunden. Um die Schwere depressiven Störung festzustellen, nutzen die Forschenden eine Vielzahl an Sceninginstrumenten u. a. Patient Health Questionnaire¹⁷ (PHQ-9) Selbstfragbogen und Hamilton Depression Rating Scale. In den Kursen wurde speziell auf die Zielgruppe zugeschnittenes, zertifiziertes Vinyasa-Flow Yoga praktiziert, wobei die kursleitende Person bereits Erfahrung im Unterrichten von Frauen im postpartalen Zeitraum besaß. Yoga wurde

¹⁵ U. a. Becks-Depressions-Inventar, Hamilton Depression Rating Scale, Edinburgh Postnatal Depression Scale (vgl. Cramer et al. 2013, 1072).

¹⁶ Unter Remission im Hinblick auf Depression versteht man das Heranreichen an einen symptomfreien Zustand (vgl. Wirtz o. J.)

¹⁷ Der PHQ-9 besteht aus neun Aussagen (Items) mit jeweils 4 Antwortmöglichkeiten. < 5 gesund < 10 unauffällig, 10–14 „leichtgradige“ Depression, 15–19 „mittelgradige“ Depression, 20–27 „schwergradige“ Depression

über eine Zeitspanne von acht Wochen mit jeweils einstündigen Klassen praktiziert. Zusätzlich zu den Kursen wurden die Probanden angehalten, eigenständig zu Hause für mindestens 30 Minuten pro Woche zu praktizieren. Dafür bekamen die Teilnehmenden eine DVD mit identischem Übungsablauf an die Hand. Der Studie zu entnehmen ist, dass Probanden der Yogagruppe deutlich schneller verbesserte Werte von Depression, Angst, Wohlbefinden und gesundheitlicher Lebensqualität erreichten als Frauen der Kontrollgruppe. Die Ergebnisse der Wirksamkeitsstudie implizieren darüber hinaus, dass Yoga die gesundheitsbezogene Lebensqualität¹⁸ (Health-Related Quality of Life) verbessert (vgl. Buttner/Brock/O'Hara/Stuart 2015, 94ff).

¹⁸ „Gesundheitsbezogene Lebensqualität (Health-Related Quality of Life, HRQoL) ist ein multidimensionales Konstrukt aus physischen, psychischen und sozialen Dimensionen und schließt deutlich mehr ein als lediglich Aussagen zum individuellen Gesundheitszustand. Wesentliche Orientierung ist hierbei die subjektive Wahrnehmung durch den Probanden.“ (Robert Koch-Institut 2020)

6. Fazit

In der Arbeit dargelegt werden konnte, in welchen kritischen Lebensphasen sich Frauen nach der Geburt häufig wiederfinden. Durch enorme Veränderungen auf körperlicher, geistiger und auch psychosozialer Ebene kann eine Frau dem Gesamtvolumen, das von ihr in einer solchen Phase abverlangt wird, in häufigen Fällen nicht mehr Rechnung tragen. Bei der Behandlung postpartaler Depression ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Fachärzten (einschließlich Psychotherapeuten), Gynäkologen und Hebammen notwendig. Um eine optimale Versorgung für betroffene Menschen zu leisten, ist das Einbeziehen der Akteure der Sozialen Arbeit ebenfalls sinnvoll.

Ziel der Arbeit war es, das Potenzial einer regelmäßig ausgeübten Yoga-Praxis als therapiebegleitende Maßnahme bei der Behandlung von postpartalen Depressionen zu beleuchten. Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurde zunächst die allgemeine Form der Depression im Kapitel 2 verortet. Damit in Kapitel 3 und 4 ein Verständnis für die Sonderform der Störung dargestellt werden konnte, wurde sich mit den grundlegenden Faktoren einer Depression auseinandergesetzt, welche im Anschluss als Basis für den weiteren Verlauf der Arbeit diente. Um die Forschungsfrage vollumfänglich beantworten zu können, wurden die Elemente des Yogas in Kapitel 5 beleuchtet sowie die Faktoren, wie Yoga bei Depressionen aus wissenschaftlicher Perspektive helfen kann. Das Ergebnis hierbei war, dass Yoga nicht als reine Therapie angewandt werden kann, sondern im Kontext einer therapiebegleitenden Maßnahme stattfindet. Yoga kann zwar dabei helfen, Ursachen einer Depression zu erkennen und wenn regelmäßig praktiziert Symptome abmildern, aber eine fachärztliche Behandlung kann es nicht ersetzen (vgl. Trökes 2017, 15). In Anbetracht der Versorgungslage und der hohen Fallzahlen könnte Yoga verschieden eingesetzt - ob in Gruppen, im Einzelsettings oder digital am Bildschirm - depressiven Müttern eine gute Unterstützung bieten. Um wirksam bei depressiver Symptomatik zu sein, sollte eine Yoga-Praxis aus Bewegungsübungen und Körperhaltungen, meditativen und atemausgerichteten Übungen gleichermaßen bestehen. Die Bedeutsamkeit der meditativen Anteile an der Praxis sind belegt (vgl. Meister/Becker 2018, 994). Nachgewiesen werden konnte auch die Wirksamkeit auf die Gesundheitsbezogene Lebensqualität (Health-Related Quality of Life) (vgl. Buttner/Brock/O'Hara/Stuart 2015, 97). Das Ergebnis ist, dass eine Wirkung sowohl auf körperlicher Ebene und geistiger Ebene belegt ist. Um die Wirkungsmechanismen von Yoga bei der Behandlung von depressiven Störungen

darzulegen, wurden schlüssige Verbindungen zur Mind-Body-Medizin herangezogen und Yoga als ein überschneidendes Phänomen betrachtet.

Ein weiteres Potenzial, welches beleuchtet wurde, ist das Yoga Achtsamkeit fördert. Dadurch kann es gelingen aus, depressiven Spiralen, die vor allem durch Grübeln gekennzeichnet sind, auszubrechen und zu mehr innerlicher Ruhe zu gelangen. Vor dem Hintergrund, Yoga als stressbewältigende Methode der Selbstanwendung auszuüben und zu nutzen, untermauern wissenschaftliche Belege wie die nachweisliche Senkung des Cortisolspiegels und Steigerung des Melatoninspiegels. Aus der Wissenschaft kommen zudem Hinweise, dass Yoga eine positive Wirkung auf die Schlafqualität haben könnte (vgl. McCall 2013, 2; Meister/Becker 2018, 994).

In den letzten Jahren gab es einen deutlichen Anstieg an randomisiert kontrollierten Studien auf dem Themengebiet Yoga und Depressionen (vgl. Meister/Becker 2018, 994). Durch die aufgeführten Studien ist deutlich geworden, dass es empirische Belege für die Wirksamkeit von Yoga-Intervention zur Behandlung depressiver Störungen gibt. In Metaanalysen konnten zudem kurzfristige antidepressive Effekte von Yoga nachgewiesen werden (vgl. Meister/Becker 2018, 994). Der Wert einer achtsamen Haltung wurde dargelegt, um durch eine Akzeptanz und einer gefühlswahnehmenden Haltung aus der Schleife depressiven Grübelns zu entkommen. Nichtsdestotrotz müssten in Zukunft mehr randomisierte und kontrollierte Studien hervorgebracht werden, um eine bedeutendere Aussagekraft zu geben, ob Yoga verstärkt als therapiebegleitende Maßnahme eingesetzt werden soll. Als besonders relevant erscheint hierbei eine genaue Beschreibung der Methodik und der eingesetzten Yoga-Intervention. Eine größere Homogenität bei der Methodik würde eine Vergleichbarkeit der Studien bestärken und die wissenschaftliche Aussagekraft unterstreichen. Aus diesem Grund macht es Sinn bei der Forschung der Forschungsfrage weiter anzusetzen, um konkretere Aussagen treffen zu können.

7. Ausblick

In Bezug auf die Fragestellung der Arbeit „Das Potential regelmäßiger Yoga-Praxis als therapiebegleitende Maßnahme in der Behandlung postpartaler Depressionen“, ist es sinnvoll ebenfalls einen Ausblick in Richtung des aktuellen Wissensstandes im Bereich der Wissenschaft zu geben, um im Anschluss dessen eine Empfehlung dafür auszusprechen an welchem Ansatzpunkt es in Zukunft wichtig ist weiter anzusetzen.

Empirisch gibt es zwar einige relevante Aussagen, die gesamten positiven Effekte der Forschungsfrage sind jedoch schwer zu belegen. Es müssen neue Wege und kreative Studiendesigns gefunden werden, um die positiv Effekte von Yoga in Bezug auf postpartale Depressionen darzulegen. Von Bedeutung wären vor allem randomisierte und kontrollierte Studien. Bisher gibt es auf dem Themengebiet noch wenig Forschungsergebnisse. Sicher ist Yoga nicht für jede postpartal betroffene Frau nützlich, aber durchaus für ein bestimmtes Klientel eine hilfreiche Unterstützungsmaßnahme bei der Behandlung von Depression nach der Geburt. Wichtigster Punkt bleibt der Erfolg der Methode, dafür muss es künftig klinische Überprüfbarkeit in Studien geben, um Yoga anschlussfähig an ein medizinisches Versorgungsnetz zu machen. Weitere Studien müssen Aufschluss darüber geben, bei welcher Patientengruppe Yoga tatsächlich gute Heilungschancen in Aussicht stellt, um einen passgenauen Einsatz der Methode zu gewährleisten. Nur so kann Yoga als Behandlungsmethode bei der Heilung von depressiver Störungen von Ärzten mitbedacht und verschrieben und letztlich eingesetzt werden.

In Bezug auf die soziale Arbeit kann festgestellt werden, dass die Behandlung der PPD zur Linderung sozialer Probleme helfen kann. PPD stellt heutzutage ein soziales Problem dar, da die Fallzahlen konstant hoch sind. Bei der Versorgung kann Yoga ein bedeutender Baustein sein. Die soziale Arbeit kann in Zukunft in diesem Feld als Brückenbauer fungieren, indem sie als Vermittler durch Yoga auf verschiedenen Wegen aktiv wird. Hierfür müsste laut aktuellen Stand jedoch mehr Bewusstsein für die Praxis von Yoga, ihren Auswirkungen in den Bereichen der Depression und generellen Stressbewältigungsfaktoren im Bereich der Sozialen Arbeit bekannt gemacht werden

Literaturverzeichnis

- Briese, V./Bolz, M./Reimer, T.** (2015): Krankheiten in der Schwangerschaft. Handbuch der Diagnosen von A-Z. 2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin, München, Boston: De Gruyter.
- Brockington, I.** (2001): Die Psychiatrie der Mutterschaft – ein neues Fachgebiet. In: . In: Klier, C.M./Demal, U./Katschnig, H. (Hrsg.): Mutterglück und Mutterleid. Wien: Facultas, 11-20.
- Dalton, K.** (2003): Wochenbettdepression. Erkennen – Behandeln – Vorbeugen. 1.Aufl. Bern [u. a.]: Verlag Hans Huber.
- Dilling, H./Mombour, W./Schmidt, M.H.** (2015): Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. 10. Aufl. Bern: Hogrefe Verlag
- Dinner, P.** (2019): Depression. 100 Fragen, 100 Antworten. 3., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.
- Fiegl, J.** (2006): Postpartale Depression aus psychotherapeutischer Sicht und Strategien der Behandlung. In: Wimmer-Puchinger, Beate/Riecher-Rössler, Anita (Hrsg.): Postpartale Depression von der Forschung zur Praxis. Wien: Springer Verlag, 95-107.
- Grube, M.**(2013): Postpartale Depression. In: Freitag, C.M./Barocka, A./Fehr, C./Grube, M./Hampel, H.(Hrsg.): Depressive Störungen über die Lebensspanne. Ätiologie, Diagnostik und Therapie. 1.Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 41-53.
- Hautzinger, M.** (2015): Depression. In: Linden, M./Hautzinger, M. (Hrsg.): Verhaltenstherapiemanual. 8., vollständig überarbeitete Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 511-516.
- Heller, A.** (2015): Nach der Geburt. Wochenbett und Rückbildung. 2., unveränderte Auflage. Stuttgart, Berlin: Georg Thieme Verlag.
- Henze, K.-H.** (1997): Depressive Beschwerden und psychotische Erkrankung nach der Geburt. In: Friedrich, H./Hantsche, B./Henze, K.H./Piechotta, G. (Hrsg.): Betreuung von Eltern mit belastenden Geburtserfahrungen. Bd.1. Bern u. a.: Verlag Hans Huber, 159-172
- Ihle, W./Groen, G./Walter, D./Esser, G./Petermann, F.**(2012): Depression. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Bd. 16. Göttingen u. a.: Hogrefe Verlag.
- Klier, C. M./Lenz, G./Lanczik** (2001): Psychotherapie bei Depression in Schwangerschaft und nach der Geburt. In: Klier, C.M./Demal, U./Katschnig, H. (Hrsg.): Mutterglück und Mutterleid. Wien: Facultas, 39-54.

- Kollak, I.** (2019): Yoga in Vorsorge und Therapie. Fachbuch mit Übungen für Atmung, Bewegung und Konzentration. 1. Aufl., Berlin: Hogrefe Verlag
- Marx, C.** (2016): Nichtorganische Schlafstörungen. 1. Auflage. Berlin. Springer.
- Nispel, P.** (1996): Mutterglück und Tränen. Depression nach der Geburt verstehen und überwinden. Freiburg, Basel, Wien: Herder
- Paul, A./Altner, N.** (2011): Grundlagen der Mind-Body-Medizin. In: Dobos, G./Paul, A. (Hrsg.): Mind-Body-Medizin. Die moderne Ordnungstherapie in Theorie und Praxis 1. Aufl. München: Urban & Fischer Verlag. 7-92.
- Payk, T.R.** (2010): Depression. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Payk, T.R.** (2021): Psychopathologie. 5. Aufl. Berlin: Springer-Verlag.
- Reiner-Lawugger, C.** (2016): »So war das aber nicht geplant...«. In: Wimmer-Puchinger, B./Gutiérrez-Lobos, K./Riecher-Rössler, A. (Hrsg.): Irrsinnig weiblich – Psychische Krisen im Frauenleben. Hilfestellung für die Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. 145-158.
- Reiner-Lawugger, C.** (2019): Mütter in schweren psychischen Krisen. In: Brisch, K.H. (Hrsg.): Familien unter Hoch-Stress. Beratung, Therapie und Prävention für Schwangere, Eltern und Säuglinge in Ausnahmesituationen. Stuttgart: Klett-Cotta. 34-46.
- Riecher-Rössler, A.** (2001): Die Depression in der Postpartalzeit. In: Klier, C.M./Demal, U./Katschnig, H. (Hrsg.): Mutterglück und Mutterleid. Wien: Facultas, 23-38.
- Riecher-Rössler, A.** (2006): Was ist postpartale Depression?. In: Wimmer-Puchinger, B./Riecher-Rössler, A. (Hrsg.): Postpartale Depression von der Forschung zur Praxis. Wien: Springer Verlag, 11-20.
- Riecher-Rössler, A.** (2012): Depressionen in der Postpartalzeit. In: Riecher-Rössler, A. (Hrsg.): Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Basel [u. a.]: Karger, 52-60.
- Rohde, A.** (2004): Rund um die Geburt eines Kindes: Depressionen, Ängste und andere psychische Probleme. Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und ihr soziales Umfeld. 1. Aufl. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Rohde, A.** (2002): Hormonelle Aspekte bei affektiven Störungen, Angst- und Zwangserkrankungen. In: Kuhl, H. (Hrsg.): Sexualhormone und Psyche. Grundlagen, Symptomatik, Erkrankungen, Therapie. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 29-37.
- Sauer, B.** (1993): Postpartale Depression. Die Geburt eines Kindes als kritisches Lebensereignis bei Frauen. Medizinische Psychologie, Bd. 2. Münster, Hamburg: Lit Verlag.

- Schöps, I.** (2017): Yoga. Das Grosse Praxisbuch für Einsteiger & Fortgeschrittene. München: Knaur Balance.
- Steinmann, M./Watzke, B./Lehmann, C./Härter, M.** (2013): Epidemiologie depressiver Störungen. In: Freitag, C.M./Barocka, A./Fehr, C./Grube, M./Hampel, H. (Hrsg.): Depressive Störungen über die Lebensspanne. Ätiologie, Diagnostik und Therapie. 1.Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 17-28.
- Tatzky, B./Trökes, A./Pinter-Neise, J./Kirn, G.** (2013): Theorie und Praxis des Hatha-Yoga. Ein Leitfaden zur Erfahrung der Energie. 4. Aufl. Pertersberg: Via Nova Verlag.
- Teismann, T./Hanning, S./von Brachel, R./Willutzki, U.** (2017): Kognitive Verhaltenstherapie depressiven Grübelns. 2. Aufl. Berlin: Springer-Verlag.
- Töle, R./Windgassen, K./Lempp, R./du Bois, R.** (2014): Psychiatrie. einschließlich Psychotherapie. 17., überarbeitete und ergänzte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Trökes, A.** (2013): Die kleine Yoga Philosophie. München: O. W. Barth Verlag.
- Trökes, A.** (2017): Yoga bei Depression. Freiburg im Breisgau: Verlag Herder.
- Trökes, A.** (2019): Das große Buch vom Yoga. 4. Aufl. München: Gräfe und Unzer Verlag.
- Wimmer-Puchinger, B.** (2006): Prävention von postpartalen Depressionen – Ein Pilotprojekt des Wiener Programms für Frauengesundheit. Wimmer-Puchinger, B./Riecher-Rössler, Anita (Hrsg.): Postpartale Depression von der Forschung zur Praxis. Wien: Springer Verlag, 21-49.

Internetquellen

- Bergant, A./Nguyen, T./Moser, R./Ulmer, H.** (1998): Prävalenz depressiver Störungen im frühen Wochenbett. Gynäkologisch-geburtshilfliche Rundschau, 38, 232-237.
- Berufsverband der Yogalehrenden in Deutschland e.V.** (2014): Qualität im Yoga. Eine Informationsbroschüre. Online unter: https://www.yoga.de/site/assets/files/1445/18_bdy_rz_broschure_qualitat_web.pdf (Zugriff: 09.06.2022).
- Berufsverband der Yogalehrenden in Deutschland e.V.** (2019): Yoga in Prävention und Therapie Eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme. Online unter: https://www.yoga.de/site/assets/files/1441/yoga_in_praevention_und_therapie_bdy_web.pdf (Zugriff: 22.07.2022).
- Bretschneider, J./Kuhnert, R./Hapke, U.** (2017): Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring, 2(3), 81–88.

- Online unter:
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_03_2017_Praevalenz_Depressive_Symptomatik.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff: 02.02.2022).
- Buttner, M.M./Brock, R.L./O'Hara, M.W./Stuart** (2015): Efficacy of yoga for depressed postpartum women: a randomized controlled trial. *Complementary therapies in clinical practice*, 21(2), 94-100. Online unter: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744388115000250> (Zugriff: 03.08.2022).
- Bundesministerium für Gesundheit** (2017): Nationales Gesundheitsziel. *Gesundheit rund um die Geburt*. BMG, Berlin. Online unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales Gesundheitsziel Gesundheit rund um die_Geburt.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf) (Zugriff: 02.06.2022).
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz** (2020): *Gesundheit. Medizin und Gesundheitsberufe. Komplementärmedizin*. Online unter: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Komplement%C3%A4rmedizin.html> (Zugriff: 22.07.2022).
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)** (2018): *Alphabetisches Verzeichnis. Gesundheitsziele*. Online unter: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsziele/> (Zugriff: 24.05.2022).
- Cramer, H./Lauche, R./Langhorst, J./Dobos, G.** (2013): Yoga for depression: A systematic review and meta-analysis. *Depression and anxiety*, 30(11), 1068-1083. Online unter: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/da.22166?saml_referrer (Zugriff: 28.07.2022).
- Cramer, H.** (2015): Yoga in Deutschland – Ergebnisse einer national repräsentativen Umfrage. *Forschende Komplementärmedizin*, 22(5), 304-310. Online unter: <https://www.karger.com/Article/Pdf/439468> (Zugriff: 09.06.2022).
- Cramer, H.** (2017): Wo und wie wirkt Yoga?–Eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 142(25), 1925-1929. Online unter: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0043-116158> (Zugriff: 22.07.2022).
- DGPPN/BÄK/KBV/AWMF** (Hrsg.) (2015): *Unipolare Depression. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5*. Berlin: Online unter: <https://www.leitlinien.de/themen/depression/pdf/depression-2aufl-vers5-lang.pdf> (Zugriff: 15.04.2022).

- Dorn, A./Mautner, C.** (2018): Postpartale Depression. Interdisziplinäre Behandlung. Der Gynäkologe, 51(2), 94-101. Online unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00129-017-4183-3.pdf> (Zugriff: 19.05.2022).
- Dorsch, V.M./Rohde, A.** (2016): Postpartale psychische Störungen–Update 2016. Frauenheilkunde up2date, 10(04), 355-374. Online unter: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0042-112631.pdf> (Zugriff: 04.04.2022).
- Ehlert, U.** (2004): Einfluss von Stress auf den Schwangerschaftsverlauf und die Geburt. In: Psychotherapeut, 49(5), 367-376. Online unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00278-004-0389-7.pdf> (Zugriff: 08.06.2022).
- Esch, T.** (2020): Der Nutzen von Selbstheilungspotenzialen in der professionellen Gesundheitsfürsorge am Beispiel der Mind-Body-Medizin. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 63(5), 577-585. Online unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00103-020-03133-8.pdf> (Zugriff: 16.07.2022).
- Gupta, H.** (2015): Yoga in der Therapie von Stress. Zeitschrift für Komplementärmedizin, 7(01), 18-22. Online unter: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0035-1545367> (Zugriff: 19.04.2022).
- Gupta, H.** (o.J.): Yoga und Medizin IV. Yogarezeption durch die naturwissenschaftliche Medizin. Frühe Rezeption des Yoga im Westen. Online unter: <https://sabine-zelger.de/wp-content/uploads/2021/07/Yoga-und-Medizin-IV.pdf> (Zugriff: 02.08.2022).
- Hammen, C.** (2005): Stress and Depression. Annual Review of Clinical Psychology, 1(1), 293-319. Online unter: http://www.gruberpeplab.com/teaching/psych3303_spring2019/documents/8.1_Hammen2005.pdf (Zugriff: 19.04.2022).
- Hapke, U./Maske, U./Scheidt-Nave, C./Bode, L./Schlack, R./Busch, M.** (2013): Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 56(5), 749-754. Online unter: <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1690-9> (Zugriff: 07.03.2022).
- Herz, E./Thoma, M./Umek, W./Gruber, K./Linzmayer, L./Walcher, W./Philipp, T./Putz, M.** (1997): Nicht-psychotische postpartale Depression. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 57(05), 282-288. Online unter: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-2007-1023083.pdf> (Zugriff: 13.05.2022).
- Hogrefe Verlag** (2016): Klassifikationssysteme. DSM und ICD. Online unter: <https://www.hogrefe.com/ch/thema/dsm-und-icd> (Zugriff: 23.03.2022).

- Hübner-Liebermann B./Hausner H./Wittmann M.** (2012): Peripartale Depressionen erkennen und behandeln. Deutsches Ärzteblatt, 109(24), 419-424. Online unter: <https://www.aerzteblatt.de/pdf/109/24/m419.pdf> (Zugriff: 27.05.2022).
- Kessler, R.C.** (1997): The effects of stressful life events on depression. Annual review of psychology, 48(1), 191-214. Online unter: <https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.psych.48.1.191> (Zugriff: 18.06.2022).
- Kessler, R.C./Berglund, P./Demler, O./Jin, R./Koretz, D./Merikangas, K.R./Rush, A.J./Walter, E.E./Wang, P.** (2003): The epidemiology of major depressive disorder. Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). In: JAMA, 289(23), 3095-3105. Online unter: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/196765> (Zugriff: 07.03.2022).
- Keßler, C.** (2019): Ayurveda, Yoga, Meditation – Traditionelle Indische Medizin und ihr Bezug zu den fünf Säulen der Naturheilkunde. Habilitationsschrift. Innere Medizin mit Schwerpunkt Naturheilverfahren/Naturheilkunde. Charité – Universitätsmedizin Berlin. Online unter: https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/27783/Habilitation_Kessler_Bibversion.pdf?squence=1&isAllowed=y (Zugriff: 25.07.2022).
- Klatte, R./Pabst, S./Beelmann, A./Rosendahl, J.** (2016): Wirksamkeit von körperorientiertem Yoga bei psychischen Störungen: Systematische Literaturübersicht und Metaanalyse. Deutsches Ärzteblatt, 113(12), 195-202. Online unter: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=175449> (Zugriff: 09.06.2022).
- Lakumed** (2022): Die Psyche während der Schwangerschaft. Online unter: <https://www.lakumed.de/fachgebiete/krankenhaus-landshut-achdorf/klinische-psychologie-psychosomatik-und-psychoonkologie/klinische-psychologie-psychosomatik-und-psychoonkologie/die-psyche-waehrend-der-schwangerschaft> (Zugriff: 02.06.2022).
- Max-Planck-Gesellschaft** (2016): Depressive Menschen schlafen anders. Schlafprofile geben Hinweise auf psychische Erkrankungen. Online unter: <https://www.mpg.de/10784189/depression-und-schlaf#:~:text=Depressive%20Menschen> (Zugriff: 11.07.2022).
- McCall, M.C.** (2013): How might yoga work? An overview of potential underlying mechanisms. Journal of Yoga & Physical Therapy, 3(1), 1-6.
- Meister, K./Becker, S.** (2018): Yoga bei psychischen Störungen. Der Nervenarzt, 89(9), 994-998. Online unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00115-018-0537-x.pdf> (Zugriff: 28.05.2022).
- Möller-Leimkühler, A.M.** (2008): Depression–überdiagnostiziert bei Frauen, unterdiagnostiziert bei Männern?. Der Gynäkologe, 41(5), 381-388. Online unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00129-008-2161-5.pdf> (Zugriff: 05.03.2022).

- O'Hara, M.W./Zekoski, E.M./Philipps, L.H./Wright, E.J.,** (1990): Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of abnormal psychology*, 99(1), 3-15. Online unter: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/09540269609037816?needAccess=true> (Zugriff: 22.04.2022).
- O'Hara, M.W./Swain, A.M.** (1996): Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International review of psychiatry*, 8(1), 37-54. Online unter: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/09540269609037816?needAccess=true> (Zugriff: 08.05.2022).
- O'Higgins, M./Glover, V./Corrat, M.** (2005): Alternative Treatment Strategies for Perinatal Depression and Anxiety. In: Riecher-Rössler, A./Steiner, M. (Hrsg.): *Perinatal Stress, Mood and Anxiety Disorders. From Bench to Bedside. Bibl Psychiatr.*, Basel: Karger, 2005 (173), 182-193. Online unter: <https://www.karger.com/Article/Pdf/87552> (Zugriff: 10.06.2022).
- Plinz, N.** (2012): *Yoga bei Erschöpfung, Burnout und Depression*. 3. Aufl. Bonn: Balance ratgeber. Online unter: [file:///C:/Users/airko/OneDrive/Desktop/Yoga%20PDF%20bachelor/Plinz Yoga-bei-Erschoepfung,-Burnout-%20Buch.pdf](file:///C:/Users/airko/OneDrive/Desktop/Yoga%20PDF%20bachelor/Plinz%20Yoga-bei-Erschoepfung,-Burnout-%20Buch.pdf) (Zugriff: 14.07.2022).
- Riecher-Rössler, A./Andreou, C.** (2016): Postpartale Depression. Diagnostik und Therapie. *Pädiatrie*, 21(3), 20-25. Online unter: <https://www.rosenfluh.ch/media/2016/03/Postpartale-Depression-Diagnostik-und-Therapie.pdf> (Zugriff: 27.05.2022).
- Robert Koch-Institut** (2015): *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. Berlin. Online unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff: 30.01.2022).
- Robert Koch-Institut** (2020): *Gesundheit A-Z. Gesundheitsbezogene Lebensqualität*. Online unter: https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/G/Gesundheitsbezogene_Lebensqualitaet/Gesundheitsbezogene_Lebensqualitaet_node.html (Zugriff: 19.07.2022).
- Robert Koch-Institut** (2021): Fragebogen zur Studie Gesundheit in Deutschland aktuell. GEDA 2019/2020-EHIS. In: *Journal of Health Monitoring*, 6(3), 88–106. Online unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/JoHM_03_2021_GEDA_2019_2020_EHIS.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff: 30.01.2022).
- Schatten und Licht e.V.** (o.J.): *Ängste und Unsicherheit in der Schwangerschaft? Statt Mutterglück nur Tränen und Schuldgefühle?*. Online unter: verein-hilfe-fuer-muetter-und-vaeter-bei-peripartalen-psychischen-erkrankungen-schatten-und-licht.de (Zugriff: 19.04.2022).

- Schröder, D./Cramer, H/Langhorst, J.** (2017): Meditative Bewegungstherapien als Behandlungsoption bei psychischen Störungen. PiD-Psychotherapie im Dialog, 18(04), 40-43. Online unter: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0043-118252.pdf> (Zugriff: 20.07.2022).
- Sonnenmoser, M.** (2007): Postpartale Depression. Vom Tief nach der Geburt. In: Deutsches Ärzteblatt. 2007(2), 82-83. Online unter: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=54466> (Zugriff: 23.05.2022).
- Stangl, W.** (2022a): Abulie. Lexikon für Psychologie und Pädagogik. Online unter: <https://lexikon.stangl.eu/19305/tend-and-befriend-reaktion> (Zugriff: 15.07.2022).
- Stangl, W.** (2022b): Abulie. Lexikon für Psychologie und Pädagogik. Online unter: <https://lexikon.stangl.eu/19301/kampf-oder-flucht-reaktion> (Zugriff: 15.07.2022).
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe** (o.J. a): Zahlen und Fakten über Depression. Leipzig: Online unter: https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2018/07_faktenblatt_depressionen.pdf (Zugriff: 27.01.2022).
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe** (o.J. b): Depression: Infos und Hilfe. In der Schwangerschaft und nach der Geburt. Online unter: <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/in-der-schwangerschaft-und-nach-der-geburt> (Zugriff: 27.04.2022).
- Stiftung Gesundheitswissen** (2021): Behandlung. Wochenbettdepression. Online unter: <https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/wissen/wochenbettdepression/behandlung> (Zugriff: 24.05.2022).
- Streeter, C.C. et al.** (2017): Treatment of major depressive disorder with Iyengar yoga and coherent breathing: a randomized controlled dosing study. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 23(3), 201-207. Online unter: <https://www.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/acm.2016.0140> (Zugriff: 28.04.2022).
- Stuke, H./Hellweg, R./Berpohl, F.** (2012): Entstehung von Depression. Die Rolle des „brain-derived neurotrophic factor“. Der Nervenarzt, 83(7), 869-877. Online unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00115-011-3374-8.pdf> (Zugriff: 12.02.2022).
- Wirtz (Hrsg.)** (o. J.): Remission. Dorsch. Lexikon der Psychologie. Hogrefe AG. Online unter: <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/depression-remission>. (Zugriff: 24.08.2022).
- Wittchen, H.U./Jacobi, F./Klose, M./Ryl, L.** (2010): Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51. Robert Koch-Institut, Berlin. Online unter:

<https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3230/277vEuDUbrtzY.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Zugriff: 07.02.2022).

Wolf, K. (2009): Erholsamer Schlaf: Voraussetzung für die Gesundheit. In: NeuroGeriatric, 6(1), 19-23. Online unter: https://www.hippocampus.de/media/316/cms_4a94e1a60d4e9.pdf (Zugriff: 07.02.2022).

World Health Organization (WHO/Europa)(2019): Definition einer Depression. Online unter: <http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicablediseases/pages/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition> (Zugriff: 28.0.2022)

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

(Unterschrift)